

Ricardo Burg Ceccim, Cláudia Rodrigues de Freitas  
e Carla Biancha Angelucci

ORGANIZADORES

**fármacos,  
remédios,  
medicamentos:**

O que a  
**educação**  
tem com **isso**

**VOLUME 2**

editora



redeunida

Coleção Vivências de Educação na Saúde

Ricardo Burg Ceccim, Cláudia Rodrigues de Freitas  
e Carla Biancha Angelucci

ORGANIZADORES

**fármacos,**

**remédios,**

**medicamentos:**

O que a  
**educação**  
tem com **isso**

**VOLUME 2**

editora



redeunida

Coleção Vivências de Educação na Saúde

**Fármacos, remédios, medicamentos: o que a educação tem com isso? Vol. 2 – debates continuados, diálogos interdisciplinares**

**Organizadores:**

Ricardo Burg Ceccim

Cláudia Rodrigues de Freitas

Carla Biancha Angelucci

**Editora Rede Unida**

Coleção Vivências de Educação na Saúde

Esta obra corresponde à Linha de Pesquisa Educação *Especial, Saúde e Processos Inclusivos*, integrante do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, articulando dois núcleos de estudos: Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar – NEPIE e Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde. O presente “Volume 2” se compõe com a participação da Linha de Pesquisa *Educação Especial: táticas de resistência à produção de um não lugar para as diferenças na escola*, do Grupo de Pesquisa em Políticas de Educação Especial, do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade de São Paulo.



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 / “This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001” e contou com recursos provenientes do Programa de Fomento à Extensão “Apoio para a produção de material gráfico”, da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PROEXT/UFRGS.

## Vivências em Educação na Saúde

Esta série pretende propor como tema a educação na saúde, partindo do entendimento que ainda há grande distância entre as diretrizes legais para a educação na saúde e no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um tema cujo debate contemporâneo tem salientado a construção de novas práticas acadêmicas e a internalização de novas posturas profissionais, tendo como objeto as políticas de educação e saúde, com êxito apenas parcial. É sabido que políticas nacionais de educação na saúde vêm induzindo processos de mudança na formação dos profissionais da denominada “área da saúde”, no entanto – para além da carga horária e dos conteúdos obrigatórios – o perfil dos egressos de cursos superiores (ou não) é o que deve estar no centro da discussão.

Por meio desta série se quer oportunizar espaço de socialização de conhecimento útil à gestão e às instituições formadoras, mostrando experiências potentes em educação na saúde.

### Coordenação Nacional da Rede UNIDA

**Alcindo Antônio Ferla**

### Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

### Editores Associados:

**Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

### Conselho Editorial:

#### **Adriane Pires Batiston**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

#### **Alcindo Antônio Ferla**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **Ángel Martínez-Hernández**

Universitat Rovira i Virgili, Espanha.

#### **Angelo Stefanini**

Università di Bologna, Itália.

#### **Ardigó Martino**

Università di Bologna, Itália.

#### **Berta Paz Lorigo**

Universitat de les Illes Balears, Espanha.

#### **Celia Beatriz Iriart**

University of New Mexico, Estados Unidos da América.

#### **Denise Bueno**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **Emerson Elias Merhy**

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

#### **Érica Rosalba Mallmann Duarte**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **Francisca Valda Silva de Oliveira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

#### **Hêider Aurélio Pinto**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.

#### **Izabella Barison Matos**

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

#### **João Henrique Lara do Amaral**

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

#### **Júlio Cesar Schweickardt**

Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

#### **Laura Camargo Macruz Feuerwerker**

Universidade de São Paulo, Brasil.

#### **Leonardo Federico**

Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

#### **Lisiane Bôer Possa**

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

#### **Liliana Santos**

(Universidade Federal da Bahia, Brasil).

#### **Luciano Bezerra Gomes**

Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

#### **Mara Lisiane dos Santos**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

#### **Márcia Regina Cardoso Torres**

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.

#### **Marco Akerman**

Universidade de São Paulo, Brasil.

#### **Maria Augusta Nicoli**

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália.

#### **Maria das Graças Alves Pereira**

Instituto Federal do Acre, Brasil.

#### **Maria Luíza Jaeger**

Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

#### **Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

#### **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**

Universidade Federal do Pará, Brasil.

#### **Quelen Tanize Alves da Silva**

Grupo Hospitalar Conceição, Brasil.

#### **Ricardo Burg Ceccim**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

#### **Rossana Staevie Baduy**

Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

#### **Sara Donetto**

King's College London, Inglaterra.

#### **Sueli Terezinha Goi Barrios**

Associação Rede Unida, Brasil.

#### **Túlio Batista Franco**

Universidade Federal Fluminense, Brasil.

#### **Vanderléia Laodete Pulga**

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

#### **Vera Lucia Kodjaoglanian**

Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil.

#### **Vera Maria da Rocha**

Associação Rede Unida, Brasil.

#### **Vincenza Pellegrini**

Università di Parma, Itália.

### Comissão Executiva Editorial

**Alana Santos**

**Jaqueline Guarnieri**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

**Renata Riffel Bitencourt**

### Projeto Gráfico, Capa

**Isadora Wolfart Pinheiro**

### Diagramação

**Renato Pereira Jr.**

### Comissão Científica Desta Obra:

**Carla Biancha Angelucci**

**Cláudia Rodrigues de Freitas**

**Gabriela de Abreu Oliveira**

**Ricardo Burg Ceccim**

### Revisão

**Camila Barros Santos**

**Ricardo Burg Ceccim**

### Revisão Bibliográfica

**Camila Barros Santos**

**Karina Matos**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

---

**C387f**    **Ceccim**, Ricardo Burg; **Freitas**, Cláudia Rodrigues de; **Angelucci**, Carla Biancha (org.).

Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso? Volume 2 – debates continuados, diálogos interdisciplinares / Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Cláudia Rodrigues de Freitas e Carla Biancha Angelucci. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

366 p.; il.; gráfs; fotografias. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 27).  
E-book: 5,1MB; PDF

Inclui bibliografia.

**ISBN** 978-65-5462-001-7

**DOI**: 10.18310/9786554620017

1. Cuidado em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Farmacologia. 4. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

**22-30180162**

**CDD 615**

**CDU 615**

---

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Editora Rede Unida

Porto Alegre, 2022.



## **PREFÁCIO**

**O que pode a coletividade escolar perante o diagnóstico em saúde mental de uma criança ou jovem?** \_\_\_\_\_ **9**

Deise Juliana Francisco

## **APRESENTAÇÃO**

**Sobre esta obra** \_\_\_\_\_ **15**

Cláudia Rodrigues de Freitas; Ricardo Burg Ceccim;

Carla Biancha Angelucci

## **MEDICALIZAÇÃO E FARMACOLOGIZAÇÃO: CONSTÂNCIAS, DESLOCAMENTOS E EFEITOS SOBRE A VIDA**

**Modelo biomédico e patologização na medicalização da escola** \_\_\_\_ **25**

Ana Carolina Christofari

**Diagnósticos e psicofármacos na infância e adolescência:  
usos e abusos** \_\_\_\_\_ **48**

Rossano Cabral Lima

**Psiquiatrização biologizante e manuais psicopatológicos:  
abolição do sujeito e compulsão** \_\_\_\_\_ **62**

Maicon Cunha

**Os diagnósticos e os autismos nas conversas com a Educação** \_\_\_\_ **81**

Ricardo Lugon Arantes

**Saúde Mental a partir dos povos indígenas no Brasil:  
por uma saúde-saída decolonial** \_\_\_\_\_ **88**

Ricardo Luiz Narciso Moebus; Ricardo Burg Ceccim

**Resistir à lógica medicalizante: exercício a partir da revisão  
da literatura** \_\_\_\_\_ **100**

Kelly Cristina dos Santos Silva; Carla Biancha Angelucci

## **ENFRENTAMENTO À MEDICALIZAÇÃO E À FARMACOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO**

**A medicalização do não-aprender-na-escola e  
a invenção da infância anormal \_\_\_\_\_ 118**

Maria Aparecida Affonso Moysés;  
Cecília Azevedo Lima Collares

**(Des)medicalização da educação: deslocamentos  
a partir da potência da ação pedagógica \_\_\_\_\_ 141**

Clarissa Haas

**Processos de medicalização de bebês e de crianças bem  
pequenas: pistas e reflexões sob a ótica da educação \_\_\_\_ 162**

Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila; Sheyla Werner;  
Cláudia Rodrigues de Freitas

**Estudantes com autismo e a universidade: conversações \_\_ 186**

Daniele Noal-Gai

**Pandemia e medicalização:  
uma narrativa do cotidiano com escolas \_\_\_\_\_ 205**

Danielle Marques; Micaela Koch Schmitt;  
Dorisnei Jornada da Rosa; Ricardo Burg Ceccim

**Armadilhas da escrita acadêmica na discussão  
dos processos de medicalização \_\_\_\_\_ 219**

Adriana Marcondes Machado; Paula Fontana Fonseca

## **ENFRENTAMENTO À MEDICALIZAÇÃO E À FARMACOLOGIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NO CUIDADO**

**Proposições para uma articulação entre as lutas  
antimanicomial e anticapacitista \_\_\_\_\_ 233**

Marcia Moraes; Marília Silveira

**A atenção medicada e a ecologia da atenção:  
a experiência de adolescentes \_\_\_\_\_ 249**  
Luciana Vieira Caliman; Maria Renata Prado-Martin

**Saúde mental e educação infantil:  
interfaces entre o cuidar, o educar e o brincar \_\_\_\_\_ 274**  
Clau Fragelli; Sabrina Helena Ferigato

**A identificação de sinais de risco de autismo:  
marcas do diagnóstico e as palavras não escritas \_\_\_\_\_ 301**  
Aniê Coutinho de Oliveira; Ricardo Burg Ceccim

**Sufrimentos discentes e a produção coletiva de cuidados  
no ensino superior: em busca de descolonizar e  
desmedicalizar o pensamento \_\_\_\_\_ 317**  
Thaís Seltzer Goldstein; Sáshenka Meza Mosqueira

**Vulnerabilidades e atenção psicossocial:  
das cicatrizes aos laços \_\_\_\_\_ 340**  
Ana Marta Lobosque

## **Posfácio**

**Do interesse pela leitura de “Fármacos, remédios,  
medicamentos 2” e seu desafio sobre “o que a educação  
tem com isso”, trazendo debates e diálogos continuados e  
interdisciplinares \_\_\_\_\_ 352**  
Claudio Roberto Baptista

## **Autores desta obra**

**Sobre os autores e autoras \_\_\_\_\_ 356**

## **Índice remissivo**

**Índice \_\_\_\_\_ 363**





# **PREFÁCIO:**

O que pode a coletividade escolar perante  
o diagnóstico em saúde mental  
de uma criança ou jovem?  
Deise Juliana Francisco

## **O QUE PODE A COLETIVIDADE ESCOLAR PERANTE O DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL DE UMA CRIANÇA OU JOVEM?**

Deise Juliana Francisco

Inspirada na questão sobre “o que pode o corpo”, proposta por Gilles Deleuze ao debruçar-se sobre alguns conceitos de Spinoza, penso sobre o que pode um coletivo escolar perante uma espécie de “movimento mundial” envolvendo, no contemporâneo, a patologização da infância, a medicalização da vida e a negação das diversidades, o que tem resultado em psiquiatrização e psicofarmacologização das infâncias e juventudes. Quando penso no que um coletivo escolar pode, penso nos estabelecimentos de ensino, nos humanos e não humanos que aí atuam e, também, nos saberes e nas redes de poder que desenham uma educação.

Neste período de pandemia de covid-19 (do inglês, coronavirus disease 2019) em que vivemos, a questão da saúde mental está ficando cada vez mais recorrente, preocupando governos, organizações, famílias e cidadãos. A convivência cotidiana com a morte, a perda do emprego e de recursos financeiros familiares, o isolamento, a introdução extensiva da mediação social tecnológica digital e outros tantos contextos têm causado diversos níveis de sofrimento às crianças e aos jovens, bem como a busca por diagnósticos e curas. O discurso biomédico tem respondido a isto, enredado no movimento de diagnósticos cada vez mais precoces, o que resulta em medicalização dos corpos infantis, numa ciranda de proliferação de identidades nosológicas, psiquiatrização e uso de psicofármacos. A demanda social por uma resposta rápida e quiçá definitiva no alívio de desconfortos, desamparos e inconformidades, promove ainda mais esse movimento de psiquiatrização.

Rememoro aqui uma experiência pessoal vivida no início da pandemia, no ano de 2020. Tenho um filho pequeno e, preocupada com o desenvolvimento de sua fala, busquei o apoio de um profissional da fonoaudiologia. As sessões diagnósticas se sucederam e foi indicado realizar uma avaliação psicológica. Ao longo desse processo, foi recomendada a busca de apoio de um neurologista que se alinhasse com as novas práticas em saúde que atuam precocemente e, assim, preventivamente. Tal profissional poderia

medicar meu filho de forma preventiva, a fim de que as imagens de seu eletroencefalograma pudessem tomar “nova forma e aparência, linhas mais limpas”. Apesar de ler e trabalhar com saúde mental há algum tempo, ouvi a indicação com confusão e medo, batia a sensação de o quanto o saber biomédico opera com verdades que “profetizam” um certo destino possível para corpos infantis. Pensando em possíveis direcionamentos para minha situação familiar, escolhi o caminho da educação e de tudo o que acredito vir com ela, o movimento de abertura para o outro, para a experimentação, assim como encontros entre corpos encarnados no chão da escola, abertos à multiplicidade. Para além de um discurso que “não fala de um alguém, tampouco com um alguém” (FANIZZI, 2021, p. 317), a educação se direciona aos corpos abertos ao devir e não predeterminados a um destino desenhado nas linhas de testes psicológicos e exames neurológicos.

Incitada a escrever sobre o tema que permeia esta obra que foi constituída a partir do seminário “Fármacos, remédios, medicamentos II: o que a Educação tem com isso? Debates continuados, diálogos interdisciplinares”, o atual contexto e a rememoração se fizeram presentes e se constituíram como uma forma de expressão sobre alguns pensares que me habitam. Porto-os aqui com outras tantas ideias que se impuseram, construídas na experimentação e na leitura de pesquisadores também preocupados com a temática. Neste percurso, uma ideia se fez presente como interrogação: quais corpos são diagnosticados? Quem mais sucumbe à psiquiatrização? Se passearmos por prontuários de antigos (antigos?) manicômios, veremos que os internos têm cor e classe social, bem como que estas categorias podem ter o mesmo conteúdo: negros pobres. Contudo, nas discussões acadêmicas, muitas vezes, processa-se uma invisibilização de categorias de análise como classe, raça, etnia, sexo e gênero. Penso se esses não seriam pontos de inflexão sobre a psiquiatrização dos pequenos corpos.

Frantz Fanon (2020), para citar um autor de contundência ao pensamento contemporâneo, adentrou esta problemática e se propôs a fazer uma prática psiquiátrica a partir da “desintoxicação das subjetividades colonizadas” (NOGUERA, 2020, p. 14), subjugadas. Isto porque o racismo está na base da constituição da subjetividade, sendo um integrante sócio-histórico que constrói socialmente quem está dentro e quem está fora, em termos de colonização. Para Fanon, a psiquiatria é um saber branco, colonizador que tem uma relação racista com os homens e mulheres pretos, tal qual a opressão da metrópole com relação às colônias dominadas. Esta opressão

é tóxica! Diferentemente de outros humanos estigmatizados, o homem negro não pode lançar mão de ardis para esconder sua condição, pois ele é denunciado pela cor de sua pele, afinal, o racismo que inferioriza é “epidérmico”.

O racismo operado no psiquismo do corpo negro pode constituir sofrimento. Para tratar disto, teríamos/temos que decolonizar o pensamento. Os escritos de Fanon seguem nesta direção. Penso que esta decolonização pode passar também por práticas sociais inclusivas, nas quais a escuta é um dos eixos, pois a escuta da cultura desconstrói o etnocentrismo. Nesta mesma seara, Sandra Caponi (2012) discute a genealogia ampliada da psiquiatria e analisa como os comportamentos entram no campo dos diagnósticos psiquiátricos. O deslocamento da mirada psiquiátrica dos delírios e alucinações, por exemplo, ocorrido no século XIX, para o comportamento cotidiano constituiu algo que até hoje vivenciamos.

A “medicina do não patológico” (FOUCAULT, 2001) constituiu um discurso sustentado na normatização via patologização, quando a psiquiatria também medicaliza. A variabilidade humana fica esquadrihada e submetida a manuais (a exemplo do DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição). O sofrimento desenhado como transtorno encontra-se tipificado e a saúde mental é reduzida ao modelo biomédico, um modelo centrado na doença ou na expectativa do que venha a acontecer. O porvir infantil está cada vez mais previsto nas marés da cultura do risco e da prevenção precoce e há uma medicalização de comportamentos e sentimentos, por vezes tão desejada por pais, professores, médicos e psicólogos quanto desnecessária para corpos infantis e jovens. Assim, pactuar com o saber biomédico não é propriedade da psiquiatria, vários outros saberes o sustentam, inclusive nas comunidades escolares. Afinal, muitas vezes professores perguntam aos pais/responsáveis porque alguns pequenos não estão medicados nas aulas, como se isto fosse pré-requisito para a realização da docência.

Urdido no forno da prevenção, controle e desenho de subjetividades, um “capitalismo mundial integrado” (GUATTARI, 1985) adentra os muros escolares e a saúde mental parece ser refém do discurso biomédico. A educação, materializada aqui em escolas, teria o lugar apenas de encaminhar

e acompanhar os efeitos da medicalização sobre os pequenos corpos. Há, neste caso, um movimento de terceirização do cuidado: da educação para o campo da saúde. Aqui, os vários saberes (familiares e do coletivo escolar, por exemplo) são secundarizados aos saberes dos especialistas biomédicos. Isto traz consequências para a aprendizagem e para a gestão do sistema escolar. Capturada no discurso biomédico, qual é o poder de agir da escola? Retomando minha experiência pessoal: na sessão psicológica, onde fica o saber materno?

Assim, na circulação dos corpos medicalizados na escola, o que pode a educação? Pensando que o poder se relaciona ao afetar e ser afetado, ao criar e viabilizar, deixar passar outras formas de ser humano, o corpo da educação pode inventar formas de acolhimento e constituir sociabilidades outras, para além da doença e do escrutínio contínuo de debilidades nos pequenos corpos. Pensemos, então em uma escola que cria mundos para a e na aprendizagem dos alunos e que trata interdisciplinarmente a questão do sofrimento.

A intersetorialidade preconizada no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser uma das pistas, ao possibilitar diálogos entre saúde e educação. Colocadas na roda de conversação, estas questões ajudam a pensarmos o que pode um coletivo escolar perante o movimento mundial de psiquiatrização das infâncias e juventudes na contemporaneidade. O convite que fica é atentar para nossas práticas micropolíticas ou cotidianas, desprofetizar destinos infanto-juvenis, romper com os especialismos e participar das discussões que operam com a educação inclusiva e aberta aos afetos que ampliam nossa ação frente ao que podemos perante um movimento mundial que vem psiquiatrizando as infâncias e juventudes na contemporaneidade. Talvez a inspiração de Manoel de Barros possa nos ajudar a tecer caminhos outros para a educação e saúde, a fim de que seja acolhida a capacidade de criar, ou seja, ativar a capacidade de pensar em abertura ao criar. Na Didática da Invenção, em “desinventar objetos”, assim o autor nos diz: “O pente, por exemplo. Dar ao pente funções de não pentear. Até que ele fique à disposição de ser uma begônia. Ou uma gravanha. Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma” (BARROS, 2016, p. 3). O poeta, em sua função, nos desafia a desinventar saúde e educação.

## Referências

BARROS, Manoel de. **O livro das ignorâncias**. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FANIZZI, Caroline. Dos sonhos expertos à fabricação educativa: considerações sobre o esvaziamento da ex-experiência escolar. In: CAPONI, Sandra; BRZOSOWSKI, Fabiola Stolf; LAJONQUIERE, Leando de (org.). **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. São Paulo: LiberArs, 2021. p. 317-336.

FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: UBU Editora, 2020.

FOUCAULT, Michel. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

NOGUERA, Renato. Fanon: uma filosofia para reexistir (Apresentação). In: FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: UBU Editora, 2020. p. 14.



# APRESENTAÇÃO:

## Sobre esta obra

Cláudia Rodrigues de Freitas

Ricardo Burg Ceccim

Carla Biancha Angelucci

## Sobre esta obra

Cláudia Rodrigues de Freitas; Ricardo Burg Ceccim;

Carla Biancha Angelucci

Esta é a segunda obra derivada de um esforço coletivo de reunir pesquisadores e pesquisadoras que vêm se debruçando sobre os processos de medicalização e farmacologização da vida. São autores e autoras com percursos e tempos distintos na lida com bebês, crianças, jovens e adultos em espaços educacionais e de atenção psicossocial. A partir das interpelações que vivem e produzem em diferentes dimensões da vida social, convidam-nos a reconhecer as heranças da lógica medicalizante, bem como os deslocamentos operados na academia, nas políticas públicas, em nossos corações e mentes, de modo a continuarem se perpetuando mesmo diante das críticas contundentes realizadas desde a década de 1980. Sobretudo, os autores e autoras convocam-nos a pensar, sentir e criar novas formas de trabalhar, que estejam referidas a outras lógicas que não a da naturalização de questões sociais que se reduzem a explicações biomédicas, majoritariamente marcadas pelo léxico do extenso catálogo de doenças constituído e legitimado por manuais diagnósticos, ou seja, não se trata de revolver o terreno da medicalização para nele permanecer, ainda que no âmbito da denúncia, mas de construir outras formas de ver, perceber, sentir e, assim, promover direitos, cuidado, ensino, vida.

A iniciativa deste livro deriva de uma ação desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Seminário Avançado “Fármacos, remédios e medicamentos: o que a Educação tem com isso?”, realizado em 3 períodos letivos, entre 2020 e 2022. O primeiro seminário gerou o livro de mesmo nome, volume 1; o presente livro, volume 2, corresponde ao segundo seminário. O primeiro foi configurado como “bases introdutórias” e o segundo como “debates continuados, diálogos interdisciplinares”.

Pesquisadoras e pesquisadores de diferentes instituições brasileiras foram convidados a compartilhar os caminhos que vêm trilhando a respeito desse tema. No primeiro seminário foram trabalhados temas como normalização, medicalização e patologização, que faziam referência à medicamentação. O segundo seminário provocou discussões sobre a



medicalização e farmacologização de corpos, sobre processos subjetivos e de singularização, sobre processos de escolarização e de atenção psicossocial, contemplando questões relativas a estudantes da educação especial. Os seminários procuraram, ainda, valorizar experiências de produção de novos conhecimentos e tecnologias de interesse à educação especial, saúde e processos inclusivos. Organizado em **três seções**, cada uma com seis capítulos, o livro traz discussões conceituais de interface com a resistência à lógica medicalizante, com a educação e com a atenção psicossocial.

A primeira seção, **Medicalização e farmacologização: constâncias, deslocamentos e efeitos sobre a vida**, é inaugurada pelo texto de Ana Carolina Christofari, “Modelo biomédico e patologização: caráter corretivo e produtivo da medicalização na escola”. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, a pesquisadora, em regime de pós-doutorado em Educação na UFRGS, considera que no modelo biomédico as justificativas para a não aprendizagem, discutindo a patologização dos modos de vida na escola como uma estratégia biomédica de investimento nos corpos tomados como desviantes. A partir do recorte de uma pesquisa antecedente, realizada entre 2017 e 2019, com documentos de estudantes de uma escola pública municipal, a autora evidencia a racionalidade médica não apenas nas práticas pedagógicas, mas na própria dinâmica escolar. Estabelece três eixos de análise: a presença do diagnóstico via laudo médico de todos os estudantes; a presença de indicações para a escola nos laudos médicos; o destaque às condutas dos estudantes consideradas incompatíveis para sua faixa etária.

Já em “Diagnósticos e psicofármacos na infância e adolescência: usos e abusos”, tema da autoria de Rossano Cabral Lima, docente do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, o professor parte do reconhecimento da ampliação da circulação do tema da saúde mental de crianças e adolescentes para, então, explicitar as muitas lacunas percebidas nas discussões empreendidas na saúde ou na educação. Mostra-nos que é forte a presença das tentativas de identificar quem são as pessoas precisando de cuidados em saúde mental, bem como os motivos pelos quais sofrem, evocando-se, para isso, modelos de compreensão do processo saúde-doença. O autor problematiza a prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes, assim como o uso de psicofármacos, muitas vezes *off-label*, retomando as orientações de organismos internacionais e

normativas nacionais para que o atendimento de crianças e adolescentes ocorra na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Maicon Cunha, pesquisador com tradição na Universidade Federal do Rio de Janeiro, diretor clínico do Instituto de Estudos da Complexidade no Rio de Janeiro e atualmente docente da Universidade Estácio de Sá, apresenta-nos “Psiquiatrização biologizante e manuais psicopatológicos: abolição do sujeito e compulsão” de modo a trazer em consideração as novas versões de manuais diagnósticos, problematizando se isso reverbera em melhor identificação de processos patológicos e melhores processos de cuidado e terapêutica. Entre os processos terapêuticos, destaca a utilização de drogas, expressão da força da psiquiatria biológica, que é legitimada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Alimentando-se de inúmeras e consolidadas fontes, o autor mostra que os diagnósticos não apenas descrevem, mas moldam sujeitos, isto é, subjetividades que passam a se constituir também a partir de seus diagnósticos. Assim, analisa como a relação entre a racionalidade do DSM e a prescrição de psicofármacos abre caminhos para a abolição do sujeito e de sua capacidade de interiorização. Diante desse quadro, propõe uma leitura possível para o comportamento compulsivo.

Em “Os diagnósticos e os autismos nas conversas com a Educação”, Ricardo Lugon Arantes, docente na Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Centro Universitário Instituto Evangélico de Novo Hamburgo, doutorando da UFRGS, discute o diagnosticar e seus elementos de composição. Convida a pensar sobre o diagnóstico como expressão de uma categoria identitária, indicação para a produção de linhas de cuidado e abertura de possibilidades. O autor retoma a necessidade de ruptura com a redução do diagnóstico à sua dimensão classificatória, bem como aponta como fundamental a dimensão ética deste processo que é relacional, ou seja, não existe senão na produção de interlocução respeitosa e complexa entre sujeitos que nem sempre concordam, mas que permanecem em diálogo sobre o que faz barreira para o exercício da vida digna.

Ricardo Luiz Narciso Moebus, docente da Universidade Federal de Ouro Preto, pesquisador na interface com os povos indígenas brasileiros, e Ricardo Burg Ceccim, pesquisador da educação e ensino da saúde na UFRGS, trazem uma espécie de manifesto: “Por uma saúde-saída decolonial: saúde mental a partir dos povos indígenas no Brasil”. Trata-se do desafio de

inventar uma saúde que seja saída decolonial capaz de desconstruir um “poder psi” que faz muito transbordou dos muros dos asilos e se difundiu amplamente por todo o tecido social. Debatem a persistência do paradigma cartesiano que toma a saúde fragmentada em física e mental. Um dualismo que não condiz com a perspectiva integrativa dos povos originários. Usam, então da perspectiva do “encasamento” (trazer para casa) como um não à segregação e ao empobrecimento do convívio, um não ao desperdício das forças afirmativas da vida e à negação das nossas relações com os seres que habitam os entornos. Concluem que aceitar a vertigem do pensamento, talvez seja essa a grande expectativa dos povos originários em relação aos brancos e, assim, ampliar o nosso (de todos nós) horizonte existencial.

Fechando a seção com “Resistir à lógica medicalizante: exercício a partir da revisão da literatura”, Kelly Cristina dos Santos Silva, doutoranda da Universidade de São Paulo e sua orientadora, a professora Carla Biancha Angelucci, discutem produção científica e geração do conhecimento. Ao considerarem as críticas realizadas nos últimos 40 anos sobre os processos de medicalização da educação no Brasil e recuperarem a centralidade das discussões sociopolíticas na Educação, Kelly e Biancha realizaram uma análise bibliométrica nas bases de dados SciELO, Pubmed e Medline, de modo a compreenderem como a temática da medicalização da Educação tem sido tratada por pesquisadores da Psicologia, da Medicina e da Educação. Apontam a prevalência de estudos realizados a partir da Psicologia, com pouca penetração dos debates sobre a medicalização da Educação nas áreas da Medicina e da própria Educação.

**Enfrentamento à medicalização e à farmacologização da Educação** é o título da segunda seção, que se inicia com o texto de Maria Aparecida Affonso Moysés e Cecília Azevedo Lima Collares, docentes aposentadas respectivamente da Faculdade de Ciências Médicas e da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. “A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal” é um registro revisado da apresentação elaborada para um evento científico de 2008. Nele, as autoras, que se constituem em fundamental referência no campo de estudos da medicalização da vida, refletem como a racionalidade médica não apenas informa a leitura sobre os processos de humanização, como também se amplia e se desdobra de maneira a gerenciar mais e mais diferentes aspectos da vida: o processo saúde-doença, a aprendizagem, o comportamento e as entranhas da vida na escola. Ampliação e intensificação

que produzem, a um só tempo, a infância anormal, o professorado-detector-de-patologias e as redes educacionais e de saúde para identificação, captura e intervenção sobre a anormalidade.

“(Des)medicalização da educação: deslocamentos a partir da potência da ação pedagógica” leva a autoria de Clarissa Haas, docente do Instituto Federal do Rio Grande do Sul - Campus Caxias do Sul. O texto, que deriva de apresentação em evento científico, aborda a (des)medicalização da educação a partir da potência da ação pedagógica. A autora analisa, a partir de fontes orais e documentais, cenas de diferentes momentos da trajetória escolar de um estudante com deficiência física, priorizando dimensões de sua escolarização no Ensino Médio técnico.

“Processos de Medicalização de Bebês e de Crianças bem pequenas: pistas e reflexões sob a ótica da Educação” tem a autoria de Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila, Sheyla Werner e Cláudia Rodrigues de Freitas, respectivamente mestranda, doutoranda e professora orientadora na UFRGS. A partir da cartografia, as autoras buscam produzir pistas para a análise educacional dos processos envolvendo a medicalização de bebês e crianças bem pequenas (0 a 3 anos). Dentre as pistas anunciadas, indicam a necessidade de ampliação das pesquisas envolvendo o público da educação infantil e a importância da troca entre os professores e sua rede na e da escola para a produção de cenários educativos de perspectiva inclusiva.

Daniele Noal Gai, docente da UFRGS, apresenta “Estudantes com autismo e a universidade: conversações”. Em um texto-diálogo, a autora traz o registro de situações formativas em torno da discussão sobre a inclusão e a permanência de estudantes com transtorno do espectro autista na universidade. Compreendendo o acúmulo de conhecimentos nesse campo, a ação educativa como artesanaria e a persistência de questionamentos, estereótipos e estigmas, o texto compartilha o movimento coletivo que a educação proporciona: expor os próprios pensamentos e expor-se ao de outros colegas, para, assim, em conjunto, produzir uma vida não medicalizada na universidade.

Danielle Marques da Cruz, Micaela Koch Schmitt, Dorisnei Jornada da Rosa e Ricardo Burg Ceccim, respectivamente mestrandas (as duas primeiras), doutoranda e professor orientador na UFRGS, discutem “Pandemia e medicalização: uma narrativa do cotidiano com escolas”. Tratam da radical experiência vivida na pandemia, com o isolamento físico ou social e a

reinvenção dos modos de ser escola. Considerando os efeitos na produção de subjetividade, as autoras e o autor discutem os sentidos da ampliação de atestados e diagnósticos nesse período. Subjetividades reificadas que, por sua vez, criam ou reforçam identidades escolares. Tal cenário convoca profissionais da educação a retomarem dispositivos de diálogo na escola como estratégia de retomada do encontro entre parceiros que podem desfazerem-se e refazerem-se para além do já sabido, do já catalogado.

Encerrando esta seção, Adriana Marcondes Machado e Paula Fontana Fonseca, respectivamente docente e psicóloga pesquisadora da Universidade de São Paulo, discutem as “Armadilhas da escrita acadêmica na discussão dos processos de medicalização”. As autoras partem de duas cenas narradas em trabalhos acadêmicos de pesquisa na interface Psicologia-Educação. Compreendendo que o conhecimento não apenas permite acesso à realidade, mas também a produz, refletem sobre os efeitos na subjetividade em ser tachado, rotulado: “uma sentença revestida com o fino e reluzente invólucro da verdade”. Discutem, então, o exercício de tomar, como parte da formação de estudantes de Psicologia, o exercício da escrita endereçada, atenta à produção cuidadosa e comprometida das interlocuções textuais.

A terceira seção foi designada por **Enfrentamento à medicalização e à farmacologização na atenção psicossocial e no cuidado**. Essa seção, abre com o texto de Marcia Moraes, docente da Universidade Federal Fluminense e Marília Silveira, professora visitante da Universidade Federal de Alagoas. As pesquisadoras apresentam “Proposições para uma articulação entre as lutas antimanicomial e anticapacitista”. Márcia e Marília partem de cenas de cuidado relativas a pessoas diagnosticadas e com deficiência, de modo a refletir em profundidade a experiência de serem percebidas como alguém que deve se ajustar. Articulando os campos de conhecimento da saúde mental e dos estudos da deficiência, as autoras oferecem um profícuo caminho de aproximação nas discussões sobre autonomia, cuidado, rede e liberdade, o que implica o radical investimento na produção de laços.

Em “A atenção medicada e a ecologia da atenção: a experiência de adolescentes”, Luciana Vieira Caliman, docente da Universidade Federal do Espírito Santo e Maria Renata Prado-Martin, pesquisadora da Universidade Paris Descartes e do Centro de Formação L’Horizon, França, analisam o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o uso de

metilfenidato, sob uma perspectiva ecológica na qual a atenção é um exercício coletivo e conjunto. Recorrem à narrativa sobre dois adolescentes para instigar leitores e leitoras a acessarem as irregularidades e especificidades dos processos de biomedicalização atuais, que só podem ser acessados quando se propõe a análise de experiências consideradas em sua totalidade, pois é nas situações concretas que se pode alcançar a complexidade da produção de sentidos do diagnóstico e do uso de medicamentos na vida dos sujeitos.

Clau Fragelli e Sabrina Helena Ferigato, respectivamente mestrandas e orientadora na Universidade Federal de São Carlos, apresentam “Saúde mental e educação infantil: interfaces entre o cuidar, o educar e o brincar”. O texto, que deriva da pesquisa de mestrado, discute a percepção de educadoras de Educação Infantil sobre a saúde mental docente no contexto de trabalho. Ao retomar a formalização da educação infantil no Brasil e se posicionarem ética e teoricamente nas discussões sobre saúde mental do trabalhador, as autoras realizam uma cartografia, registrando e elaborando conjuntamente com as educadoras o processo saúde-doença identificado ao longo do trabalho.

Em “A identificação de sinais de risco de autismo: marcas do diagnóstico e palavras não escritas”, Aniê Coutinho de Oliveira, docente da Universidade Federal de Pelotas, e Ricardo Burg Ceccim, docente da UFRGS, problematizam risco e epidemia quanto ao autismo referido a vida de crianças e adolescentes. Dessa forma, discutem vantagens e perigos presentes na nomeação precoce, posto que fundam e fixam expectativas futuras referidas à ocupação de espaços sociais. A análise do conceito de risco em saúde mental e, especificamente, de risco de autismo permite a compreensão a respeito de como se está lidando com diferentes formas de subjetivação e com o sentido político e técnico que se quer dar ao diagnóstico, quando operado como detecção de risco.

“Sofrimentos discentes e a produção coletiva de cuidados no ensino superior: em busca de descolonizar e desmedicalizar o pensamento”, foi apresentado por Thaís Seltzer Goldstein, docente da Universidade Federal da Bahia, e Sáshenka Meza Mosqueira, docente da Universidade Paulista. Nesse capítulo, as autoras refletem sobre suas experiências de docência e supervisão no ensino superior, para buscarem compreender a produção de sofrimentos discentes que vêm emergindo no cotidiano das universidades

onde atuam. De uma perspectiva crítica à medicalização dos sofrimentos, à meritocracia e ao produtivismo que vigoram nas universidades públicas e privadas, e no próprio mundo neoliberal, articulam situações de humilhação e fracasso acadêmico ao racismo e a outras opressões presentes no funcionamento institucional, lembrando que tal condição se perpetua a despeito da vigência de políticas afirmativas que democratizaram o acesso de segmentos sociais “historicamente marginalizados” ao ensino superior no Brasil na última década. No percurso do capítulo, apresentam o perfil e os desafios vivenciados por discentes de uma universidade federal durante a pandemia de covid-19 e o ensino remoto; em seguida, discutem situações de violação de direitos nas relações entre docentes e discentes. Dialogando com contribuições teóricas do “pensamento descolonial”, desvelam potencialidades na escuta, no acolhimento grupal, nas comissões institucionais universitárias e outros agenciamentos coletivos de combate a tais violações. Para concluir, as autoras, apontam alternativas à “captura medicalizante que individualiza, silencia e despolitiza sofrimentos deflagrados pelo racismo e outras opressões estruturais”.

Encerrando esta seção e a coletânea, Ana Marta Lobosque, professora e pesquisadora aposentada da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, brinda-nos com o texto “Vulnerabilidades e a atenção psicossocial: das cicatrizes aos laços”. A autora recolhe cenas vividas em um Centro de Atenção Psicossocial que permitem a percepção de que a produção de laços não se refere tão somente aos jovens usuários das ações de saúde mental, mas também a serviços e profissionais envolvidos na atenção psicossocial. Em seu texto, o tecido da vida vai sendo costurado e recosturado a partir das ligações entre história de vida, ofertas sociais, encontro com profissionais e criação de novas ofertas. Criação essa que não diz respeito apenas àqueles sob cuidado, mas também a profissionais e serviços que, no encontro com novas experiências, têm a oportunidade de inventar novos modos de *ser para e estar com* a população.

Do conjunto da obra participam 31 pesquisadores, mestrandos, doutorandos e professores orientadores da pós-graduação *stricto sensu*. Dentre esses pesquisadores e pesquisadora, 10 instituições de ensino federais, quatro estaduais, três privadas e um centro internacional. O centro internacional é francês e, dentre as instituições brasileiras, oito estados da federação: Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

Este é um livro que pode ser fruído aos poucos, tomando cada capítulo como uma interlocução em separado, ou de uma só vez, depreendendo, para além de cada contribuição, os laços que se produzem nesse esforço conjunto de entretecer diferentes campos e territórios de conhecimento. Desejamos, como seminário de pós-graduação que deu origem ao livro, um diálogo contínuo e interdisciplinar. Esperamos que os trabalhos aqui registrados produzam interlocução, de modo a permitir o que a boa leitura faz: deslocar-se de si, percorrer outros mundos para, então, ao voltar para casa, perceber outro lugar ali mesmo, onde tudo parecia tão familiar.



# **MEDICALIZAÇÃO E FARMACOLOGIZAÇÃO: CONSTÂNCIAS, DESLOCAMENTOS E EFEITOS SOBRE A VIDA**

**1**

**Modelo biomédico e patologização na  
medicalização da escola**

Ana Carolina Christofari

**Diagnósticos e psicofármacos na infância  
e adolescência: usos e abusos**

Rossano Cabral Lima

**Psiquiatrização biologizante e manuais psicopatológicos:  
abolição do sujeito e compulsão**

Maicon Cunha

**Os diagnósticos e os autismos  
nas conversas com a Educação**

Ricardo Lugon Arantes

**Saúde Mental a partir dos povos indígenas no Brasil:  
por uma saúde-saída decolonial**

Ricardo Luiz Narciso Moebus

Ricardo Burg Ceccim

**Resistir à lógica medicalizante: exercício  
a partir da revisão da literatura**

Kelly Cristina dos Santos Silva

Carla Biancha Angelucci

## **Modelo biomédico e patologização na medicalização da escola**

Ana Carolina Christofari

A medicalização tem sido um fenômeno bastante discutido no Brasil, com intensificação nos últimos 10 anos. No entanto, é um conceito polissêmico devido às múltiplas formas de compreensão e de abordagem. É importante destacarmos que o fenômeno da medicalização, nesta escrita, é entendido como um processo global e cultural o qual se expande progressivamente com a intervenção da racionalidade médico-hegemônica em todas as esferas da vida, ou seja, não se refere apenas à intervenção dos profissionais médicos, mas a toda uma lógica construída pelo campo da medicina, sobretudo pela psiquiatria, que vai tecendo os modos de ver o outro e a nós mesmos, além de produzir modos de nos percebermos.

A racionalidade médico-hegemônica é uma complexa rede de produção com suas condições próprias de possibilidade e suas próprias regulamentações. Sua atuação está ligada a um vocabulário específico e a uma linguagem que circunscreve o que pode ser dito, como pode ser dito, por quem pode ser dito e o que pode ser feito conforme seus modos significativos. Experiências e comportamentos que fazem parte da dinâmica da vida passam a ser definidos como problemas médicos. A medicina moderna científica converte em seus objetos de atuação os corpos, os espaços, as condutas, as populações, as ruas, o trabalho, os hábitos cotidianos, as vestimentas, isto é, tudo que tenha a ver com a vida e com a morte.

A individualidade ou a subjetividade são alvos de um processo de formatação dentro dos moldes correspondentes às expectativas e às exigências sociais que configuram o que se denomina por normalidade. A medicalização da vida traz à luz novas formas de subjetividade e com suas múltiplas facetas produz efeitos tanto no corpo individual como no coletivo. O corpo passa a ser um campo de investimento, empreendimento neoliberal na produção da suposta saúde e bem-estar. Produzir saúde tem se alinhado à lógica de consumo de produtos da indústria farmacêutica. Produzem-se discursos que definem o que é ser saudável e, dessa forma, alimenta-se a lógica mercadológica de que, para todos os males da vida, há remédios e serviços com promessa de solução. Uma verdadeira maquinaria é colocada em ação

para vigiar, acompanhar, diagnosticar, disciplinar, controlar e punir o corpo que necessita ser (re)modelado para estar apto ao convívio social e ser produtivo.

As instituições disciplinares, como a escola por exemplo, atravessadas pela perspectiva da biopolítica, formam uma aliança importante no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização intervém sobre o plano da vida, exercendo não somente um controle individual, mas, ao mesmo tempo, coletivo. O elo medicalização e biopolítica se dá pela expansão da tecnologia médica a partir de elementos fundamentais como: produção e fortalecimento de discursos com status de verdade, intervenção no individual e, simultaneamente, no coletivo com a justificativa de cuidado e de atenção à saúde ou ainda de garantia de direitos, produção de subjetividades construídas a partir do binômio saúde-doença.

Nesse sentido, alastra-se, através desses mecanismos de controle e de produção de subjetividades, um ideal de corpo saudável. É dentro desse contexto que se deve compreender a importância estratégica assumida pela medicalização da vida na produção de si mesmo. A medicalização pode ser compreendida como um fenômeno ideológico que coloca uma noção de saúde como um ideal de prosperidade na sociedade contemporânea, sendo necessário o cuidado em relação aos mínimos riscos de aparecimento de um quadro patológico para que sejam eliminados em nome do bem-estar de todos e de cada um. A fronteira entre o normal e o patológico torna-se cada vez mais tênue.

Discutir a medicalização e a patologização da vida escolar é questionar sobre o tipo de formação humana que a escola tem investido. Os estudos que problematizam o conceito de medicalização indicam que a educação tem se alinhado à perspectiva biomédica e produzido discursos de fracasso escolar, alimentando a lógica capitalista de produtividade, enfatizando resultados, disciplina, obediência e eficiência ao mesmo tempo que exige lucro. Na nossa sociedade atual, na qual um dos pilares é a ideologia do consumo, o uso de medicamentos, junto com a ideia de que esses têm o poder de aliviar sintomas, dores e curar doenças, potencializa o modelo biomédico que vai se configurando como rota de encontro com a felicidade e a saúde.

Um dos grandes fenômenos do capitalismo e dos modos de vida que esse sistema produz é o investimento de uma biopolítica sobre o corpo e o aumento exponencial do consumo de psicofármacos. Barros (1983) denuncia como, após a Segunda Guerra Mundial, houve investimento dos laboratórios farmacêuticos em estratégias mercadológicas para aumentar o consumo de medicamentos. Para o autor, “o medicamento assume um importante e duplo papel ao satisfazer a um só tempo interesses do capital e do médico” (BARROS, 1983, p. 378). Yaegashi, Maia, Milani e Leonardo (2020) analisam a estratégia de consumo de medicamentos não mais para tratar doenças, mas para aprimorar as funções cognitivas. Os autores afirmam que o aumento do uso de psicotrópicos por indivíduos saudáveis tem como objetivo aperfeiçoar o funcionamento cognitivo, emocional e motivacional, buscando um aumento de níveis de concentração e de organização. A busca é qualificar o rendimento escolar ou o desempenho no trabalho e até uma melhor qualidade nas relações sociais.

Não podemos negar que existem mecanismos ideológicos que favorecem a construção de um olhar não histórico, descontextualizado e simplificador sobre o sujeito. Produzem-se patologias vinculadas às condutas cotidianas ao mesmo tempo em que há, igualmente, uma proliferação de psicofármacos para dar conta de cada uma das patologias, de modo que se torna praticamente impossível descrever fenômenos que envolvem experiências com o corpo, desvinculando-os de um discurso pautado na racionalidade médica.

A análise do processo de medicalização não tem como objetivo negar a existência de certas doenças ou os avanços no campo da medicina que trouxeram benefícios e qualidade de vida. No entanto, faz-se necessário denunciar um abuso nosológico e de prescrição ante as emoções e as condutas. Não podemos entender a tristeza, o abatimento, a timidez, a agitação, o pesar, o estresse ou a exaustão como questões individuais que devem ser medicadas e tratadas como doença. Sobretudo, não podemos esquecer que todo esse aparato de construção de um modo de vida formatado pelo modelo biomédico coloca em risco uma formação humana com condições de lidar com os desafios cotidianos da vida, de analisar e construir estratégias de solução para os mal-estares, produzindo uma gestão da vida de maneira mais autônoma. Diante disso, podemos dizer que estamos nos limiares de uma mudança cultural sem precedentes que vai esculpir as formas de vida, as condutas, o pensamento e a personalidade com objetivo de alcançar a longevidade e a felicidade.

Com uma perspectiva baseada no modelo biomédico, fortalecido nesses últimos anos, sobretudo após 2013 (ano de publicação do DSM-5), as justificativas para a não aprendizagem enfatizam questões biológicas e comportamentais como sendo as causas das dificuldades em aprender. Sancho, Pfeiffer e Corrêa (2019); Benedetti, Bezerra, Telles e Lima (2018); Decotelli, Bhorer e Bicalho (2013) denunciam o crescente aumento nas escolas de crianças que fazem uso de algum tipo de medicação, considerando essa prática uma tecnologia de controle dos corpos. De acordo com Yaegashi, Maia, Milani e Leonardo (2020), a psiquiatria atua de forma a apagar a fronteira entre tratamento de alguma suposta patologia e o aperfeiçoamento físico e mental para dos sujeitos para que se tornem melhores do que supostamente são, ampliando as potencialidades e melhorando o rendimento escolar. Vivemos atualmente em uma era cuja obsessão por eficácia, desempenho e resultado está relacionada à lógica de consumo de psicotrópicos. Com isso, são produzidos discursos que indicam quais comportamentos anunciam a possibilidade de uma anormalidade.

Esta escrita tem como objetivo discutir a patologização dos modos de vida que se encontram na escola como uma estratégia biomédica de investimento no corpo considerado desviante. Para isso, apresentaremos um recorte de uma pesquisa realizada entre os anos de 2017 e 2019, que se utilizou da metodologia de análise discursiva dos documentos de estudantes de uma escola municipal de ensino fundamental de Florianópolis, produzidos para acervo da Sala Multimeios. Esse espaço é aquele no qual costuma se efetivar o serviço de Atendimento Educacional Especializado (AEE) para crianças e jovens com deficiência.

A análise discursiva tem como aporte teórico os estudos de Michel Foucault, considerando o modo como se produz aquilo do qual falamos. Assim, o corpo torna-se alvo de intervenções consideradas necessárias para moldá-lo às necessidades do capital. Investe-se no corpo para alinhá-lo às regras sociais, emoldurá-lo nos limites da lógica hegemônica, que cria normas para legislar nas diferentes esferas da vida, com o objetivo de produzir sujeitos com habilidades e competências para o trabalho sendo aptos a responderem à demanda social com docilidade e eficiência, mas, principalmente, sem resistência.

Corpos silenciados, torturados, supliciados, medicados, porém, igualmente, corpos desviantes, combatentes, resistentes e produtores de novos modos

de pensamento. Corpos que resistem à captura pela lógica medicalizante. A experiência vivida em relação ao corpo é administrada pelas ações sobre ele. É nesse ponto que a medicalização atua e produz subjetividades inseridas na classificação do que é patológico. No ambiente escolar, essas questões complexas da vida, os modos de sentir e se expressar, os medos ou as dificuldades têm sido indícios de certas patologias. Logo, sendo uma possibilidade de patologia, a escola tem se eximido de construir explicações a partir dos conhecimentos pedagógicos e convoca as áreas da saúde a não apenas produzirem diagnósticos, mas também a darem soluções. Nesse contexto da escola, a medicalização age como estratégia biopolítica, não apenas de disciplinamento e controle dos corpos, todavia na construção de corpos a partir de técnicas do que Michel Foucault denuncia como suplício.

Para Foucault (2009), os suplícios foram desaparecendo em detrimento à necessidade de um caráter punitivo da pena, uma tendência que se acentuou desde o século XIX com “punições menos diretamente físicas, uma certa discrição na arte de fazer sofrer, um arranjo de sofrimentos mais sutis, mais velados e despojados de ostentação [...] (FOUCAULT, 2009, p. 13). No entanto, a medicalização é um processo que marca o corpo do indivíduo, expõe ao espetáculo, uma espécie de festa de punição. Produz-se um novo corpo na escola, um corpo supliciado que, a partir do processo de medicalização, é inserido em um campo de visibilidade dos desviantes. O espetáculo é produzido no ambiente escolar: crianças medicadas, rotuladas, segregadas, crianças com rotina de encaminhamentos a médicos e fazendo inúmeros exames para descobrirem qual o seu problema. O diagnóstico e seus desdobramentos vêm tornar-se o veredito dado àqueles que não cumpre as regras estabelecidas, marcando o corpo de múltiplas maneiras.

Assim como as técnicas de suplício que Foucault apresenta, considerando as ações sobre o corpo levando-o à morte, o processo de medicalização esquarteja o corpo no momento em que o considera sem história, sem cultura, sem influências de toda uma organização social que faz com que nos construamos de um modo e não de outro. Temos, como a medicalização, a exposição daqueles que não cumprem as regras, o espetáculo ao se construir um aparato médico para analisar o corpo desviante, temos as marcas simbólicas e corporais quando alinhado a esse processo, a medicação se faz necessária como tratamento e, muitas vezes, ofertada como única alternativa.

A medicalização assim como o suplício é a arte de fazer sofrer atualizada e produzida por discursos que tentam conferir-lhe um caráter de direito da pessoa a ser diagnosticada, medicada para ter acesso a determinados serviços e espaços. Uma forma perversa de produzir uma ideia de que a medicalização objetiva o bem-estar social e o restabelecimento da saúde àqueles que não a têm. Assim sendo, coloca-se em ação um domínio sobre o corpo, provocando, muitas vezes, a morte por meio de diferentes tecnologias, porém, principalmente, pelo silenciamento do outro, negando-se a ele a possibilidade de ser quem é.

Para Foucault (2009), as práticas de suplício são técnicas utilizadas para causar dor e sofrimento cuja medida é a suposta gravidade do delito realizado. Além disso, devem deixar uma marca no corpo para que o supliciado não esqueça que descumpriu uma norma social, uma regra, tornando-o mais cuidadoso com seus atos. A marca também serve como um sinal de alerta àqueles que convivem com o supliciado para que saibam o castigo que os espera caso cometam algum delito. Podemos considerar que a medicalização tem deixado marcas que anunciam os delitos. O delito de não se comportar, de não aprender e/ou de não se enquadrar aos padrões sociais. Desse modo, na maioria das vezes, a medicalização tem se materializado no diagnóstico. A tendência é que o próximo passo seja da inserção de alguma medicação na vida desse sujeito.

O diagnóstico tende a ser uma justificativa para que sejam prescritas medicações e realizados encaminhamentos a inúmeros tratamentos marcando esse corpo e expondo seu comportamento infrator, transgressor. São dispostos um conjunto de castigos a partir da medicalização: castiga-se o corpo que *não aprende, não para, não obedece* com rótulos, encaminhamentos e espaços segregados. Castiga-se esse corpo o qual não funciona como deveria com medicamentos que vão delineando os comportamentos desejados. Uma vez o corpo marcado pelo processo de patologização, esse não se ausenta mais da vida do sujeito, compondo sua história de vida.

O conceito de patologização pode ser compreendido como atribuição de doença ou de transtorno aos problemas da vida cotidiana. A patologização alimenta o processo de medicalização, fortalece a visão sobre o humano com base no binômio saúde-doença, desconsiderando as influências sociais, históricas, econômicas e políticas que o compõem. Segundo Chagas e

Pedroza (2016), esse movimento produz uma visão de determinação de sujeitos, individualizando questões construídas nas relações. A biologização dos conflitos mascara as desigualdades sociais, culpabilizando o sujeito pelos seus supostos problemas. Para analisarmos a maneira que esse processo entra em funcionamento na escola, é importante discutirmos como se construíram historicamente algumas categorias de sujeito considerados anormais, desviantes.

### **Patologização da vida: explicações biologizantes**

Na obra os “Anormais”, Foucault (2001) faz uma reconstrução genealógica do conceito de “anormal”, erigido durante o século XIX a partir de práticas relacionadas aos saberes jurídico e penal, formando os processos de normalização. Assim, o autor faz uma descrição de três elementos que constituem o grupo dos anormais: o monstro, o indisciplinado e o onanista. Por meio de estudos que analisavam as práticas discursivas sobre a loucura, a psiquiatria, o crime, a doença, a medicina, Foucault (2001, 2009) analisou como foram, historicamente, sendo construídas categorias de sujeitos, tomando como base tanto sua organização biológica como suas condutas.

Foucault (2001), ao abordar o problema dos indivíduos “perigosos”, chamados de anormais no século XIX, define três figuras constitutivas da concepção de anormal: o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e o onanista. Desse modo, o autor considera que

[...] esses três elementos começam a se isolar, a se definir, a partir do século XVIII e eles fazem a articulação com o século XIX, introduzindo esse domínio de anomalia que, pouco a pouco, vai recobri-los, confiscá-los, de certo modo colonizá-los, a ponto de absorvê-los (p. 69).

Essas três figuras eram analisadas por meio de relatórios de exame psiquiátrico em matéria penal a qual descrevia minuciosamente condutas que indicavam os sujeitos os quais representavam perigo social. Esses relatórios analisavam se as condutas eram devido a um desvio moral ou a uma possível patologia, doença mental para definir se o sujeito poderia ser responsabilizado juridicamente.



A primeira figura apresentada por Foucault é a do monstro humano, ou melhor, aquele que rompe, de alguma forma, com as leis da sociedade e da natureza. O campo de aparecimento do monstro é aquele referente ao domínio “jurídico-biológico”. “Digamos que o monstro é o que combina o impossível com o proibido” (FOUCAULT, 2001, p. 70). A figura do monstro concentra em si todas as pequenas discrepâncias, irregularidades e identifica o motivo possível da monstruosidade nos pequenos desvios. A partir da leitura de relatórios psiquiátricos, Foucault percebe que, através da descrição de um modo de vida considerado fora das regras sociais, molda-se um tipo de caráter desviante. O que o juiz condenará a partir do exame psiquiátrico não é mais o crime ou o delito. O que será julgado e punido são as condutas irregulares tomadas como a causa, o lugar de formação do crime.

Um conjunto de noções como “desequilibrado afetivamente”, “com distúrbios emocionais”, “imaturidade psicológica” e “instabilidade” são construídos a partir de um olhar que busca nos modos de vida do indivíduo a origem e a justificativa dos desvios. A intenção é mostrar como, por meio da análise das condutas consideradas duvidosas, o indivíduo já apresentava certa predisposição para o crime antes mesmo de tê-lo cometido. Nesse sentido, Foucault (2001) afirma:

Reconstituir a série das faltas, mostrar como o indivíduo se assemelhava ao seu crime e, ao mesmo tempo, através dessa série, pôr em evidência uma série que poderíamos chamar de parapatológica, próxima da cabeça, mas uma doença que não é uma doença, já que é um defeito moral. Porque, no fim das contas, essa série é a prova de um comportamento, de uma atitude, de um caráter, que são moralmente defeitos, sem ser nem patologicamente doenças, nem legalmente infrações (p. 24-25).

A segunda figura representativa do anormal é a do indivíduo a ser corrigido, para o qual se constroem dispositivos de correção do corpo. Foucault (2001) apresenta esse personagem como específico dos séculos XVII e XVIII, aparecendo no jogo, no conflito entre a família e o seu entorno (a escola, a oficina e, a igreja). O autor define esse personagem como difícil de ser determinado por estar no exato limite da indizibilidade, pois é muito próximo à regra e, nesse sentido, torna-se difícil determiná-lo. O que o define é sua condição de ser incorrigível e, no jogo entre corrigibilidade e incorrigibilidade, criam-se técnicas, estratégias de correção, de reeducação para que esse indivíduo consiga ter uma vida em sociedade. Sua incorrigibilidade se apresenta pela circunstância de terem fracassado todas as técnicas, procedimentos e investimentos familiares e corriqueiros de educação. Assim, esse sujeito requer certo número de ações específicas em torno de si.

A última figura que Foucault considera constituidora do processo de normalização é o onanista, a criança masturbadora, um personagem considerado novo no século XIX, que nasce das técnicas pedagógicas, de educação coletiva e formação de aptidões. Seu aparecimento se dá no estrito âmbito da família. O indivíduo e seu corpo tornam-se analisáveis nos detalhes das condutas. Ele carrega consigo o segredo universal da masturbação. Esse segredo é uma espécie de causalidade de todos os males possíveis aos quais se pode vincular todas as doenças corporais, nervosas, psíquicas. “No fim das contas, não haverá na patologia de fins do século XVIII praticamente nenhuma doença que, de uma maneira ou de outra, não decorra dessa etiologia, isto é, da etiologia sexual” (FOUCAULT, 2001, p. 75).

Portanto, conforme Foucault (2001), o anormal do século XIX é um descendente dessas três figuras que se comunicam entre si quando os saberes e os poderes que as elaboram se organizam, codificam-se e articulam-se na organização dos controles das anomalias e da associação da “loucura” ao “perigo” no século XIX. O anormal é aquele que perturba, que coloca em xeque as normas de conduta, que rompe com as regras mais comuns da vida cotidiana.

Na atualidade, as figuras que perturbam a ordem tornam-se alvo de explicações pautadas em questões morais ou biológicas, simplificando o processo complexo da vida em uma história única. Uma única possibilidade de ser sujeito. A biologização dos conflitos sociais naturaliza fenômenos socialmente construídos como o fracasso escolar, por exemplo, retirando da análise da existência humana a historicidade de cada sujeito, a cultura, negando-se, ainda, as desigualdades sociais como produtoras de modos de estar em nossa sociedade. A medicalização funciona como produção de subjetividades anormais, colocando em questão quais as técnicas que se têm posto em prática na escola e que funcionam para denominar as condutas dos anormais ou quais os discursos que compõem a figura do anormal na atualidade.

## **Discursos que produzem os anormais da atualidade**

Ao longo dos anos de 2017 e 2019, efetivaram-se leituras semanais dos documentos que compõem as pastas dos alunos que frequentam, no contraturno, a Sala Multimeios em uma Escola Municipal de Ensino Fundamental de Florianópolis. Assim, analisaram-se registros de 19 estudantes, sendo 15 meninos e quatro meninas. Esse dado chama bastante atenção porque muitas das justificativas para a não aprendizagem se baseiam em questões comportamentais. Outro fator interessante foi a incidência de maior concentração de estudantes acompanhados pelo AEE que frequentavam, no ano de 2019, o segundo ano do ensino fundamental. Nesse período de escolarização, dá-se o momento de início da alfabetização, e os desafios de aprender a ser aluno conforme as exigências escolares apareçam de maneira mais formalizada. A metodologia baseou-se na análise do discurso conforme estudos de Michel Foucault. Com isso, foi possível construir três eixos analíticos que podem ser considerados como aqueles que se articulam na produção na figura do anormal.

## **Construção médica de diagnósticos para os estudantes**

Na Rede Municipal de Ensino de Florianópolis, não há obrigatoriedade de ter laudo médico para frequentar a Sala Multimeios. No entanto, todos os estudantes acompanhados pelo Atendimento Educacional Especializado da escola em que ocorreu a pesquisa têm diagnóstico médico, a maioria emitido por neurologistas, mas não há presença na pasta de documentos com análises pedagógicas referentes ao desenvolvimento, limites, possibilidades e desafios em relação à aprendizagem. No laudo médico, há referências das condições e das dificuldades de aprendizagem que os profissionais da área da saúde percebem nas avaliações, as quais são feitas de maneira que não representam o estudante em sua relação com o contexto escolar. Portanto, ao ser definido um diagnóstico, não é possível definir em que ponto pode chegar um sujeito.

Em um laudo de 2019, referente a um estudante que estava no primeiro ano, o neurologista indica a necessidade de “medicação psicoativa por transtorno

de comportamento”, afirmando que o transtorno estava interferindo no aprendizado escolar da criança. Nesse caso, vemos não apenas a questão das condutas sendo enfatizadas como produtoras do fracasso escolar, mas também uma estratégia de intervenção medicamentosa para solucionar o problema. Não há nenhuma indicação de uma análise contextual e aprofundada em relação à busca de compreender o porquê de determinados comportamentos, ou, ainda, uma análise sobre por que determinados comportamentos são considerados inadequados.

Há duas importantes interferências da área da saúde: uma delas afirmando que o transtorno de comportamento interfere no aprendizado, indicando a presença de uma visão moral que fundamenta o uso de medicamento para o controle dos comportamentos; o outro destaque refere-se às aprendizagens escolares, isto é, podemos inferir que está tendo uma compreensão, nesse caso, que fora da escola as aprendizagens ocorrem. Portanto, a medicação está indicada para aprender na escola.

Em outro laudo médico, a neurologista afirma que valoriza o

[...] incentivo à participação cada vez maior nas atividades da vida diária. Considerando seu déficit cognitivo, necessita de adaptação curricular que atenda a sua etapa de desenvolvimento pedagógico, de preferência com professores de apoio e aulas de reforço (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA, 2019).

Nesse laudo, destacam-se dois pontos emblemáticos na atualidade, sobretudo, em relação aos estudantes com deficiência. A médica indica participação nas atividades da vida diária e logo em seguida reforça a importância da escola na vida da criança. Esse registro pode levar os professores a entenderem que a escola precisa trabalhar a partir das atividades da vida cotidiana (escovar dentes, cozinhar, arrumar a casa, se vestir etc.), o que poderia ser entendido como uma estratégia de minimizar o trabalho em relação ao ensino e à aprendizagem dos conhecimentos científicos e históricos, baseando o trabalho pedagógico em atividades funcionais para a vida cotidiana. Além disso, o mesmo laudo indica adaptação curricular, sinalizando quais profissionais deveriam construir o apoio pedagógico e, ainda, quais conteúdos ou conhecimentos a escola deveria ensinar.

Podemos perceber que o pedagógico está deixando de ser a base de fundamentação das questões escolares e, principalmente, do que é aprender. Ao abrir brechas para o discurso médico, utilizando-o para justificar o fracasso escolar, a escola permite que, na relação saber-poder, a racionalidade médico-

hegemônica incida cada vez mais sobre as questões escolares. O pedagógico vai perdendo seu fundamental papel de questionar, de analisar e de buscar meios de resolver os problemas escolares, de construir conhecimento. Perde-se assim, a produção de conhecimento a partir do pedagógico.

## **Laudos para a escola**

Desde os anos de 1920, acompanhamos a influência da racionalidade médico-hegemônica nas questões escolares tanto em relação à organização dos espaços e das práticas como, também, na construção do currículo. No entanto, nos últimos anos, é notável que a ciência médica tenha se apropriado das questões específicas da aprendizagem, ou seja, a medicina tenha considerado de sua alçada questões que envolvem a dinâmica escolar.

Para ilustrar tal questão, um dos laudos médicos evidencia essa transformação da escola e dos escolares em objeto da medicina. Em um laudo emitido por um neurologista, esse afirma que o estudante “por motivos de ansiedade e transtornos comportamentais, necessita de afastamento escolar por tempo indeterminado”. A criança estava sem ir à escola por indicação médica. A escola acatou essa decisão sem questionar o médico e sem se contrapor à indicação. Além de não ficar expresso o motivo pelo qual o médico solicitou essa suspensão, esse profissional tampouco buscou compreender a ansiedade da criança de maneira contextualizada. No laudo, consta apenas a informação de que o afastamento ocorre para garantir a segurança da criança e que, portanto, ela deve ficar afastada da escola por tempo indeterminado. Não houve conversa com os profissionais da escola, apenas um laudo. Como um profissional da saúde tem poder em relação à vida escolar de uma criança?

No relatório de uma psicóloga, afirmava-se que era fundamental o menino atendido frequentar a escola comum para o “desenvolvimento de diversas habilidades, em especial as de socialização, comunicação e repertório comportamental, que se encontram defasadas em crianças com autismo”. No mesmo parecer, duas questões se destacam: a primeira é a indicação da escola comum, indicando o espaço no qual deve estar a criança. Nesse caso, era escola comum, mas abre um precedente perigoso. E se a indicação fosse escola especial? O segundo ponto é a ênfase na necessidade de a criança

estar na escola de ensino comum para desenvolvimento da socialização e do que ela denomina de repertório comportamental. No parecer, não se explica o que tem sido entendido pela profissional como repertório comportamental e por que a necessidade de o desenvolver, mas é possível inferir que o desenvolvimento da sociabilidade e de comportamentos considerados adequados são os objetivos que a profissional considera importantes a serem trabalhados na escola.

A partir do exposto, é notável que a medicina tem tomado para si discursos e vocabulários que são do campo pedagógico, mas o que parece mais preocupante é que profissionais da área da saúde, sobretudo neurologistas e psiquiatras, têm tido abertura para atuar nas definições sobre o processo de escolarização de determinadas crianças sem que haja uma articulação com a escola, a família e a própria criança.

O campo pedagógico não tem se autorizado como produtor de ciência. Ao se fragilizar, abre brechas para que conhecimentos de outras áreas, sobretudo da saúde e áreas psi, passem a tomar para si a educação como objeto de estudo e de conhecimento. Afinal, um neurologista pode afirmar e definir que uma criança não deve frequentar a escola? Quais critérios existem para isso? Quais conhecimentos sobre relação criança e escola esse profissional tem para tomar uma decisão que vai afetar, sobremaneira, a vida da criança? Ou, ainda, considerar que a ansiedade e os “transtornos comportamentais” são impeditivos de a criança ir à escola? Qual conhecimento um profissional da saúde tem para considerar que o afastamento escolar seria benéfico a uma criança? Quais saberes estão em jogo/em disputa nesse discurso?

A maioria dos laudos apresentam as condutas como sendo alvo de correção e, não raras vezes, há indicação de uma correção medicamentosa. Todas as crianças matriculadas na Sala Multimeios, conforme material analisado, faziam ou já haviam feito uso de alguma medicação específica para ajustar o comportamento e melhorar o desenvolvimento escolar. Em um laudo médico, as primeiras indicações são feitas em relação à escola. O parecer é realizado por uma neuropsicopedagoga a qual orienta, aos professores que acompanham a criança, que usem estratégias de repetição e de correção dos comportamentos inadequados, priorizando estratégias que permitam desenvolver habilidades adaptativas fundamentais para sua autonomia na vida diária. Assim sendo, ela indica como deve ser a intervenção do professor para favorecer o processo de aprendizagem. As ações, por ela

indicadas, chamam atenção por serem basicamente pautadas em um controle comportamental. O parecer destaca questões comportamentais como sendo alvo principal a ser observado e trabalhado na escola.

Dessa maneira, além da área da saúde estar tomando para si as questões de aprendizagem, igualmente, tem considerado as estratégias e as dinâmicas escolares como alvo de suas intervenções. Isso é bastante preocupante, considerando que vivemos um momento de fragilidade pedagógica, sobretudo em tempos de pandemia nos quais os recursos materiais e humanos, formações, apoio multiprofissional, tempo de estudo e de preparação das aulas são escassos. Assim, as questões de aprendizagem que devem ser debatidas com afinco na escola e pelos profissionais da educação passam a ser mascaradas sob a égide da medicina.

Alógica de padronização do desenvolvimento, aprendizagem e comportamento é fortemente presente na escola. Na lógica do capital em que a educação é considerada sob a perspectiva mercadológica, os resultados são mais valorizados que o percurso. E os resultados devem ser aqueles de apropriação e de reprodução dos conhecimentos que a escola define como legítimos. Dessa forma, nos moldes da escola, sobretudo da pública, há pouco espaço à criatividade, ao movimento, à ruptura, ao inusitado. Quando se anuncia que uma criança tem “condutas incompatíveis com a idade cronológica” produz-se um modo de olhar as possibilidades de desenvolvimento dessa criança. Anuncia-se que ela está em descompasso com as demais crianças de sua idade, que não acompanha as aprendizagens as quais supostamente deveriam ocorrer em certo momento de sua vida e, desse modo, acaba por induzi-la a certas práticas pedagógicas que tendem a corrigir ou a encontrar o problema na criança. Investe-se no seu corpo para torná-la “apta” a estar na escola.

Nesse contexto, é interessante notar que, no parecer de um aluno, quando esse ainda frequentava a creche, informou-se que “não gosta de regras nem de limites”. Qual o significado dessa afirmação ao se tratar de uma criança que está ingressando no ambiente formal de ensino e de aprendizagem? Transforma-se um comportamento comum da infância, que é o de não aceitar regras e limites em algo que precisa ser anunciado em um laudo como se fosse o indício de um problema já que o termo “não gosta” reduz toda complexidade da formação da personalidade na infância a um suposto capricho infantil, logo, um desvio, ou seja, um perigo iminente de que alguma patologia possa estar se instaurando.

Nessa perspectiva, tendo por base o ditado “melhor prevenir do que remediar”, temos visto uma lógica que se pauta no encaminhamento de crianças para os serviços de saúde em caráter preventivo, buscando o quanto antes diagnósticos para, de modo semelhante, medicar o mais rapidamente possível. Com isso, vemos aumentar a cultura psiquiátrica de governo das relações humanas por meio de um gerenciamento antecipado e corretivo das condutas. Quanto menos resistência, mais produtividade. E a medicalização atua nas resistências como uma prática de governo produtora de subjetividades em nome do cultivo à saúde.

O questionamento que fica latente é: de que modo podemos produzir uma ética de ensino e de aprendizagem, rompendo com a lógica medicalizante baseada nos conhecimentos científicos pedagógicos? Isso não é negar que a escola tem inúmeros desafios em relação ao entendimento da complexidade e da multiplicidade humana. No entanto, quando a única estratégia de eliminar os desafios é excluindo, rotulando, segregando, estamos produzindo e alimentando a medicalização. O fracasso escolar se dá enredado pela função da educação em uma sociedade desigual, e isso precisa ser um eixo que perpassa as análises em relação aos processos escolares.

### **Considerações finais: quais possibilidades de rupturas?**

A medicalização tem sido um processo de construção de novos imperativos de normalidade. O sujeito contemporâneo, produzido pelos mandos da lógica do capital, não apenas sofre intervenção da racionalidade médica para restabelecer a suposta saúde que não mais o habita ou para aprimorar suas *performances*, mas é um agente de produção e de intensificação dessa racionalidade, introjetando discursos sobre si e clamando, às áreas da saúde, soluções para seus desconfortos, seus emblemas e seus desafios cotidianos.

No ambiente escolar, essa lógica se atualiza nas práticas docentes e na própria dinâmica educacional. Uma criança que é considerada com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade na escola logo é encaminhada para algum especialista, geralmente, neurologista, para atestar que, de fato, tem uma disfunção cerebral que a impede de concentrar sua atenção e que



não a deixa parar. A incapacidade de atenção ou a falta de concentração não são questionadas como possibilidade de resistência ao que não está sendo interessante para a criança ou por quê a escola não a convoca ou de que modo seu pensar, criar e imaginar se expressa. Para outras crianças, as atividades propostas ou a dinâmica escolar pode ser mais interessante ou, ainda, para algumas seja mais fácil e menos doloroso se formatar nos moldes das regras e das normas sociais. Logo, a linha que separa o normal e o patológico não é produzida de maneira linear, haja vista desenhar-se no entrelaçamento do social, cultural, histórico, político e econômico.

Percebemos a evidência da presença da racionalidade médico-hegemônica não apenas nas práticas pedagógicas, mas na própria dinâmica escolar. Nesse processo de análise e de estudo de uma realidade escolar no município de Florianópolis, podemos perceber a intensa medicalização no ambiente educacional. Laudos médicos indicam a metodologia que os professores deveriam usar além de definirem as possibilidades ou não de aprendizagem. Podemos perceber essa racionalidade se entranhando na escola de uma forma atualizada. Não mais somente via diagnóstico ou produção discursiva pautada em uma prática biologizante, mas, agora, utilizando-se do vocabulário e dos saberes pedagógicos para atuar no pedagógico.

Desse modo, vivemos um processo de ampliação e de fortalecimento da clínica médica, biologizante e medicalizante, em detrimento ao avanço de conhecimentos pedagógicos sobre o desenvolvimento humano. Ao analisar a produção discursiva de determinados alunos e problematizar os registros, analisando as singularidades, as regularidades e as rupturas que os discursos produzem, compreendemos os lugares de sujeito que os estudantes da educação especial têm ocupado na escola. Mas não apenas eles, senão, todos aqueles que resistem.

Considerando o contexto escolar e o processo de medicalização na infância, é “possível observar que grande parte dos desvios ocorridos nessa época da vida são percebidos, *descobertos*, na escola a partir do momento em que a criança é compreendida como tendo algum problema de aprendizagem” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 211). Brzozowski e Caponi referem que as questões relacionadas à criança podem ser consideradas como um problema ou um desvio quando representam uma quebra na norma e nas regras estabelecidas socialmente. Estudos têm evidenciado que os percursos

educacionais de crianças consideradas com dificuldades de aprendizagem ao longo de sua escolarização são vistos como uma história de fracasso escolar (ZUCOLOTO, 2007; PATTO, 2015; MOYSÉS, 2001). Esses pesquisadores analisam os modos pelos quais as crianças consideradas normais até entrarem na escola tornam-se reféns de rotulações que, a partir daí, as transformam em crianças com algum tipo de patologia.

Com isso, se uma criança não é alfabetizada no período que a escola considera como adequado, em muitos casos, é enviada a algum profissional da saúde para que esse descubra o que pode estar impedindo a aprendizagem. Não raro, situações como agitação, falta de atenção e distração são consideradas explicações da suposta não aprendizagem. As crianças e os jovens não estão mais distraídos, agitados e agressivos do que há décadas quando esses comportamentos não eram sinais e sintomas médicos.

A atualidade está em transformar esses comportamentos em patologias e considerar que devem ser tratados por meio de intervenção médica. Comportamentos infantis que fazem parte da complexa dinâmica da vida são transformados em algo estático, definido, fixo. A frequência e a intensidade de certos comportamentos tornam-se critérios diagnósticos. A criança tem explosões comportamentais recorrentes sem conseguir controlar os impulsos agressivos, tem Transtorno Explosivo Intermitente (F63.81), mas segundo o DSM-V, “em geral, as explosões duram menos de 30 minutos e costumam ocorrer em resposta a uma provocação mínima por um amigo íntimo ou colega” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 467). O Manual ainda refere que a idade cronológica para o critério diagnóstico é de pelo menos seis anos. Afirma ainda que “é mais prevalente entre indivíduos jovens (p. ex., idade inferior a 35 a 40 anos), em comparação com os mais velhos (acima de 50 anos) e em pessoas com nível de educação médio ou inferior” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 467). Logo, é notável que há uma desconsideração da história do sujeito, do contexto de que ele participa, desconsidera-se o ser criança e, principalmente, há um preconceito de classe quando há referência ao nível de educação.

Discursos que simplificam um quadro patológico são facilmente produzidos ou assimilados pela escola, desvalorizando o caráter dinâmico, relacional entre os sujeitos ou entre o sujeito e o ambiente escolar, caindo na armadilha da classificação sem questionamento. A escola, constituída por diferentes grupos de pertencimento, pode oferecer novas oportunidades na constituição

subjetiva, problematizando determinados discursos com intuito de enfatizar o conhecimento pedagógico. O espaço da Sala Multimeios pode ser um grande instrumento de produção de outras subjetividades produzidas por discursos que ampliam e potencializam a vida humana compreendendo o sujeito em transformação constante, mas pode, também, fortalecer e intensificar o processo de medicalização.

Com a pesquisa, ficou bastante perceptível a fragilidade da escola em relação aos registros produzidos sobre os estudantes, principalmente os da Sala Multimeios. Os registros não contêm informações que possibilitam compreender o processo do estudante em relação às suas aprendizagens, aos encaminhamentos, aos acompanhamentos, aos movimentos da escola para elaborar estratégias de acessibilidade aos conhecimentos científicos. Chamou bastante atenção o fato de não haver uma organização de solicitação de documentos específicos na composição das pastas, sobretudo aqueles que deveriam ser elaborados pelas professoras regentes, pelos estagiários de inclusão, pelos professores de apoio da educação especial e pelas professoras do AEE. Nesse sentido, o saber pedagógico sobre o estudante fica camuflado pelos saberes dos outros profissionais, geralmente da saúde, que acompanham ou acompanharam em algum momento os estudantes.

Com o estudo foi possível identificar três eixos de análise que foram se destacando a cada leitura: a presença do diagnóstico via laudo médico de todos os estudantes mesmo a rede não o considerando obrigatório para se ter direito ao AEE; a presença de indicações para a escola nos laudos médicos; e, ainda, o destaque às condutas dos estudantes consideradas incompatíveis para sua faixa etária.

O primeiro eixo relata uma certa valorização do diagnóstico médico para a escola. Ainda que o mesmo não seja considerado pelas professoras do AEE como a base para a construção do trabalho pedagógico, o documento está na pasta, nos registros escolares. E, sabe-se que pouco se discute sobre ele na escola, sobre os significados que cada professor dá e o modo como compreende cada diagnóstico. O fato de haver o diagnóstico por si só não indica a prática da medicalização na escola, no entanto, não discutir abre brechas para que seja um rótulo indicativo de possíveis não aprendizagens dos estudantes. O que pensa um professor que já antes de receber o aluno em sua sala de aula recebe a informação de que ele tem Deficiência Intelectual? Como um professor que sabe que tem em sua classe um aluno

com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pensa as estratégias pedagógicas para esse estudante? O diagnóstico sempre produz efeitos.

Desse modo, individualizar uma questão que é social, política ou econômica torna-se uma prática exercida na escola, sobretudo, por meio de encaminhamentos a profissionais da saúde para acompanhamento. Afinal, quem passa por um processo de investigação é a criança/jovem. Quem enfrenta toda uma estratégia de busca pelo suposto problema é o estudante. Ao encaminhar uma criança a um neurologista não se questiona as práticas pedagógicas ou as relações construídas na escola, muito menos as questões socioeconômicas.

É perceptível uma tendência forte de o diagnóstico ser utilizado como uma justificativa pautada na ideia do desequilíbrio biológico/psicológico, produzindo a exclusão de muitos estudantes. Essa exclusão ocorre de múltiplas maneiras, sendo as mais comuns o isolamento do estudante tanto em sala de aula como em momentos mais descontraídos como recreio e lanche. Ainda, de igual forma, a exclusão do acesso ao conhecimento científico, enfatizando o diagnóstico para justificar a oferta de uma prática pedagógica sem as devidas estratégias de potencialização do desenvolvimento de cada um, produzindo uma prática pedagógica aquém das capacidades dos estudantes. Mas, sobretudo, a exclusão por meio do silenciamento da criança e de duas formas de se relacionar com o mundo.

O segundo eixo apresentou uma situação até então desconhecida em outras pesquisas já realizadas no campo escolar e em espaços específicos para as crianças e jovens com deficiência: a presença, nos laudos médicos, de indicações à escola sobre como proceder “pedagogicamente”. Muitas pastas continham documentos produzidos por neurologistas, psiquiatras, fonoaudiólogos e psicólogos, dos quais se destacam indicações para o campo educacional. Encontram-se indicações sobre qual escola a criança deveria frequentar, quais espaços e recursos deveriam ser disponibilizados para ela, bem como quais estratégias pedagógicas adotar, além de até mesmo um laudo suspendendo o aluno de seguir frequentando a escola por tempo indeterminado.

Essa constância nos documentos torna visível o quanto os discursos pautados na racionalidade médico-hegemônica estão se fortalecendo e ampliando seu espaço no ambiente escolar, mostrando que a área da saúde tem tomado para si as questões de aprendizagem como objeto de

intervenção. Por ser uma área reconhecida por seu status científico, diferente da área pedagógica, reconhecida por seu status pragmático, os professores não se sentem empoderados/legitimados para questionarem os discursos revestidos como discurso da verdade.

O terceiro eixo refere-se à ênfase dada às condutas dos estudantes. Esse discurso, já mais comum na escola, torna cada vez mais evidente que o disciplinamento dos corpos é um investimento da escola que ultrapassa ao da produção de conhecimento. Arthur Ramos, já na década de 1920, apresentava informações sobre os alunos que eram considerados “problema” na escola. E nelas se torna visível a relação entre as condutas, as possibilidades de aprendizagem e as questões familiares. Algumas condutas eram identificadas como um transtorno para a escola, uma perturbação ao ambiente escolar. As crianças “agressivas”, “turbulentas”, “teimosas” ou “desobedientes” eram classificadas como um problema. Hoje, vemos que esses mesmos comportamentos não são mais problemas, mas sintomas de algumas patologias, segundo o DSM-V.

Desse modo, o comportar-se torna-se intimamente ligado à concepção de aprendizagem que a escola mantém e reforça. O não se comportar, não agir de modo como a escola espera é visto como desvio, como problema, como algo a ser tratado, medicado. Considerando que nossa sociedade tem um projeto humano de formação de sujeitos obedientes/dóceis, acrílicos, produtivos, essa dinâmica escolar, sobretudo da escola pública, está em consonância com esse projeto social mais amplo de formação humana regido pela lógica do capital.

As crianças que rompem, que escapam aos enquadramentos sociais, produzem linhas de fuga do instituído no ambiente escolar, colocando em xeque toda estrutura e racionalidade que compõe essa instituição. Os estudantes que criam brechas nos muros escolares são linhas de fuga que,

[...] instauram um curto-circuito nas organizações escolares e introduzem novos modos de ser e de aprender onde deveria haver a regra, a norma, o hábito. Esses alunos direcionam o olhar para os modos de ser e de aprender que não se parecem com nenhuma daquelas formas institucionalizadas, medicalizadas, mas que podem dar lugar a uma outra cultura. Inventam modos de ser e de aprender improváveis traçando linhas diagonais na organização escolar, linhas que permitem aparecer essas virtualidades (CHRISTOFARI, 2014, p. 165).

Após a pesquisa, ainda fica o questionamento sobre o papel do AEE na Era da sociedade medicalizada. Ele tem fugido desse processo? Tem produzido rupturas nos discursos medicalizantes e patologizantes?

É possível considerar, analisando apenas as pastas, que o discurso médico prevalece, que há um encolhimento das discussões pedagógicas na escola e que, além disso, os profissionais da área da saúde e das áreas psi estão começando a definir o tipo de escola em que deve estar a criança, as metodologias a serem trabalhadas, a necessidade ou não de um profissional de apoio para acompanhar a criança. E estão fazendo isso sem serem contestados. Por outro lado, as professoras do AEE tanto na dinâmica cotidiana como nas suas falas apresentam uma preocupação com o desenvolvimento de um trabalho pedagógico que se efetive na aprendizagem dos alunos. E, ainda, destacaram a importância de a escola investir em possibilidades de trocas e parcerias entre os professores, discutindo os casos dos alunos e buscando alternativas na própria escola para resolver os problemas de ordem escolar, porém suas preocupações não encontram eco e nem acolhimento na escola.

A análise da materialidade teve como orientação geral a busca de regularidades ou dissonâncias evidenciadas por meio de sucessivas leituras. A presente pesquisa teve como parâmetro a função social da universidade pública e a produção de conhecimentos comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa, democrática e cidadã.

Em tempos nos quais a escola pública, de ensino comum, tem sido alvo de ataques que a definem como incapaz de exercer seu papel social e político de formação de sujeitos que tenham as condições necessárias de exercerem sua cidadania, transformar a educação em objeto de estudo e atuação da racionalidade médico-hegemônica é um risco social. Corremos o risco do esvaziamento das escolas de ensino comum e encaminhamento daqueles que não se enquadram aos padrões para escolas exclusivas, segregadoras. Corremos o risco do enfraquecimento dos conhecimentos pedagógicos, transformando a escola em uma sala de espera para atendimentos na área da saúde.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-5**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROS, José Augusto Cabral de. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista Saúde Pública**, v. 17, p. 377-386, 1983. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1983.v17n5/377-386/pt>. Acesso em: 28 maio 2022.

BENEDETTI, Mariana Dias; BEZERRA, Danielle Mirian Marques de Moura; TELLES, Maria Carolina Guimarães; LIMA, Luís Antônio Gomes de. Medicalização e educação: análise de processos de atendimento em queixa escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, p. 73-81, 2018.

BRZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nsyXmyxCm5p5JFHzymj9tLm/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CHAGAS, Julia Chamusca; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Patologização e medicalização da educação superior. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne28>. Acesso em: 03 maio 2022.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in)visível**. 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BHORER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, p. 446-459, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Institucionalização invisível**: crianças que não aprendem na escola. Campinas: FAPESP, Mercado das Letras, 2001.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Intermeios, 2015.

SANCHO, Karla Amorim; PFEIFFER, Claudia Regina Castellanos; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 23, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DhpVRrfjpGvLxmx7LJmCtrv/?lang=pt#>. Acesso em: 11 set. 2021.

YAEGASHI, Solange Franci Raimundo; MAIA, Robson Borges; MILANI, Rute Grossi; LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro. Aprimoramento cognitivo farmacológico: motivações contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, v. 25, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.46319>. Acesso em: 11 set. 2021.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 17, n. 1, p. 135-145, 2017.



## **Diagnósticos e psicofármacos na infância e adolescência: usos e abusos**

**Rossano Cabral Lima**

Desde o final do século passado, a saúde mental de crianças e adolescentes vem ganhando crescente visibilidade. Embora o crescimento lento e irregular, é mais comum, atualmente, o reconhecimento de que problemas na esfera mental na infância e adolescência sejam relativamente frequentes e que eles podem causar limitações ou sofrimento como podem repercutir negativamente ou persistir na vida adulta, mas que há estratégias disponíveis de cuidado. Há, ainda, evidências de lacunas (chamadas em inglês de ‘mental health gap’ ou mhGAP) entre as necessidades de tratamento e a oferta de serviços, especialmente em países de baixa e média renda (WHO, 2005, 2021a).

Essa maior visibilidade foi acompanhada pela criação e expansão de diagnósticos psiquiátricos, incorporando novas siglas à nosografia infantojuvenil: TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), TOD (Transtorno de Oposição Desafiante), TID/TEA (Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, agora renomeados de Transtornos do Espectro Autista) e TDDH (Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor). Na verdade, tais diagnósticos não se limitaram à infância e se estenderam aos adultos, pois tendem a ser estudados ao longo do ciclo vital, na lógica da “psiquiatria do desenvolvimento”, levando a maior aproximação entre a psicopatologia da infância e da vida adulta (KLEIN; LIMA, 2020). A consequência inevitável foi o aumento global – embora desigual, considerando os diversos países – da prescrição de psicofármacos nessa faixa etária, com destaque para os estimulantes (como o metilfenidato ou Ritalina), seguido pelos antidepressivos e pelos antipsicóticos (RAMAN *et al.*, 2018; PIOVANI; CLAVENNA; BONATI, 2019). Podemos afirmar que esse fenômeno também ocorre no Brasil, a despeito da carência de dados e estudos publicados em nosso país (PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020).

Esse cenário convoca a atenção psicossocial brasileira a enfrentar o dilema de cuidar dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes de modo *integral*, na comunidade, evitando negligenciar a identificação e tratamento de suas formas de sofrimento ou psicopatologias, mas evitando

também a medicalização de problemas sociais, escolares ou familiares. Os processos de medicalização envolvem desde fatores macroeconômicos, como os relacionados à indústria farmacêutica e à medicina biotecnológica contemporânea, até a micropolítica cotidiana, na qual os sujeitos buscam ativamente o estatuto de “cidadania biológica” (ROSE, 2013). Crianças e adolescentes, ao terem seus comportamentos “desviantes” descritos e classificados pelos adultos, segundo o modelo biomédico, são considerados “população de risco” para a medicalização, por terem pouca voz e poder de decisão nesse processo (CONRAD; SCHNEIDER, 1992; LIMA, 2016).

### **Quantos sofrem?**

Os estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência no mundo têm produzido números que se situam na faixa de 10 a 20% (WHO, 2021a). Uma meta-análise de pesquisas epidemiológicas internacionais apontou a mediana de 12%, enquanto estudos brasileiros indicam uma variação de 12,7% a 19,9% (FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016).

Contudo, quando se pesquisa cada transtorno, os números oscilam ainda mais. Tomando os 5 diagnósticos mais frequentes nessa faixa etária, Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) encontraram os seguintes dados: depressão – de 0,6% a 30%; transtornos de ansiedade – entre 3,3% e 32,3%; TDAH – de 0,9% até 19%; transtorno por uso de substâncias – entre 1,7% e 32,1%; e transtorno de conduta – de 1,8% a 29,2%. Ainda neste tópico, Frances (2013) cita estudo de Copeland *et al.* (2011), sobre a prevalência cumulativa de transtornos psiquiátricos nos Estados Unidos, no qual verificaram que 83% das pessoas se qualificavam para algum diagnóstico psiquiátrico aos 21 anos. Assim, pode-se considerar que apenas 17% dos jovens norte-americanos conseguem se situar integralmente no espectro da normalidade quando chegam ao início da vida adulta.

Essa variação nos dados é geralmente atribuída a fatores metodológicos ou aspectos culturais que interferem nos instrumentos de medida, mas também tem relação com o problema da confiabilidade (ou seja, da concordância entre distintos avaliadores) e da validade (que é a capacidade do instrumento diagnóstico em medir de forma acurada aquilo que se espera que ele meça e/

ou de prever desfechos) dos diagnósticos em psiquiatria infantil. As múltiplas fontes de informação (pais, professores, profissionais de saúde, além da própria criança/adolescente), necessárias para a avaliação do quadro, desafiam a confiabilidade do diagnóstico, especialmente no que se refere às subcategorias. Além disso, a dificuldade em estabelecer a validade e a confiabilidade pode ser reflexo da natureza mais “amorfa” da psicopatologia na infância, que só adquire expressão diferenciada posteriormente, à medida em que a criança cresce (EL-GABALAWI, 2014).

### **Diagnóstico categorial x dimensional**

Outra questão se refere aos dois modos de conceber os diagnósticos em psiquiatria: o categorial e o dimensional. No formato categorial (ou taxonômico) há uma clara demarcação entre os transtornos, e igualmente entre estes e a normalidade; aqui tende-se a seguir a lógica do “tudo ou nada”: ou se tem ou não se tem o quadro em questão. No formato dimensional, a demarcação entre os transtornos, suas diversas apresentações e a normalidade, não é tão evidente; aqui tende-se a usar o modelo do “espectro”, havendo um gradiente ou linha de continuidade entre as formas mais leves e as mais graves do diagnóstico.

Nas últimas décadas, tende-se a entender que a maior parte dos distúrbios mentais teriam caráter dimensional (HASLAM; HOLLAND; KUPPENS, 2012). Exemplos incluem o TDAH e parte dos distúrbios ansiosos, mas mesmo condições consideradas mais graves vêm ganhando essa conotação espectral nas classificações recentes (autismo, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo). Além disso, alguns quadros incorporam não apenas dimensionalidade, mas multidimensionalidade: no TDAH há a dimensão da desatenção e a da hiperatividade/impulsividade; no autismo, a dimensão da comunicação social e a dos comportamentos estereotipados e restritos. Na prática, a noção dimensional predomina no interior de cada diagnóstico, enquanto a visão categorial é mais marcante na distinção entre os transtornos.

A reforçar o modelo dimensional, há fenômenos que são considerados normais na infância, de acordo com o período de desenvolvimento em que aparecem, e que só podem ser consideradas patológicas quando ocorrem

fora desse registro. É o caso da “ansiedade de separação”, das “fobias” simples ou específicas, da “enurese noturna” e da “hiperatividade”, que em crianças pequenas são comuns, transitórias e geralmente não têm caráter patológico.

## **Comorbidades reais e aparentes**

Outro ponto relevante se refere à alta prevalência de comorbidades na psiquiatria infantil, seja no nível individual (dois transtornos sendo diagnosticados simultaneamente na mesma criança) ou no nível populacional (quando dois transtornos se correlacionam positivamente em dada comunidade). Isso seria reflexo de problemas múltiplos localizados na criança ou artefatos produzidos pela classificação?

Cabe aqui fazer uma distinção entre comorbidade “real” e “aparente”. No primeiro caso, a comorbidade pode decorrer de fatores de risco compartilhados (variação genética afetando neurotransmissores, estilos de personalidade, privações ambientais), que podem influenciar o surgimento de mais de um transtorno. Outra possibilidade é que o primeiro transtorno seja fator de risco para o desenvolvimento da segunda psicopatologia (LOVETT; HOOD, 2014).

Nos casos em que a comorbidade é “aparente”, a associação pode ocorrer quando os critérios diagnósticos de dois transtornos se sobrepõem (p. ex.: TDAH e transtornos de ansiedade; TDDH e transtorno bipolar), ou quando um quadro “comórbido” era na verdade a manifestação inicial do outro. Além disso, especialmente no âmbito da epidemiologia de serviços de saúde, pode haver um viés de encaminhamento inflacionando artificialmente o fenômeno da comorbidade, já que crianças com diversas psicopatologias costumam ter maior impacto no seu cotidiano, sendo mais provável de serem levadas para tratamento (LOVETT; HOOD, 2014).

Em algumas situações, as comorbidades psiquiátricas deixam de ser exceção para ser regra. Vejamos o exemplo do TDAH: caso uma criança ou adolescente seja diagnosticada com esse transtorno, qual é a sua chance de preencher os critérios para outro quadro? Segundo a literatura (ROHDE; MATTOS, 2003; STUBBE, 2008; LOUZÃ-NETO, 2009; CUFFE *et al.*, 2020)

os números são os seguintes: Transtorno de Conduta/TOD: de 30 a 60%; Depressão: 30% (variando de 3 a 75%); Transtornos de ansiedade: 30%; e Transtornos de aprendizagem: 40% (variando de 20 a 60%). A consequência é que o diagnóstico de vários transtornos da mesma criança – independente da comorbidade ser real ou aparente – contribui para um hábito comum, mas nem sempre seguro ou “baseado em evidências”: a polifarmácia. Isso nos leva ao tema do uso (e abuso) de psicofármacos na infância e adolescência.

## Psicofármacos e infância

Na infância (mais) e na adolescência (um pouco menos), o uso clínico dos psicofármacos é frequentemente *off-label*, ou seja, não aprovado pela agência reguladora de referência e, por isso, sem indicação na bula do fabricante. As “evidências” são frequentemente extrapoladas de estudos com adultos, especialmente em relação a medicamentos de primeira geração.

A literatura científica aponta que cerca de 75% dos psicofármacos prescritos para crianças e adolescentes não foram testados em estudos adequadamente controlados (MCGLANAGHY; DI PIETRO; WINFOLD, 2015). Além disso, os dados sobre eficácia e segurança mais consistentes dizem respeito aos efeitos de curto prazo, com poucos estudos de longo prazo. Por fim, enquanto 90% das crianças e adolescentes vivem em países de baixa e média renda, 90% dos ensaios clínicos randomizados nessa faixa etária são realizados em países de alta renda, o que reforça ainda mais a distância entre a prática clínica e a pesquisa (KIELING *et al.*, 2014).

Essa escassez de dados clínicos na infância não se limita aos fármacos psiquiátricos, mas a medicamentos em geral, e se relaciona, em parte, com dificuldades éticas em incluir crianças em estudos controlados, dada sua vulnerabilidade e ausência de autonomia no consentimento a participar da pesquisa. O problema é que, em contrapartida, isso faz com que a população infanto-juvenil seja a mais atingida pelo uso *off-label*. Como resultado, um dilema ético frequentemente se coloca na clínica: de um lado, a escolha do uso *off-label* de medicamentos quando pouca ou nenhuma informação está disponível sobre sua segurança ou eficácia; de outro, a privação da criança de um remédio possivelmente efetivo, embora *off-label* (WHO, 2007). Recentemente, agências de saúde de diversos países têm exigido

que crianças sejam incluídas nos testes clínicos para que um medicamento seja aprovado (MCGLANAGHY; DI PIETRO; WINFOLD, 2015).

E o que se sabe em relação ao uso concomitante de diversos psicofármacos, prática chamada de “polifarmácia”? Evidências sobre a segurança e a eficácia da polifarmácia são raras, uma vez que a pesquisa de medicamentos geralmente exige que os pacientes tomem apenas o fármaco sob investigação, excluindo explicitamente os pacientes com transtornos comórbidos – o que pode tornar os pacientes incluídos no estudo pouco representativos da população-alvo na comunidade (SAFER; ZITO; DOS-REIS, 2003). Isso não faz com que a prática da polifarmácia seja incomum. Duffy *et al.* (2005) relataram que mais da metade de uma grande amostra de crianças e adolescentes em tratamento psiquiátrico farmacológico em diferentes serviços nos Estados Unidos estavam em uso de mais de um psicofármaco. Lohr *et al.* (2018) encontraram cerca de 40% de crianças e adolescentes norte-americanos em tratamento psiquiátrico coberto pelo Medicaid usando mais de um psicofármaco, sendo que esse número chegava a 62% nas crianças em lares adotivos. Esses números mostram que a prática não é somente frequente, mas também atravessada por variáveis psicossociais, como local de moradia e o status socioeconômico, já que o Medicaid é dirigido às famílias abaixo da linha da pobreza nos Estados Unidos.

Na prática clínica, as possíveis vantagens da polifarmácia (tratar de vários sintomas ou de vários transtornos) devem ser cotejadas com potenciais desvantagens, entre elas o custo financeiro de medicamentos múltiplos. Além disso, uma vez que cada medicamento tem seus próprios efeitos colaterais, o número total de reações adversas aumenta quando vários medicamentos são prescritos. E os efeitos colaterais na polifarmácia não são meramente aditivos, uma vez que os distintos medicamentos geralmente alteram os efeitos uns dos outros (LOVETT; HOOD, 2014; HOFFMAN *et al.*, 2011; PRESKORN, 2018).

Como isso se dá no Brasil, mais especificamente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) infantojuvenil? Enquanto pesquisa nos CAPSi de Fortaleza mostrou que 88,3% das crianças (3-12 anos) em tratamento nesses serviços usavam psicofármacos, com média de 1,20 medicamentos/criança (MACIEL *et al.*, 2013), em CAPSi do interior do Rio Grande do Sul a prevalência de uso de psicofármacos (até 18 anos) foi de 52%, com média de 4 fármacos por usuário (ARRUÉ *et al.*, 2013). Estudo em CAPSi de Maceió

mostrou que 96,2% dos usuários (até 18 anos) faziam uso de medicamentos, a grande maioria usando mais de um fármaco (NASCIMENTO *et al.*, 2014). Há, portanto, uma grande variação entre a proporção de crianças e adolescentes medicadas e o número de fármacos usados em cada um nos CAPSi das várias regiões do país. Ainda não está claro qual seria o percentual ideal de crianças medicadas nos serviços comunitários de saúde mental infantojuvenis, acima do qual haveria supermedicação, mas abaixo do qual haveria submedicação – que também pode implicar riscos e ampliar lacunas de tratamento.

Ainda na esfera das políticas públicas, é necessário não esquecer daqueles que vivem em instituições fechadas. Pesquisa sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade mostrou que 80% dos jovens internados em unidades de Porto Alegre receberam entre 1 e 3 diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico mais frequente foi de transtornos de conduta (40%); o segundo foi o de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (27%); o terceiro, o de transtornos de adaptação (21%). A proporção de 82% dos adolescentes recebeu algum tipo de medicação psiquiátrica durante a internação, sendo que 21,3% estavam sendo medicados com 3 ou mais psicofármacos concomitantemente (COSTA; SILVA, 2017). Esse é um universo que ainda não recebeu a visibilidade que merece nas estratégias intersectoriais de promoção de saúde e reabilitação psicossocial, visando cuidados clinicamente adequados e respeito aos direitos humanos.

## **Consequências clínicas e políticas para a RAPS**

A inserção tardia das crianças e adolescentes nas políticas públicas de saúde mental no Brasil foi acompanhada pela incorporação igualmente tardia do tema da medicalização pelo campo da Reforma Psiquiátrica. Se os marcos iniciais da presença da infância e juventude na atenção psicossocial brasileira se localizam no início do século 21, especialmente a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001, da inclusão dos CAPSi na Portaria n.º 336, do Ministério da Saúde, em 2002, e da instalação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes pela Portaria n.º 1.608, do Ministério da Saúde, em 2004, a questão da medicalização na infância só surge a partir da

IV CNSM – Intersetorial, em 2010. Em seu relatório final, foi contemplada a proposta de “Enfrentar a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, através de ampla discussão dos riscos de medicalização dessa população” (BRASIL, 2010, p. 96). Alguns anos depois, são divulgadas as “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes” (inspiradas no Protocolo de uso de metilfenidato da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – SP e na Portaria n.º 986/2014, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SP). O tema também foi tratado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2015, que recomenda

[...] ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais por meio do Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e Secretarias Municipais, por meio do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a promoção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de saúde, bem como recomenda a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato, de modo a prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes (BRASIL, 2015a).

É possível perceber que as duas recomendações destacam, no âmbito da medicalização, a questão da prescrição de psicofármacos e, dentro dela, o uso do metilfenidato. Contudo, nem sempre a Ritalina e congêneres são os medicamentos mais prescritos nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial Brasil afora. Nos CAPSi do estado do Rio de Janeiro, há dados apontando que os campeões de prescrição, até recentemente, eram os antipsicóticos Risperidona e Haloperidol, os estabilizadores do humor (e anticonvulsivantes) Carbamazepina e Ácido Valproico, e o antidepressivo Fluoxetina (SES-RJ, 2014). A crítica da medicalização deve ir além do diagnóstico de TDAH e dos psicofármacos a ele associados para apontar as inadequações do modelo biomédico em abordar boa parte das formas de sofrimento e problemas comportamentais na infância e adolescência. Neste sentido, a recomendação do CONANDA de dezembro de 2015 nos parece contemplar essa acepção mais ampla do termo:

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.



Art. 5º (...)

§ 3º A prescrição de medicamento psiquiátrico para adolescentes no âmbito do Sinase [Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo] deve ser feita nos termos da lei, bem como deve estar em conformidade com o PIA [Plano Individual de Atendimento] e com as necessidades individuais do adolescente. (BRASIL, 2015b).

Esta série de recomendações, não por acaso, se encerra em 2015, último ano da gestão da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, afinada com a reforma psiquiátrica e ano-limite das experiências antidemocráticas que levariam à deposição da presidenta Dilma Rousseff em 2016. Contudo, mesmo que os ares nacionais estejam turvos e irrespiráveis nos últimos anos, persiste o respaldo internacional às experiências psicossociais brasileiras, o que ajuda a resistir e enxergar saídas deste cenário funesto. O documento “Orientações sobre serviços de saúde mental comunitários: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos”, lançado em 2021 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inclui dois exemplos brasileiros de serviços baseados na comunidade (CAPS III Brasilândia e Rede de Atenção Psicossocial de Campinas) que enlaçam respeito aos direitos humanos, práticas não coercitivas e participação da comunidade (WHO, 2021b). Por sua vez, o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2030 da Organização Mundial da Saúde afirma, na parte voltada à infância e juventude:

Crianças e adolescentes com transtornos mentais devem receber intervenção precoce por meio de intervenções psicossociais baseadas em evidências e outras intervenções não farmacológicas na comunidade, evitando a institucionalização e a medicalização (WHO, 2021a, p. 11, tradução nossa).

A direção clínico-política está traçada, cabendo a cada país encontrar seu modo de enfrentar os desafios, sempre no registro do cuidado em liberdade, no território, envolvendo os familiares e os agentes intersetoriais para a construção de um projeto terapêutico radicalmente singular.

## Conclusão

Como enfrentar o tema do uso e abuso de diagnósticos e psicofármacos no Brasil? Em primeiro lugar, é preciso entender que aqui podemos encontrar, em territórios contíguos, o excesso de diagnósticos/psicofármacos e a falta de acesso a quaisquer formas de tratamento. Portanto, no campo da atenção psicossocial, é necessário fazer um mapeamento dos cenários locais da medicalização, entendendo que esse fenômeno se dá de modos distintos na infância, adolescência e vida adulta; nos CAPSi, na atenção primária e em ambulatórios; em crianças vivendo na comunidade e aquelas morando em instituições (abrigos, sistema socioeducativo etc.); na rede pública de saúde e na saúde privada; em crianças e adolescentes de escolas públicas e escolas particulares (LIMA, 2019).

Do ponto de vista clínico, é preciso evitar a “armadilha nosológica”, que consiste em entender tudo que se desvie do “normal” – tomando este como média ou ideal – como transtorno mental. Por esse motivo, sustentamos que o TDAH seja considerado um diagnóstico de exclusão, isto é, que só seja cogitado após outras possibilidades descritivas e explicativas – dentro e fora da psiquiatria – a serem investigadas, incluindo fatores pedagógicos, relacionais/familiares e psicológicos (ALMEIDA *et al.*, 2019). Essa abordagem pode ser estendida para outros quadros, evitando assim o abuso de diagnósticos e os tratamentos farmacológicos desnecessários.

O diagnóstico em saúde mental infantil, como já disse Untoiglich (2019), “deve ser escrito a lápis”, ou seja, deve estar sempre aberto a revisões no decorrer do processo de cuidado, na medida em que a criança muda sua relação com consigo própria e com o mundo, revelando distintas formas de manifestar seu sofrimento (LIMA, 2019). Algo semelhante pode ser afirmado em relação ao tratamento medicamentoso, que deveria ser prescrito a lápis, sujeito a reavaliações periódicas. Os psicofármacos, mais do que ter um *lugar*, podem ocupar um *tempo* no projeto terapêutico de crianças e adolescentes, quando buscam mitigar o mal-estar, desobstruir caminhos de vida e ajudar a avançar o cuidado psicossocial. É nesse sentido que afirmamos ser possível utilizar os diagnósticos e os psicofármacos de um modo que aponte para a abertura de novas possibilidades de vida, a superação de obstáculos e o alívio de sofrimento, não a submissão a padrões predefinidos de conduta, a adequação rígida à média e a perseguição obstinada de ideais inatingíveis de normalidade.

## Referências

ALMEIDA, Roberto Santoro; LIMA, Rossano Cabral; CRENZEL, Gabriela; ABRANCHES, Cecy Dunshee de. **Saúde Mental da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Manole, 2019.

ARRUÉ, Andrea Moreira; TATSCH, Eliane Neves; TERRA, Marlene Gomes; BOSI DE SOUZA, Tânia; MAGNAGO, Solange; JANTSCH, Leonardo Bigolin; PIESZAK, Greice Machado; SILVEIRA, Andressa da; BUBOLTZ, Fernanda Luisa. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 227-237, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 019, DE 08 de outubro de 2015**. Brasília: CNS, 2015a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2015/Reco019.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 177 de 11/12/2015**. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: CONANDA, 2015b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/old/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/Resoluo177Conanda.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

CONRAD, Peter.; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Filadélfia: Temple University Press, 1992.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 1467-1478, 2017.

CUFFE, Steven P.; VISSER, Susanna N.; HOLBROOK, Joseph R.; DANIELSON, Melissa L.; GERYK, Lorie L.; WOLRAICH, Mark L.; MCKEOWN, Robert E. ADHD and psychiatric comorbidity: functional outcomes in a school-based sample of children. **Journal of attention disorders**, v. 24, n. 9, p. 1345-1354, 2020.

DUFFY, Farifteh Firoozmand; NARROW, William; RAE, Donald; WEST, Joyce; ZARIN, Deborah; RUBIO-STIPEC, Maritza; PINCUS, Harold; REGIER, Darrel. Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. **Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology**, v. 15, n. 1, p. 12-25. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15741782/>. Acesso em: 11 set. 2022.

EL-GABALAWI, Fayez. Child and adolescent psychiatry: conceptual and diagnostic issues. In: PERRING, Christian; WELLS, Lloyd (ed.). **Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry: philosophical perspectives**. Nova York: Oxford University Press, 2014. p. 13-34.

FATORI, Daniel; GRAEFF-MARTINS, Soledad Ana. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice. **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 39-53.

FRANCES, Allen. **Saving normal**. Nova York: William Morrow, 2013.

HASLAM, Nick; HOLLAND, Elise; KUPPENS, Peter. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. **Psychological medicine**, v. 42, n. 5, p. 903-920, 2012.

HOFFMAN, Daniel A.; SCHILLER, Mark; GREENBLATT, James M.; IOSIFESCU, Dan V. Polypharmacy or medication washout: an old tool revisited. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 7, 2011.

KIELING, Christian; GRAEFF-Martins, Soledade Ana; HAMODA, Hesham; ROHDE, Luís Augusto. Child and adolescent mental health. In: PATEL, Vikram; MINAS, Harry; COHEN, Alex; PRINCE, Martin (org.). **Global mental health: principles and practice**. Nova York: Oxford University Press, 2013. p. 335-353.

KLEIN, Thais; LIMA, Rossano Cabral. Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. **Movimento - revista de educação**, v. 7, n. 15, 2020.

LIMA, Rossano Cabral. De volta ao TDAH - 15 anos depois. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso (org.). **Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Ed. Unifesp, 2019. p. 104-116.

LIMA, Rossano Cabral. Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal. In: COMISSÃO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO DO CRP-RJ. (org.). **Conversações em Psicologia e Educação**. Rio de Janeiro: CRP-RJ, 2016. p. 61-72.

LOHR, W. David; CREEL, Lisa; FEYGIN, Yana; STEVENSON, Michelle; SMITH, Michael J.; MYERS, Jonh; WOODS, Charles; LIU, Gil; DAVIS, Deborah. Psychotropic polypharmacy among children and youth receiving Medicaid, 2012-2015. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 24, n. 8, p. 736-744, 2018.

LOUZÃ-NETO, Mário Rodrigues (ed.). **TDAH ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

LOVETT, Benjamin J.; HOOD, S. Brian. Comorbidity in child psychiatric diagnosis: conceptual complications. *In*: PERRING, Christian; LLOYD, Wells (ed.). **Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry**: philosophical perspectives. Nova York: Oxford University Press, 2014.

MACIEL, Ana Paula Pessoa; GONDIM, Ana Paula Soares; MONTEIRO, Mirian Parente; HERSON, Alexandre de Souza Meireles. Avaliação do uso de psicofármacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza-Ceará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 4, n. 4, 2013.

MCGLANAGHY, Edel; DI PIETRO, Nina; WINFOLD, Benjamin. Pediatric clinical trial activity for antipsychotics and the sharing of results a complex ethical landscape. *In*: DI PIETRO, Nina; ILLES, Judy (ed.). **The science and ethics of antipsychotic use in children**. Oxforde: Elsevier Academic Press, 2015.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; ROSA, Lara Soares; SOUZA, Jarlan Carvalho de; ROZA, Ynnayara de Alencar. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 5, 2014.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2305-2314, 2020.

PIOVANI, Daniele; CLAVENNA, Antonio; BONATI, Maurizio. Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 75, n. 10, p. 1333-1346, 2019.

PRESKORN, Sheldon H. Drug-drug interactions in psychiatric practice, part 1: reasons, importance, and strategies to avoid and recognize them. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 24, n. 4, p. 261-268, 2018.

RAMAN, Sudha R. et al. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 10, p. 824-835, 2018.

ROHDE, Luís Augusto; MATTOS, Paulo. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

SAFER, Daniel J.; ZITO, Julie Magno; DOS-REIS, Susan. Concomitant psychotropic medication for youths. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 3, p. 438-449, 2003.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *In*: **IX Encontro dos CAPSi e de articulação da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do estado do Rio de Janeiro**. Fórum Interinstitucional de Saúde Mental da Infância e Adolescência do Estado do Rio de Janeiro. Apresentação em PowerPoint. SES-RJ, nov. 2014.

STUBBE, Dorothy. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 360-372, 2014.

UNTOIGLICH, Gisela. **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**. Buenos Aires: Noveduc, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas**: child and adolescent mental health resources. Geneva: WHO Press, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Genebra: World Health Organization, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on community mental health services**: promoting person-centred and rights-based approaches. Genebra: World Health Organization, 2021b.

## **Psiquiatrização biologizante e manuais psicopatológicos: abolição do sujeito e compulsão**

Maicon Cunha

A cada versão da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos em Saúde Mental (DSM), mais categorias diagnósticas são lançadas. Algumas, por outro lado, são retiradas. No entanto, tem havido uma tendência de se produzir um aumento da nosografia dos transtornos mentais. Em 2022 está sendo lançada a versão 11<sup>a</sup> da Classificação, e nela os transtornos de *games*, de Burnout e do Espectro Autista surgem como elementos importantes das cartografias atuais dos processos patológicos.

A pergunta que fica é se estamos mais afinados na identificação de processos patológicos existentes, possibilitando o encaminhamento da experiência do sofrimento na direção de uma terapêutica, ou se, por outro lado, estamos criando mais doenças. Esta não parece ser uma questão fácil e a saída não supõe uma resposta dicotomizada. No entanto, o essencial é perceber que o aumento das categorias diagnósticas não tem revelado uma diminuição da dimensão do sofrimento.

No campo do sofrimento mental, as drogas passaram a ser uma vertente importante na construção de possibilidade de tratamento médico com maior legitimidade para a psiquiatria, a partir da segunda metade do século XX, com a clorpromazina. A psiquiatria biológica conquistou essa legitimidade estando balizada pelos efeitos das alterações na estruturação bioquímica do organismo.

A materialização dessa nova configuração pode ser analisada se forem observadas as mudanças no instrumento que é o norteador e sintetizador do movimento que confere uma uniformidade e legitimidade do discurso psiquiátrico, o DSM. Este é o solo teórico que ofereceu as coordenadas para o debate sobre as psicopatologias, incrementando a dimensão do mal-estar na civilização da atualidade.

Bezerra Jr. (2014) procurou problematizar a questão da classificação em psiquiatria. Através da análise de um artigo de Thomas Szasz, o qual afirma

que “a psiquiatria é, entre outras coisas, a negação institucionalizada da natureza trágica da vida” (SZASZ, 1991 *apud* BEZERRA JR., 2014, p. 9), o autor identifica uma espécie de anacronia do discurso de Szasz, advinda de uma polarização entre “biológico” e “existencial” no cenário contemporâneo. Isso se deveria ao fato de que, por um lado, suas argumentações dicotômicas vêm sendo desconstruídas pelos estudos em torno da plasticidade, da epigenética, do imageamento cerebral; e, por outro lado, porque as pretensões cientificistas da psiquiatria vêm se consolidando, relegando a um segundo plano versões mais sujeito-centradas da psiquiatria.

Essa tensão se manifesta no confronto entre perspectivas que tentam condensar a complexidade da experiência humana de sofrimento, por um lado, e por outro, de abordagens comprometidas com a biologia e as ciências do comportamento. De qualquer maneira, a verdade trazida na tese de Szasz, afirma Bezerra Jr., é que “na origem da psiquiatria está a necessidade humana de tornar inteligível e tolerável a complexidade e a ausência fundamental de sentido que caracteriza a existência” (BEZERRA JR., 2014, p. 11), na medida em que é do encontro com o trágico da vida que nasceu a necessidade de nomear, descrever e classificar condições existenciais que podem trazer dor e angústia.

Deste modo, estudar os sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria é estabelecer a relação entre as fórmulas conceituais que a norteiam e o universo sócio-histórico que as modulam. Bezerra Jr. afirma que as categorias psiquiátricas são, elas mesmas, sintomas de um tempo: “A histeria e a neurastenia são testemunhas eloquentes dos impasses que atravessavam as metrópoles urbanas ocidentais no final do século XIX; a depressão e o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade são chaves de interpretação dos imperativos e dilemas que assolam os sujeitos no início do século XXI” (BEZERRA JR., 2014, p. 12). Portanto, as categorias nosográficas da psicopatologia não apenas descrevem os sintomas dos pacientes, elas os moldam, criam *scripts* identificatórios e indicam modos de se relacionar socialmente.

Os diagnósticos modificam a forma de o sujeito pensar a si mesmo, interpretando sempre contextualmente seus afetos. Se isto é verdadeiro, na atualidade se percebe uma intensa expansão para além dos dispositivos estritamente terapêuticos, por conta da ampla difusão dos diagnósticos psiquiátricos em todo campo cultural, pelo fácil acesso à informação técnica,



pelo uso de diagnósticos como ancoragem para estratégias de construção identitária, pela necessidade de laudos para obtenção de benefícios, e assim por diante.

Nesse quadro, os diagnósticos psiquiátricos alcançaram uma importância cultural inquestionável, estando presentes não só na prática psiquiátrica *stricto sensu*, mas em todo o campo da assistência à saúde, na educação, na linguagem cotidiana, nas múltiplas plataformas de comunicação etc. Assim, compreender um pouco melhor as diversas faces desse objeto, o diagnóstico psiquiátrico, torna-se um meio privilegiado de conhecer não só a complexa história desse campo peculiar de prática sobre o sofrimento, a psiquiatria, como também o universo social do qual ela faz parte (BEZERRA JR., 2014, p. 12-13).

Desta forma, apresentamos inicialmente um delineamento do contexto pelo qual o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) foi um importante vetor na efervescência do caldo cultural a que o incremento das prescrições e uso dos psicofármacos na atualidade se insere, abolindo cada vez mais a dimensão da experiência subjetiva no processo diagnóstico.

## **DSM e a racionalidade anistórica**

A conjugação de uma suposta cientificidade outorgada pela uniformidade do discurso psiquiátrico norte-americano, e que se ampliou por todo o resto da psiquiatria mundial, direciona a leitura da subjetividade para uma racionalidade anistórica dos sujeitos. Na medida em que a psiquiatria biológica foi obtendo mais relevância no cenário da segunda metade do século XX, o DSM foi se constituindo como um palco de uma objetivação cada vez maior.

Diferentes tradições fundadas em premissas filosóficas e eixos de ordenação diversos se constituíram desde o surgimento da psiquiatria como especialidade médica no século XIX. Essa era norteada por dois grandes paradigmas, como afirma Bezerra Jr. (2014), em um mapeamento das orientações contidas nas classificações psiquiátricas:

O clínico-descritivo presente nos tratados nosográficos de Pinel e Esquirol, e o etiológico-anatômico, encontrado nas obras de Morel, Kahlbaum e Griesinger. Na primeira metade do século XX, duas figuras centrais se destacam nesse cenário. De um lado, Emil Kraepelin. De outro, Freud. Kraepelin alicerçou as bases das classificações contemporâneas, construindo uma classificação fundada na evolução dos pacientes e no estabelecimento de categorias mutuamente excludentes. Com Freud, o centro de gravidade do diagnóstico se deslocou da descrição dos sintomas para adquirir uma dimensão psicodinâmica, borrando a

fronteira entre a normalidade e a patologia e estruturando sua nosografia não em uma variedade de diagnósticos particulares, mas em três estruturas fundamentais: as neuroses, as psicoses e as perversões. Essas macrovisões sustentavam as duas grandes orientações que dividiam as águas da psicopatologia até o fim da II Grande Guerra Mundial: a somático-constitucionalista, fundada na ideia do sintoma como sinal, e a psicodinâmica-reacional, baseada na presunção do sintoma como signo. Mais próxima desta última, uma terceira orientação compunha o quadro das grandes referências do campo da psicopatologia: a fenomenologia existencial de Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider (BEZERRA JR., 2014, p. 16).

Ainda de acordo com Bezerra Jr. (2014) a presença dessas tradições teóricas não se refletia na existência de classificações de uso sistemático. O autor afirma que a primeira classificação psiquiátrica oficial nos Estados Unidos veio à luz por ocasião do censo de 1840, no qual apareciam apenas duas categorias: insanidade e idiotia. Já em 1880 havia sete categorias em uma classificação oficial: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917 surge uma primeira classificação voltada para a produção de estatísticas hospitalares, mas somente após o fim da II Guerra Mundial aparece um sistema que indica uma transformação interna no campo psiquiátrico que refletia o privilégio do modelo psicodinâmico e o recuo da influência da tradição biológica, muito em função dos veteranos de guerra que demandavam um sistema que atendesse além das exigências burocráticas.

No entanto, a pedra de toque do DSM I, na visão de Bezerra Jr., estava no conceito de “reação”, que reunia os diagnósticos de um grupo. Ele cita como exemplo o diagnóstico de paranoia, que se juntava ao de Estado paranoide para compor o grupo das Reações paranoides, assim como os diversos quadros esquizofrênicos se dividiam em nove categorias para formar o grupo das Reações esquizofrênicas. Desta forma, a compreensão era de que, em geral, as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais, para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada.

A chave interpretativa para os sintomas repousava na ideia de conflitos subjacentes que desorganizam a vida, denotando uma falência na adaptação às exigências da vida, e que poderiam se expressar em maior ou menor gravidade. “Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas” (BEZERRA JR., 2014, p. 19). Com efeito, o conjunto das reações psicopatológicas era percebido mais como

um espectro que permitia a continuidade entre os domínios da saúde e da doença, do normal e do patológico.

A primeira versão do DSM, de 1952, era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). A influência exercida pela psicanálise evidenciou-se pelo uso frequente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”.

Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreensão da perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Ela é vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento. Bezerra Jr. (2014) afirma uma continuidade da segunda versão do DSM em relação à primeira. Apesar de ter aumentado o número de diagnósticos, ele permanecia sendo usado mais como um instrumento para fins administrativos, sem muito peso na clínica.

Foi nessa versão que surgiu pela primeira vez uma seção dedicada a transtornos comportamentais na infância e adolescência. Também trazia uma nova seção voltada para a descrição de desvios de sexualidade, incluindo aí a homossexualidade na lista de transtornos mentais, o que provocou muita polêmica e contestação por grupos gays. O autor chama atenção para o cenário em que esta segunda versão estava inserida. Era o ano de 1968, palco de intensas transformações mundiais que transformariam profundamente as instituições e a cultura, não só da sociedade norte-americana, mas de todo o mundo.

É nesse cenário que Bezerra Jr. compreende que o impacto dessas transformações seria decisivo para a ruptura com as classificações psiquiátricas provocadas pelo DSM III, e que já se renunciava nos debates que se seguiram à publicação do DSM II e ocuparam toda a década de 1970. Na passagem para a terceira versão, em 1980, uma ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações, além do afastamento nesta versão do referencial psicanalítico. Este discurso, que oferecia as coordenadas epistêmicas nas primeiras versões, foi sendo substituído por um código mais científico. A ideia é que o DSM não sofresse a influência de nenhuma vertente teórica que pudesse supostamente manchar sua neutralidade,

sendo proclamado assim um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação, a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empírica. O pressuposto empiricista implicado em uma posição “a-teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental.

Uma das principais consequências dessa ruptura foi o abandono da concepção do sintoma como signo e sua definição como sinal. O pressuposto empiricista deixava de lado uma hermenêutica do sintoma para se restringir à tarefa diagnóstica de uma detalhada observação de comportamentos e atitudes.

Propalada como uma estratégia sem compromissos epistemológicos particulares para permitir a comunicação entre profissionais de orientação teórica diversa, essa mudança, na verdade, trazia em seu subsolo a crescente importância adquirida pelas descrições biológicas, alavancadas pelo sucesso alcançado pelas intervenções psicofarmacológicas nas décadas anteriores. (...) Diferentemente de suas duas versões iniciais, o DSM III tinha o objetivo claro e declarado de transformar o panorama clínico da psiquiatria, recuperando a aspiração a transformar a nosologia num empreendimento científico, voltado para delimitação de síndromes precisas que pudesse levar à descoberta de doenças subjacentes definidas como entidades anátomo-clínicas (BEZERRA JR., 2014, p. 21).

Nesta nova configuração, o DSM III realiza um duplo movimento, recusando a perspectiva do fundamento etiológico para o diagnóstico e localizando em sua organização o quadro descritivo da diversidade dos sintomas, o que leva ao estabelecimento de critérios diagnósticos específicos para cada categoria diagnóstica. No bojo desta compreensão está a própria noção de doença mental em jogo, pois se redefiniram de maneira significativa as fronteiras e os critérios de inclusão e exclusão, o que reflete na própria condição dos limites entre o normal e o patológico. O diagnóstico passou a se pautar menos pela dinâmica da interioridade subjetiva, do agir social, da narrativa do paciente e passou a ser mais a fixação a número, duração e qualidade de traços a serem observados e catalogados. Esta redefinição precipitou um processo de realocação de categorias existentes e criação de novas – se o DSM II continha 182 categorias, a terceira versão passou a ter 295.

Sustentando que nenhum outro manual diagnóstico teve tanta influência quanto o DSM a partir de sua terceira versão, Bezerra Jr. (2014) situa historicamente alguns acontecimentos ocorridos no âmbito da Associação Americana de Psiquiatria, que tornou possível seu aparecimento e que nos

ajuda a pensar no contexto em que os psicofármacos entram na cena no cenário mundial e se articulam nesta nova linguagem psiquiátrica:

- 1) A ascensão do naturalismo – se os DSM I e II refletiam as tensões entre concepção biológica e psicossocial, no DSM III todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem da função cerebral, consequência inequívoca da efervescência dos psicofármacos, introduzidos na década de 1950, mas quando o DSM II foi publicado o tratamento biológico na intervenção dos transtornos mentais era quase inexistentes. Isso se alterou radicalmente na passagem para a terceira versão do DSM:

O efeito dramático da clorpromazina, dos diazepínicos e dos antidepressivos tricíclicos abalou completamente a ideia de separação entre processos orgânicos e psicológicos, ajudou a desmontar a centralidade do tratamento hospitalar, e ampliou imensamente o contingente de condições tratáveis pelo médico (BEZERRA JR., 2014, p. 24).

- 2) A contestação à instituição psiquiátrica e seus instrumentos – os anos 1960 trouxeram uma profusão de movimentos sociais de espírito libertador, o que acarretou uma politização grande do cotidiano, uma sensibilidade em relação às situações de opressão e instituições vistas como seus instrumentos. Foi o caso das contestações à psiquiatria, que sofreu muitas críticas principalmente no tocante à falta de consistência de seu principal instrumento de intervenção, o diagnóstico. Isto impulsionou o desejo de criação de um sistema de classificação capaz de sustentar a confiabilidade de suas categorias.
- 3) A desinstitucionalização e o surgimento do campo da saúde mental – com a possibilidade do tratamento psicofarmacológico, diversos movimentos de desinstitucionalização surgiram nos anos 1960, que propunham a substituição para um modelo de atenção à saúde mental centrado no território e não nos espaços do confinamento asilar. Assim, houve um deslocamento do centro de atuação psiquiátrico do conjunto mais restrito dos pacientes mais graves e crônicos internados para a população com algum tipo de sofrimento psíquico, o que levou a um aumento do mercado das opções terapêuticas e do número de profissionais em torno da nova lógica.
- 4) Emergência da indústria farmacêutica e a pesquisa experimental – a disponibilidade dos psicofármacos levou inexoravelmente à necessidade de sua regulamentação, gerando a necessidade de comprovação dos efeitos clínicos que anunciavam. Em 1962, o Congresso norte-americano aprovou a legislação que exigia que as medicações tivessem sua eficácia testada em ensaios clínicos randomizados controlados.

Para serem aprovadas, as substâncias precisavam demonstrar que eram eficazes no tratamento de doenças definidas. Rapidamente a afinidade entre as exigências metodológicas desse tipo de pesquisa e os critérios classificatórios do DSM III começaram a produzir uma interpenetração entre os dois polos, com a indústria farmacêutica incentivando a difusão de categorias (e junto delas a prescrição correspondente) e o processo de alocação diagnóstica das categorias sendo progressivamente influenciado pela ação dos psicofármacos (se uma condição clínica melhora sob a ação de um antidepressivo, trata-se de uma depressão) (BEZERRA JR., 2014, p. 26).

- 5) O pano de fundo sociocultural – a gramática psiquiátrica a partir do DSM III, muito contextualizada com a emergência do que se convencionou chamar de “sociedade do risco”, na qual a busca da performance é impulsionada pelo sentimento de insegurança e a necessidade de autogoverno na evitação dos desvios em relação à norma (GIDDENS, 1990 *apud* BEZERRA JR., 2014). Aliado a isso, há a rarefação da experiência de conflito interno como enigma causador do sofrimento psíquico, a exibição de si e o surgimento de uma “neurocultura” (ROSE, 2007 *apud* BEZERRA JR., 2014) propulsora da constituição de individualidades somáticas e “selves neuroquímicos”. Finalmente, há uma massificação do uso de tecnologias de regulação da vida cotidiana, estendendo a aplicação de intervenções biológicas no controle dos estados emocionais, do sono, do sexo, da atenção e das inúmeras contingências da vida.

Assim, a conjunção desses elementos propiciou a intensificação de um processo de leitura do indivíduo mais do ponto de vista do comportamento e menos da interioridade, em um movimento no qual se aumentam os quadros nosográficos. O DSM cria cada vez mais doenças, fazendo com que muitas pessoas sejam categorizadas como portadoras de transtornos mentais e, conseqüentemente, passa a haver uma demanda equivalente de medicamentos psiquiátricos para cada transtorno. Esse aumento crescente das categorias de diagnóstico sugere haver uma tendência não só na psiquiatria, mas na medicina de um modo geral, a transformar comportamentos e experiências do cotidiano em patologias mentais.

## **Conexão DSM-Pharma**

A chamada “conexão DSM-pharma” é minuciosamente analisada por Borch Jacobsen (2013) quando aponta, assim como Russo e Venâncio (2006),

a terceira versão do DSM, em 1980, como um eixo de virada rumo a uma apresentação que se pretendia mais científica e sem ideologias ou teorias balizando a bíblia da psiquiatria. É a partir deste momento que o DSM passa a ser vetor de legitimação na produção e prescrição de psicofármacos.

Isso ocorre porque o diagnóstico e a prescrição caminham lado a lado: um diagnóstico de transtorno mental geralmente é o que justifica a prescrição de medicamentos. Wakefield (2013) exemplifica esta relação com a questão do transtorno depressivo maior. Atualmente, para haver a identificação deste transtorno é preciso que o paciente apresente 5 de 9 sintomas possíveis durante um período de 2 semanas. O problema é que estes sintomas estão em casos de depressão, mas também compõem reações normais da vida cotidiana, como tristeza, insônia, perda de interesse em atividades habituais, incapacidade de se concentrar em tarefas comuns etc. Da mesma forma, um diagnóstico de ansiedade social demanda a evocação de um medo de humilhação ou um desconforto em uma situação social que possa atrair a atenção de pessoas estranhas. Entretanto, esta ansiedade está constantemente presente na vida cotidiana das pessoas.

O ponto trazido por Wakefield é de que “esses critérios diagnósticos baseados em sintomas não permitem realmente distinguir entre uma variação normal e um transtorno mental, pois eles não levam em conta o contexto que pode explicar estes sintomas como uma reação humana normal” (WAKEFIELD, 2013, p. 268, tradução nossa). Desta forma, baseando-se nos critérios fundados na metodologia do DSM, desde 1980 é possível enquadrar um número gigantesco de pessoas em algum transtorno mental, como depressão ou ansiedade social.

A partir desta metodologia diagnóstica introduzida no DSM-III, a atenção insuficiente ao contexto dos sintomas do paciente introduziu uma possibilidade de abrir as portas para que cada vez mais pessoas fossem diagnosticadas com algum tipo de transtorno. Assim, se a influência da indústria farmacêutica não era patente até então na construção dos critérios diagnósticos, ela se serviu da análise conceitual precária da metodologia do DSM-III para alavancar a produção e comercialização de seus produtos.

O ponto no qual a indústria farmacêutica e o discurso do DSM puderam se intercruzar começou a ser feito a partir do momento em que o paradigma do disfuncionamento cerebral passou a um primeiro plano. O cérebro foi o grande ator na neurologia do século XIX com a teoria localizacionista, na

qual a doença mental tinha seu correlato em alguma alteração cerebral; a partir da segunda metade do século XX, a teoria do desequilíbrio químico (WHITAKER, 2002, 2010) retomou a centralidade do cérebro como fundamental na etiologia das chamadas doenças mentais.

Whitaker (2010, p. 42) realiza um estudo minucioso sobre o modo pelo qual a psiquiatria se utilizou dos psicofármacos como respaldo à sua atividade. No começo dos anos 1950, Henri Laborit, cirurgião na marinha francesa, procurava um meio de relaxar os pacientes a fim de poder utilizar menos anestesia. Em seus testes com anti-histamínicos da categoria das fenotiazinas ele chegou ao efeito do que chamou de “quietude eufórica”, pois apesar de não ficarem sedados, os pacientes ficavam claramente menos ansiosos. Foi deste modo que a clorpromazina começou a ser testada com sucesso em pacientes psicóticos, e a partir daí a indústria farmacêutica Smith Kline comprou os direitos da clorpromazina e foi aprovada pela FDA nos Estados Unidos.

A chegada da clorpromazina foi seguida pelo desenvolvimento e comercialização de outros psicotrópicos: o lítio para a psicose maníaco-depressiva; os ansiolíticos, como o Valium e seus derivados; os antidepressivos tricíclicos e depois os inibidores de receptação de serotonina para a depressão, bem como os diferentes hipnóticos para os problemas do sono. Estas correlações entre os medicamentos e transtornos mentais eram sempre feitas em função dos sintomas, o que minimizava as múltiplas compreensões etiológicas das mais variadas correntes teóricas no campo psi, ou seja, qualquer que seja a etiologia da depressão, pode-se pensar que ela implica de forma geral em tristeza, falta de interesses, insônia, fadiga e outros sintomas do gênero.

A ideia é que os sintomas agrupam e organizam uma nosografia a-teórica, proporcionando uma linguagem comum. No entanto, o diagnóstico baseado apenas em sintomas não demarca os limites entre o normal e o patológico, pois além deles expressarem sentimentos e estados da vida corriqueira, o diagnóstico realizado na atualidade tende a extirpar os contextos aos quais os sintomas estão inseridos. E nesta medida, os efeitos se mostram em um sensível aumento de diagnósticos de transtornos mentais.

Nesse quadro, a indústria farmacêutica, interessada na pesquisa sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado, passa a financiar pesadamente esse tipo de pesquisa. Como os grandes laboratórios



estão sempre buscando o registro no mercado norte-americano, os critérios diagnósticos do DSM III acabaram sendo adotados no resto do mundo, sobretudo nos periódicos científicos especializados que publicam os resultados das pesquisas. Essa articulação fica evidente quando se observa a evolução do DSM III para o DSM IV, com a inclusão constante de novos diagnósticos ocorrendo paralelamente à produção de novos medicamentos, num sistema de retroalimentação.

Desta forma, há um intrínseco relacionamento entre saber e poder inserido na lógica de produção de novos corpos dóceis ao consumo, lembrando daquela produção a que Foucault se referia na construção da disciplinarização na modernidade (2009). Aqui talvez estejamos mais próximos da lógica da sociedade de controle, de que fala Deleuze, em que o poder é muito mais invisível: “Os indivíduos tornaram-se *individuais*, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou *bancos*” (DELEUZE, 1992, p. 226).

Nessa operação, prevalece a lógica do mercado em que tudo vira produto nos tentáculos do consumismo: “o tratamento medicamentoso parece mais eficaz que outros tratamentos em uma época que privilegia a produtividade econômica” (WAKEFIELD, 2013, p. 277, tradução nossa).

## **Abolição do sujeito e compulsão**

A título de finalização, gostaria de apontar para uma questão que, longe de se esgotar, pretende abrir canais de reflexão, até para outros estudos e aprofundamentos. A questão se refere à ideia da abolição do sujeito e de sua capacidade de interiorização, articulada a uma leitura mecanicista da subjetividade. Nessa leitura são os aspectos relacionais e dinâmicos que se encontram cada vez mais precarizados. E, nesse sentido, o estatuto da compulsão, que tem sido uma temática importante do sujeito da atualidade, surge como algo que tem a ver com uma comunicação de sentido.

O fenômeno da compulsão ganha contornos diferenciados na atualidade em relação àquela descrição clássica, da época de Freud. Conforme verbete de Laplanche e Pontalis (2004) sobre compulsão, esta noção comporta “o tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar uma imposição interna. Um

pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 86).

Na palavra usada originalmente por Freud, Zwang, o termo é usado para designar, principalmente no registro da neurose obsessiva (Zwangneurose), uma força imperativa, estando o relevo acentuado na característica da primazia do pensamento circular como solução para uma ideia conflitiva. Esta é uma novidade em relação aos primórdios da psicanálise, quando Freud se deparava com a histeria, cuja solução sintomática era localizada fundamentalmente no corpo. Na neurose obsessiva, haveria uma segregação entre a representação e seu afeto, onde a ênfase se dá no plano do pensamento obsessivo, que em geral escoa para ações compulsivas.

No entanto, há uma alteração no entendimento sobre a dinâmica compulsiva tal como ela foi empreendida desde o início da psicanálise até os nossos dias. Birman (2012) delinea um quadro no qual as compulsões se inscrevem no registro do corpo e da ação na atualidade. Esta problemática revelaria, na sustentação do autor, uma das formas do mal-estar atual na civilização ter sua manifestação, localizando este quadro numa perspectiva mais abrangente das condições sociais que impuseram alterações na economia psíquica do sujeito contemporâneo.

Este sujeito não pode ser caracterizado do mesmo modo como aquele do século passado, dadas as transformações históricas e as discontinuidades nos modos de subjetivação a elas correlatas. De acordo com o autor, o *ethos* que define o imperativo categórico na atualidade é o agir e tem a indeterminação como marca deste sujeito da ação: “Daí a sua repetição incansável, sem variações e modulações, que assume o caráter de imperativo, isto é, impõe-se ao psiquismo sem que o eu possa deliberar sobre o impulso que inevitavelmente se impõe” (BIRMAN, 2012, p. 84).

Atrelando este movimento de uma intensa movimentação corporal e social e, no entanto, de caráter circular, repetitivo, Birman indica, sobretudo, as toxicomanias como uma das formas mais dominantes do mal-estar atual, que se apresenta em diferentes faixas etárias e classes sociais. E este movimento tem se ampliado cada vez mais e atingindo seus alvos cada vez mais cedo. Caso emblemático disso se revela no drama de adultos, mas também de adolescentes e até crianças cada vez consumindo mais e

mais drogas ilícitas. Mas a outra face da mesma moeda pode ser apontada nos perigosos efeitos exigidos pela performance escolar, se tratando hoje de um fenômeno de massa, em larga escala. As crianças começam a ser diagnosticadas e medicalizadas precocemente, seduzidas que são aos imperativos da ação e da performance na organização das contingências sociais e econômicas de produtividade e proatividade, atreladas que estão ao mundo neoliberal.

Não é sem razão o fato de haver uma inflação diagnóstica, como relata o editor do DSM-IV, Frances (2013). No reconhecimento do poder de ação na expansão da psiquiatria, o autor sublinha os fortes impactos principalmente na infância:

Ainda que tenhamos sido enfadonhamente modestos em nossos objetivos, obsessivamente meticulosos em nossos métodos e rigidamente conservadores em nosso produto, falhamos ao predizer ou prevenir três novas falsas epidemias de transtornos mentais em crianças – autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar na infância. Ou seja, tem-se claro o poder de produção de modificações nos modos de pensar e agir sobre o sofrimento mental, chegando, no limite, ao aumento da prevalência de determinadas condições clínicas em função da alteração nos critérios de cada nova edição lançada (FRANCES, 2013, p. XIV, tradução nossa).

Então, retomando, se a toxicomania implica a presença de uma dependência física e psíquica, que conduz os sujeitos a uma dinâmica da compulsão propriamente dita, o que não existiria, rigorosamente falando, nas outras formas de usos de substâncias e objetos-fetichê, não é necessário supor tanto afastamento em relação ao modo compulsivo na atualidade. A diferença é que o campo das drogas ilícitas estaria referido a um campo da ilegalidade, onde o narcotráfico dita as regras. Mas a dinâmica das drogas legais e medicinais, legitimadas pelos saberes acadêmicos, pela medicina clínica, pela psiquiatria, também giram em torno do intenso processo de comercialização de psicofármacos.

Há, portanto, o incremento da psicofarmacodependência, também engendrando um processo perverso de dependência física e psíquica:

[...] deve-se reconhecer que vivemos numa cultura das drogas, da qual não se pode excluir também o fumo e as bebidas alcoólicas. Enfim, vivemos intoxicados mesmo que não saibamos disso, pois esses diferentes fármacos e estimulantes se inscrevem no estilo contemporâneo de existência (BIRMAN, 2012, p. 86).

Assim, a compulsão que se expande na atualidade se encaixa em uma dinâmica onde uma droga é substituída por outra e o limite entre o lícito e o ilícito se torna tênue. Da mesma forma, a substituição de drogas por medicamentos, a substituição de cigarros por outras drogas, enfim, um ciclo de substituições é verificado. No fundo disso está uma constante busca por este objeto apaziguador, e muitas vezes isto vem disseminado com um ideário de promoção de saúde. Nesse âmbito, as compulsões alimentares se encontram no registro do excesso de excitabilidade, onde, neste contexto o que se nota é que

[...] a relação do sujeito com a comida é ambígua e ambivalente, pois esta é o objeto de desejo e de repulsa, de maneira que a voracidade e o vomitar se declinam quase que num mesmo gesto. Os efeitos e destinos dessa polaridade são opostos, certamente, mas a comida como fetiche está sempre presente nesta experiência compulsiva (BIRMAN, 2012, p. 90-91).

Assim, bulimia e anorexia são vertentes neste campo da relação entre comida e imagem corporal que se situam como sintoma da compulsão alimentar, inscrita em um cenário da exigência de performance. Esses exemplos, além de tantos outros, revelam o modo pelo qual há na sociedade atual uma demanda compulsiva por variados elementos sedutores que são ofertados para o consumo. Consume-se de tudo e de maneira compulsiva: de drogas lícitas a drogas ilícitas, comida, bens de uma forma geral, mas também se consome serviços e as relações interpessoais, e nesta medida o outro serve apenas enquanto apresentar algum elemento de utilidade.

Desta forma, o comportamento compulsivo fica sendo o que resta da tentativa desenfreada de lidar com uma energia psíquica disponível em níveis excessivos, e que nunca cessa de se aquietar dada a oferta de objetos parciais dos mais variados. Por isso mesmo, a categoria do tempo precisa ser repensada: o tempo na neurose obsessiva clássica, que abrange em seu interior a compulsão como elemento basal, é outro, em relação ao que se apresenta no comportamento compulsivo atual. Na atualidade, percebemos uma disjunção entre os registros da neurose obsessiva e do comportamento compulsivo. É o que diagnostica Barros (2012, p. 110):

Da velha neurose obsessiva, se elegemos como seu paradigma as desventuras de Ernst Länzer que Freud nos relatou, algumas manifestações parecem ter diminuído, enquanto outras permaneceram e até se reforçaram. Se por um lado, ter-se-ão tornado menos frequentes e as torturas do pensamento aprisionado entre a tentação e a culpa – terão retornado, talvez, a alguma prática religiosa –, outras formas, não menos fortes, parecem marcar a nossa época. Por exemplo, as compulsões, entendidas como atos automáticos e em série, e em certa medida adequados às imposições do discurso dominante.

Estamos em um registro diferente do entendimento de compulsão no bojo do tratamento preconizado por Freud. Se nesta, a compulsão faria uma dobradinha com a obsessão, na medida em que o conflito entre ideias obsessivas precipitaria a imposição de gestos compulsivos em vistas a apaziguar este conflito, atualmente “falta o intervalo que na neurose obsessiva é marcado pela procrastinação, tempo a ser ocupado basicamente por pensamentos ou atos sem sentido” (BARROS, 2012, p. 114).

Na atualidade é o recurso de um suporte fantasmático como balizador das experiências que se encontra esvaziado. A marca compulsiva se inscreve na marca repetitiva da tentativa de instaurar uma possibilidade de ligações e simbolizações. A ação esvaziada e o recurso às passagens ao ato se oferecem como saída frente à grande carga de energia no aparelho psíquico. É por este caminho que Gondar (2001) aposta que a patologia do ato aparece em sua forma mais nítida. Esta concepção se insere num contexto mais amplo, no qual o apontamento recai no aumento e abrangência com que a compulsão conquista novos territórios subjetivos.

A autora introduz uma reflexão a partir do personagem de Melville, Bartleby, o escriturário, que responde às ordens de seu chefe sempre com a mesma frase, pronunciada de forma calma e serena: “Preferiria não”. Bartleby não faz nenhuma objeção às tarefas ou às regras do escritório, recusa-as de forma passiva. Gondar se questiona sobre a razão da eleição desse personagem para o estudo sobre as compulsões, na medida em que há um aparente paradoxo entre a recusa de Bartleby a agir e a caracterização das compulsões como uma patologia do ato. Não existiria aí um contrassenso?

Em um outro exemplo, desta vez retirado de fontes jornalísticas, a autora evoca a leitura de Slavoj Žižek sobre um caso de uma mãe exemplar, que deixa seu emprego de enfermeira para dedicar-se exclusivamente aos filhos. Sempre pondo sua vida a serviço dos outros, Andrea surpreende a todos com um ato terrível: num dia comum, após a saída de seu marido para o trabalho, ela enche a banheira e afoga uma a uma, suas cinco crianças, entre seis meses e 7 anos – crianças que, muito provavelmente, a olhavam perplexas durante a metódica operação. Em seguida, ela chama a polícia e o marido, afirmando muito calmamente: “matei meus filhos”.

Na aposta de um caso inequívoco de passagem ao ato, a hipótese de Žižek “é a de que esse ato surgiria como resposta a um imperativo cujo cumprimento é impossível.” (GONDAR, 2001, p. 26). Nesta leitura, a mãe

se encontraria num impasse cujo dilema decorre da exigência própria de um gozo impossível, de forma que a única saída foi a destruição dos seres que encarnavam as injunções que lhe eram impostas.

Assim, o que há em comum nos dois extratos é uma modalidade de recusa que não oferece lugar ao desejo, cujo movimento se dá na sustentação de uma flexibilização entre os imperativos de fora e a organização dos circuitos pulsionais. É aí que a passagem ao ato surge como resultado de uma necessidade de expressão de uma intensa necessidade de extravasar e de agir, e, no entanto, vazia de uma sustentação simbólica.

É verdade que em *Bartleby* esta recusa se dá sob a forma de uma quase petrificação, enquanto que na mãe ela conduz ao mover-se e ao agir. Em ambos os casos, contudo, há uma recusa a obedecer às injunções, mas realizada de forma vazia, estando ausentes os argumentos ou atos que poderiam efetivamente fazer objeção aos mandamentos. É como se diante de uma lei experimentada como imperativo categórico – imperativo que não leva em conta os prazeres, desejos e inclinações singulares – a resposta do indivíduo fosse uma recusa igualmente categórica, uma desobediência que conduziria, paradoxalmente, à obediência do imperativo, na imposição de manter o desejo fora do campo (GONDAR, 2001, p. 26).

O que está em jogo são atos de desobediência que flertam continuamente com o abismo e autodestruição. Neste ínterim, a problemática das compulsões ganha tamanha importância na atualidade, onde a passagem ao ato seria o conseqüente resultado dessas tramas. É aí que Gondar enxerga a compulsão como tentativa (ainda que fracassada) de dizer não ao imperativo superegóico.

Com efeito, assim como na leitura de Barros (2012), o acento de Gondar (2001) se inscreve em uma dinâmica compulsiva diferente daquela descrita por Freud. Ou seja, em Freud, a compulsão remete inexoravelmente à neurose obsessiva, apesar de não ser sinônimo de obsessão, mas tangencia a questão, dizendo respeito a uma particularidade de determinados sintomas obsessivos: pensamentos ou atos em que o sujeito é pressionado a realizar, ainda que lhe pareçam estranhos.

A compulsão aí resulta de uma força irresistível contra a qual o sujeito luta, mas em geral fracassa. É, portanto, resultante de um conflito psíquico e de uma luta subjetiva entre duas injunções opostas, estando o sujeito impossibilitado de realizar uma escolha. É nessa hesitação exasperante que surge a resposta do sujeito na forma do ato compulsivo. Surge, então, a diferença com relação ao aspecto da compulsão à repetição, presente maciçamente nos quadros das patologias na atualidade.

Diferentemente dos atos compulsivos do neurótico obsessivo, a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) não poderia ser encarada como o resultado de um conflito, motivo pelo qual não é necessariamente experienciada, por quem a sofre, como expressão de uma luta íntima. Trata-se, na verdade, de uma característica fundamental da própria pulsão, logicamente anterior ao estabelecimento de um conflito pulsional, ainda que essa anterioridade a torne o motor de todo conflito e de toda formação psíquica (GONDAR, 2001, p. 26).

Portanto, a compulsão à repetição surge como o mote de um impulso avassalador, ao qual sucumbe o sujeito, “buscando conteúdos capazes de preencher uma forma vazia, autônoma, e, em última instância, irreduzível aos seus próprios conflitos” (GONDAR, 2001, p. 28). Então, se na compulsão atrelada à neurose obsessiva, nos termos clássicos, encontram-se em jogo dois mandamentos opostos – funcionando como ordem e contraordem – diante dos quais o indivíduo se vê num estado de hesitação, de dúvida, é justamente este caráter de hesitação que se encontra ausente nas compulsões contemporâneas. Há, portanto, a eliminação do intervalo de tempo que a dúvida obsessiva impõe e as passagens ao ato tem sua epifania, num quadro do vazio simbólico.

## Conclusão

Não havendo uma vetorização, principalmente a uma lógica dos pacientes que podem ser agrupados na ideia do conflito, mas à ideia do vazio, a efemeridade do laço social explicitada por Bauman (1998) através do caráter líquido das relações e que encontra apoio e confluência naquilo que Sennett (1999) apontou como sendo o modelo econômico da corrosão do caráter, estando o narcisismo, que descrevemos como tentativa de esboçar o quadro das subjetividades atualmente, como correlato da noção de individualismo na atual fase do capitalismo neoliberal. É, portanto dentro desta lógica que encaixamos a compulsão na atualidade.

Nesse estudo articulou-se o fenômeno da compulsão na atualidade dentro da perspectiva da abolição da interioridade subjetiva. Isto porque a compulsão seria uma forma de lidar com um excesso energético inerente ao sujeito. Esta suposição foi dimensionada tendo em vista a escassez e indisponibilidade dos recursos dos processos psíquicos. Um eixo importante nessa engrenagem tem relação com a promoção das conexões entre os diagnósticos psiquiátricos e a indústria farmacêutica na substituição paulatina dos elementos que compõem a narrativa da confecção diagnóstica. No lugar

do privilégio da dimensão subjetiva, realçando a perspectiva psicodinâmica, a leitura mecanicista baseada em frequência e duração de sintomas, bem como a promoção de um leque cada vez mais robusto de psicofármacos, faz triunfar um imaginário de doença e não de experiência.

## Referências

BARROS, Romildo do Rêgo. **Compulsões e obsessões**: uma neurose de futuro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Editora, 2012.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BEZERRA JR., Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Editora, 2012.

BORCH-JACOBSEN, Mikkel. **Big Pharma**: une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Paris: Éditions Les Arènes, 2013.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades do controle. **Conversações 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 37. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANCES, Allen. **Saving normal**: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and medicalization of ordinary life. Nova York: William Morrow - Harper Collins Publishers, 2013.

GONDAR, Jô. Sobre as compulsões e dispositivo analítico. *Ágora*, v. 4, n. 2, p. 25-35, jul./dez. 2001.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.



RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

WAKEFIELD, Jerome. Psychiatriser la détresse normale: la ‘DSM-Pharma Connection’. In: BORCH-JACOBSEN, Mikkel. **Big Pharma**: une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé. Paris: Éditions Les Arènes, 2013. p. 265-288.

WHITAKER, Robert. **Anatomy of an epidemic**: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. Nova York: Broadway Books, 2010.

WHITAKER, Robert. **Mad in America**: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Nova York: Basic books, 2002.

## **Os diagnósticos e os autismos nas conversas com a Educação**

Ricardo Lugon Arantes

A abordagem aqui apresentada pretende ressituar a discussão dos diagnósticos, não necessariamente pela sua problematização, mas pela abertura de uma camada de conversas que permita pensar as singularidades e a construção de identidades, assim como a relação das práticas em saúde com o campo da Educação. Tem sido frequente o debate em torno dos diagnósticos que envolvem o autismo ou os autismos. Esses diagnósticos chegam às portas das escolas e/ou emergem das situações em que é a escola que considera esta possibilidade. Há uma série de posições ético-políticas interessantes a um debate sério e responsável. Assume-se aqui a posição de alguém que se aproximou das pessoas que se afirmam a partir do paradigma da neurodiversidade, mas também uma posição decorrente dos aprendizados e atravessamentos no campo da Saúde Mental com o movimento das Pessoas com Deficiência. A propósito, como profissional e pesquisador, tenho evitado colar “autismo” em deficiência, sinto-me mais seguro pontuar que às pessoas autistas são afirmados (nem sempre garantidos) os mesmos direitos que aqueles às Pessoas com Deficiência, mas isso não implica que elas se reconheçam ou se identifiquem como tal.

### **Sistemas de diagnóstico e classificação**

Voltando à questão dos diagnósticos, apresento uma trama em três *problemas de pensamento*: o diagnóstico é a expressão de uma categoria identitária, um bom diagnóstico leva à indicação segura de um bom tratamento e um diagnóstico é portador de camadas de possibilidade. Vamos conversar sobre os três problemas de pensamento, de modo que nos façam pensar e ativem bordas críticas à aceitação tácita de um lugar aos diagnósticos.

Quanto ao primeiro problema: o termo diagnóstico tem se reduzido ao uso de uma categoria, de uma classificação diagnóstica dentro dos dois principais manuais de classificação vigentes: a Classificação Internacional de

Doenças (CID) e o *Diagnostic and Statistics Manual* (DSM). Nosso primeiro desafio aqui é propor diagnóstico como uma compreensão ampliada, uma possibilidade narrativa e contextualizada a respeito de uma pessoa numa situação específica e em relação com outras pessoas no seu entorno, seja nas relações profissionais de oferta de cuidado, seja nas relações de cuidado cotidiano. Podemos propor, por exemplo, que um diagnóstico no campo da Educação se construa a partir das perguntas “o que sabe esta criança?” ou “como ela aprende?” ou, melhor ainda, “como devemos estruturar apoios para ampliar os seus saberes?”.

O processo ou a caminhada para construir essas respostas possibilita a formulação de diagnósticos como guias para saber em que direção caminhar. Não somos obrigados, todavia, a aderir a uma classificação (seja pedagógica, psicológica ou psiquiátrica) e nem podemos sentir-nos obrigados a refutar toda e qualquer classificação, mas que fique pacificado que as classificações não podem ser o ponto de partida destas caminhadas ou destes processos diagnósticos.

Os sistemas de classificação psiquiátrica (CID e DSM) são ferramentas. Como qualquer ferramenta, eles têm uma história, eles têm utilidade limitada (um martelo, uma furadeira e uma frigideira podem ser muito úteis, mas somente em um ou poucos contextos) e eles dependem de que se conheça o seu modo de funcionamento. Todos têm seus manuais de instruções. Eu não argumentaria que somente tal ou qual profissional pode usar das classificações, porque isso implicaria uma defesa corporativista de categoria profissional. Contudo, creio que o uso das classificações não é intuitivo e isso demanda conhecer esses manuais, saber os truques, as armadilhas, os vacilos mais comuns, os pontos onde eles não funcionam muito bem e as situações em que eles fazem muita diferença.

Penso que um manual (e os macetes que nenhum manual contempla) precisa ser desembrulhado e destrinchado, precisa ser lido criticamente, sua história precisa ser contada, não pelos “vencedores”, que os apresentaram como paradigmas, mas por gente que viveu impactos – positivos e negativos – a partir de seu uso. Precisamos mais do que nunca contar as histórias das origens racistas, capacitistas, corporativistas e reducionistas de como as classificações foram ou ainda são construídas, sob o risco de acolhê-las com naturalização, como se estivessem na tábua dos 10 mandamentos enunciadas do alto do Monte Sinai.

Quanto ao segundo problema: acreditar que as classificações diagnósticas automaticamente indicam o tratamento a ser utilizado. Aprendi com as pessoas com deficiência e os pesquisadores deste campo que a deficiência é algo que se define na interação entre impedimentos corporais e uma série de barreiras. Se você compreende o autismo somente como uma doença, então você provavelmente situa todo o problema na pessoa “portadora” e entenderá o tratamento (ou a intervenção pedagógica) como “cura” ou minimização do autismo. Aprendi a compreender o autismo como um modo particular e diverso de estar no mundo. “Ah, mas você está romantizando o autismo, acha que a vida de um autista é fácil...”. Não. Precisamos do esforço de descolar doença de sofrimento. Nem toda pessoa que está doente sofre e nem toda pessoa que sofre está doente. No campo da saúde, a gente oferece cuidado a quem está sofrendo e isto inclui, mas não se restringe a oferecer tratamento para algumas doenças. Emerson Merhy, Laura Feuerwerkwer e Paula Cerqueira são muito precisos quando analisam que:

[...] O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas, mas é disso que se trata a vida (MERHY; FEUERWERKWER; CERQUEIRA-GOMES, 2010, p. 28).

Acredito que grande parte do sofrimento vivenciado pelos autistas está ligado à presença, à permanência e ao surgimento de novas barreiras. Por exemplo, as barreiras de comunicação e as barreiras de atitude envolvem uma série de comportamentos, modos de agir e pensar das pessoas sem deficiência que reproduzem a opressão sobre as pessoas com deficiência. O silenciamento das pessoas autistas é uma dessas barreiras: raramente são elas convidadas para eventos sobre o autismo, nas mais diferentes abordagens teóricas. Os manuais psiquiátricos por sua vez não ensinam a reconhecer as barreiras, aliás, eles passam anos-luz de distância da compreensão desses impedimentos externos que impedem a participação das pessoas com deficiência na sociedade. Quando as barreiras diminuem ou desaparecem, quando autistas, surdos, usuários de cadeiras de rodas etc. podem participar com as outras pessoas, o sofrimento é bem menor.

Outro desdobramento desta afirmação é descolar as classificações das prescrições, sejam ela farmacológicas ou não. Tenho feito algumas provocações nas redes sociais, uma delas é reiterar sistematicamente que risperidona não é tratamento para autismo, como forma de denunciar o imenso automatismo que tomou conta das práticas de muitos profissionais prescritores diante do diagnóstico possível dos autismos, o que é assunto para um outro texto. A outra provocação é interrogar se há alguma abordagem ou “tratamento” que só funcione para autismo, ou seja, se o diagnóstico estiver errado a pessoa em questão vai ser prejudicada. São perguntas legítimas, as quais continuam sem resposta, ou seja, parece haver nessa cola entre diagnóstico e intervenção no campo dos autismos muito mais interesses de mercado, inflacionando as abordagens ditas específicas e deixando à margem as pessoas que “não fecham critérios diagnósticos”.

Quanto ao terceiro problema: um diagnóstico implica várias camadas/funções e elas muitas vezes acontecem juntas e fazem a discussão caminhar por lugares muito diferentes. Poderíamos colocar esse debate sob camadas de possibilidade. Um diagnóstico pode implicar um prognóstico, uma tentativa de adivinhar o futuro. O diagnóstico “carcinoma esofágico metastático”, por exemplo, traz consigo uma má notícia sobre o futuro: “você terá uma chance de 50% de sobreviver nos próximos três anos”. É comum, lamentavelmente, nas cenas envolvendo a enunciação de um diagnóstico, que se escute algo como “sua filha não vai fazer a faculdade ou não vai poder se casar porque nasceu com síndrome de Down”. Esse uso prognóstico tem sido uma forma repetida de capacitismo, situando o fracasso futuro no impedimento corporal.

Um diagnóstico pode indicar um tratamento: episódio maníaco do transtorno bipolar sugere o uso de estabilizadores de humor como intervenção farmacológica, mas pouco se diz sobre uma série de outras intervenções que podem impactar diretamente a qualidade de vida e as possibilidades de participação dessa pessoa. Um diagnóstico pode participar da construção de uma identidade: alguém que foi diagnosticado pode afirmar que recebeu a classificação diagnóstica de autismo e, a partir de então, se (re)construir/compreender a partir das coisas que lê, pesquisa e conversa sobre autismo. Um diagnóstico pode falar dos sentimentos do profissional em relação à pessoa diagnosticada. Um clássico nessa relação contratransferencial envolve o uso indiscriminado da classificação de transtorno de personalidade borderline para pessoas que produzem afetos desagradáveis nos profissionais que as acompanham: “aquele ali já tentou suicídio várias vezes e arruma confusão

direto, é border total”. Um diagnóstico tem funções burocráticas. Ele pode ser a senha para você acessar ou não certo medicamento, cirurgia, benefício financeiro, isenção de impostos etc. O código errado no lugar errado dificulta a vida de muitas pessoas e pode produzir violações de direitos.

Há, todavia, duas funções que as classificações diagnósticas exercem muito bem: comunicação entre profissionais, como se fosse um idioma comum, e gestão da clínica, envolvendo planejamento e organização do sistema de saúde. Há um vídeo institucional da Organização Mundial da Saúde que aborda justamente estes últimos aspectos, enfatizando o lugar das classificações diagnósticas na saúde (OMS, 2020).

Podemos, assim, ter uma ideia da confusão que envolve os muitos usos da palavra diagnóstico. Há duas situações em que as classificações diagnósticas dos manuais são muito frágeis nos campos das deficiências e da saúde mental:

- a) para saber o que fazer, para ter um guia rumo aos próximos passos. Dizer “autismo” geralmente abre as portas para um mundo de ofertas de abordagens, terapias, tratamentos centrados na pessoa “portadora” (e há disputas de mercado gigantescas e horrendas em todos os espectros teóricos), mas que muitas vezes negligencia as barreiras. Tenho afirmado que a disputa de métodos é disputa de mercado e que aquilo que nos interessa é afirmar princípios (ARANTES, 2018).
- b) para construir identidades, pois os critérios de CID e DSM falam mais das coisas que falham, daquilo que não funciona (sim, são capacitistas), em vez de afirmar como é uma pessoa autista. Temos aí o desafio de reconhecer o autismo como uma diversidade para a qual não há cura ou tratamento ou porta de saída. Conhecendo pessoas autistas, só posso dizer que elas não cabem em manual algum! Aprendi com elas que o autismo a partir do qual se afirmam não é o mesmo da falha, da incapacidade, mas da diversidade que busca conquistar e construir novos lugares possíveis de existência.

## Considerações finais

A função burocrática produz grande angústia e demanda a profissionais e familiares. O tal “laudo” precisa aí ser ressignificado. Tenho insistido para que nós, profissionais da Saúde e da Educação, conheçamos as minúcias burocráticas de acesso aos diferentes direitos afirmados às pessoas com deficiência. Formulários, exigências, prazos e fundamentações legais para que façamos um bom uso dessa dimensão burocrática, sem fazer documentos soltos e inespecíficos e, sobretudo, sem fazer as pessoas irem de um serviço para outro com informações vagas. Todo documento precisa ter uma função clara e específica. Documentos vagos acabam alimentando imaginários e expectativas, que podem alimentar processos de captura das especificidades da Educação pelos discursos prevalentes do campo da Saúde.

Precisamos, assim, ampliar a compreensão do que chamamos diagnóstico e não permanecermos colados na ideia de que não são sinônimos do “nome da doença”. Um bom diagnóstico é singular. É feito *com* aquela pessoa, num trabalho de parceria, compreendendo o contexto, a história de vida, os impasses vividos, as expectativas, as experiências frustradas etc. Esse para mim é um diagnóstico verdadeiro, completo e legítimo. Ele pode incluir a classificação, mas não se reduz a ela. Um diagnóstico bem empreendido precisa envolver uma relação de parceria, de encontro. A relação entre profissional e usuário pode envolver um cuidado ao sofrimento sem que necessariamente exista concordância ou não em relação à classificação. A maneira como conduzir essa discordância precisa ser muito atenta para que não se produza silenciamento de nenhum dos dois lados. Isso às vezes é difícil.

Para que se fale de modo contundente sobre o autismo, eu sugiro usarmos o plural: autismos. O autismo da Luciana Viegas não é o mesmo que do Ricardo Lugon, que não é (definitivamente) o mesmo do Alyson Muotri, que não é o mesmo da Temple Grandin, que não é o mesmo dos Jerusalinsky. Podemos pesquisar sobre o autismo, mas há algo que escapa às descrições e explicações e que demanda muito respeito de nossa parte. O autismo é vivo e polissêmico, escorregadio e intenso em cada pessoa autista. A luta das pessoas com deficiência é parte inseparável de todas as outras lutas no campo dos Direitos Humanos.

## Dedicatória

Dedico esse texto incompleto e em construção à professora preta autista militante Luciana Viegas, com quem tanto aprendo e que tanto admiro.

## Referências

ARANTES, Ricardo Lugon. Dos métodos e dos princípios. **Abraça**, 11 jun. 2018. Disponível em: <https://abraca.net.br/dos-metodos-e-dos-principios-opinioao-ricardo-lugon/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CERQUEIRA-GOMES, Maria Paula. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. *In*: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 25-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (2min 10s). Publicado pelo canal Pinoy Medical Coder. **ICD11, The global standard for diagnostic health information**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Eel6BvJqqb4>. Acesso em: 14 fev. 2022.



## **Saúde Mental a partir dos povos indígenas no Brasil: por uma saúde-saída decolonial<sup>1</sup>**

Ricardo Luiz Narciso Moebus; Ricardo Burg Ceccim

Rituais podem ser definidos como técnicas simbólicas de encasamento. Transformam o estar-no-mundo em um estar-em-casa. Fazem do mundo um local confiável. São no tempo o que uma habitação é no espaço. Fazem o tempo se tornar habitável. Sim, fazem-no viável (HAN, 2021, p. 09).

Sintoma do aprofundamento das estratégias de governamentalidade (exercício de poder que tem por alvo a população) sobre a vida, a biomedicalização da infância avança a passos largos, nos últimos anos, com a epidemia de fabricação de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH, com a conseqüente medicalização em larga escala das mais variadas situações de dificuldades de aprendizagem e/ou adaptação à vida escolar. É impressionante como, nesse caso em particular do TDAH, uma sintomatologia, uma alteração de uma função psíquica, a atenção e suas perturbações específicas, como a hipotenacidade e a hipervigilância, é alçada à condição de transtorno mental, de diagnóstico específico – com presunção etiológica e prognóstica – e com terapêutica própria.

O surgimento de outros sintomas, concomitantes ou no seguimento, passam a ser considerados comorbidades, em um malabarismo conceitual para salvar essa pretensão diagnóstica, a do TDAH. Tal diagnóstico, com a seriedade que os especialismos conferem, passa a ser a senha para focar o problema em uma criança ou jovem, para liberar todo o contexto de quaisquer implicações com o insucesso do processo de ensino-aprendizagem e/ou a socialização da criança, e para celebrar a prevalência da terapêutica medicamentosa sobre qualquer outra opção.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis – Caps-i estão incluídos na longa lista de serviços de saúde que se confrontam com esse problema e são, muitas vezes, convocados a agir em conformidade com essa governamentalidade. Uma possibilidade de produção de cuidado, de agir em saúde, comprometida com a diversidade e a multiplicidade da vida, diante

desses casos, tem sido desfocar tal escolha diagnóstica, abrir as situações problema implicadas em cada caso e apostar em terapêuticas psicossociais, de forma predominante e antecedente ao uso dos medicamentos psicotrópicos. A pactuação de uma equipe multiprofissional, incluindo psiquiatras, disposta a ofertar outras alternativas e abordagens diante de demandas prontas e formatadas em regimes semióticos minuciosamente disseminados, tem sido um desafio cotidiano enfrentado por muitos Caps-i do Brasil, nessa disputa que se acirra com o advento do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), conhecido como DSM-V, de 2013.

## Saúde Decolonial

Os economistas de cabeça oca ditam a lei em todos os continentes. O planeta é inexoravelmente devastado. Antes de tudo, devemos reafirmar não ser verdade que existe apenas uma via, a do *imperium* das formas capitalista e socialista do trabalho (NEGRI; GUATTARI, 2017, p. 06)

Pensar uma saúde, também mental, *a partir* dos povos indígenas e não *para* os povos indígenas, nos traz o grande desafio de construir uma Saúde Mental descolonizada, decolonial. Trata-se do desafio de pensar a produção de uma saúde integral, também e inclusive mental, bem como ambiental, desde a perspectiva, a experiência, as práticas e a ancestralidade dos nossos povos originários. Podemos construir, então, uma Saúde Mental que possa reforçar e integrar o conjunto de práticas sociais de transformação das realidades e consciências, de liberação das mentes e dos corpos do jugo do *imperium*. Sabemos que historicamente a construção da Saúde Mental, desde a invenção da psiquiatria, da psicologia e das disciplinas *psi*, trabalha para a expansão e extensão da governamentalidade.

Todos os saberes e práticas de produção de cuidado em saúde integral, inclusive mental e ambiental, dos povos originários têm sido solenemente ignorados pelo campo hegemônico da saúde instituída. Mesmo dentro da pequena fresta aberta pelas chamadas “práticas integrativas e complementares”, não couberam as práticas de nossos povos originários. Dentre as 29 práticas e medicinas chamadas integrativas e complementares, reconhecidas no Brasil, não há nenhuma menção às práticas de nossos

povos originários, uma vez mais silenciados e submetidos à produção de uma ausência ativamente fabricada. Mesmo práticas comunitárias que beberam claramente em experiências tradicionais, se apresentam como novidade e invenção com assinatura no contemporâneo, não como saberes tradicionais. Plantas medicinais, tradicionalmente utilizadas em processos de promoção da saúde, na prevenção de doenças e em práticas terapêuticas, em âmbito individual ou coletivo, vêm como novidade, ainda que submetidas às tentativas de descaracterização como se de potência “recreativa”. A celebração recreativa, mais que recreativa, contudo, produz efeitos de agregação comunitária e promoção de bem viver. Entretanto, parte dessas plantas segue na clandestinidade.

Quando se acena com alguma possibilidade de algum avanço legislativo/judiciário, essa se apresenta fortemente vinculada ao controle da indústria farmacêutica, mantendo longe e ilegais as práticas autonomistas de plantio e fabricação dos próprios tratamentos. É preciso lembrar, com a ajuda de Michel Foucault, que a invenção histórica do que pode ser chamado a *função-psi* trabalha ativamente na construção do indivíduo como “um corpo sujeitado, pego num sistema de vigilância e submetido a procedimentos de normalização” (FOUCAULT, 2006, p. 71); ao mesmo tempo que, na constituição da sociedade disciplinar, a *função-psi* passa a ser “a instância de controle de todas as instituições e de todos os dispositivos disciplinares” (FOUCAULT, 2006, p. 107). Esta *função-psi*, esclarece Foucault:

[...] é a função psiquiátrica, psicopatológica, psicossociológica, psicocriminológica, psicanalítica etc. E, quando digo *função*, entendo não apenas o discurso, mas a instituição [e] o próprio indivíduo psicológico. E creio que é essa a função desses psicólogos, psicoterapeutas, criminologistas, psicanalistas etc.; qual é ela, senão ser os agentes da organização de um dispositivo disciplinar que vai se ligar, se precipitar onde se produz um hiato na soberania familiar? (FOUCAULT, 2006, p. 105-106).

Por isso, o desafio de inventar uma saúde-saída, integral e decolonial, que possa desconstruir um “poder *psi*” que transborda os muros dos asilos e se difunde amplamente por todo o tecido social:

[...] uma espécie de difusão, de migração desse poder psiquiátrico, que se difundiu em certo número de instituições, de outros regimes disciplinares a que ele veio, de certo modo, se adicionar. Em outras palavras, creio que o poder psiquiátrico como tática de sujeição dos corpos numa certa física do poder, como poder de intensificação da realidade, como constituição dos indivíduos ao mesmo tempo receptores e portadores de realidade, se disseminou (FOUCAULT, 2006, p. 236).

A primeira contraposição que se coloca é a pertinência do próprio tema de uma saúde fragmentada em física ou corporal por um lado e mental por outro, apontando um dualismo saúde física/saúde mental certamente tributário cartesiano. Um dualismo que não condiz com a perspectiva integrativa dos povos originários. Ailton Krenak em sua participação no 5º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, realizado em 3 a 7 de setembro de 2021<sup>2</sup>, na Universidade Federal de Ouro Preto, aponta:

A ideia da saúde mental ela é uma ideia quase estranha para o pensamento dos povos originários, porque o nosso estado natural é com saúde. O adoecimento é uma experiência do contágio, é uma experiência do contato. [...] Essa ideia que o ocidente instituiu, que a colonialidade instituiu, de um corpo doente, a ideia de um corpo doente, tão estabilizada na cultura dos brancos ocidentais, ela não é natural e ela não é percebida por nós como alguma coisa inerente à experiência social, à experiência de viver. A vida é para ser experimentada como fruição, a experiência da vida é entendida como uma dança cósmica, ela não se dá em fragmentos, em pedaços, em estágios, ela se dá como uma ampla movimentação de energia que inclui o fogo, a terra, a água e o vento, são todos elementos curativos, nós recorremos a eles. As plantas, os banhos, os sopros são práticas da saúde que nós movimentamos desde sempre. Nós nos reconhecemos nesse contexto como produtores de estados vitais. O nosso corpo não produz doença, o nosso corpo produz vida e a ideia de um mundo doente ela só se inaugurou para nós com o evento da colonização. [...] A começar por aquela carta do Caminha [...], ele diz para o rei que ele estava vendo um povo de corpo são e bonito, estavam nus e não tinham vergonha dos seus corpos porque eles sabiam que seus corpos eram saudáveis, sadios, não tinha gente doente. [...] Para nós, para a maioria dos povos nativos, daqui do país e do continente a ideia de desequilíbrio, essa ideia de um mal-estar no corpo ela está sempre relacionada com algum evento mágico, você só se adoeca porque alguém externo ao seu corpo te mandou alguma coisa que vai causar esse desconforto. Fisicamente, um dano físico, ele pode ser percebido como um acidente, mas ele é investigado como um acidente provocado, como alguma coisa premeditada, porque o nosso entendimento é que nós vivemos para experimentar o estado pleno, essa plenitude, essa fruição da vida, como um dom. A gente não precisa ficar o tempo inteiro recorrendo a tudo quanto é recurso terapêutico para estar saudável. É uma experiência, parece que muito diferente da ideia que foi exposta aqui pelo Dr. Adalberto, onde comunidades tiveram suas vidas assoladas pela violência, pela segregação, pelo racismo e pelo empobrecimento, essa experiência de sair do convívio com a terra, a fartura, a prosperidade e viver um mundo de carências é adoecedor. Esse mundo de carências ele tem sido o ambiente de bilhões de pessoas do planeta, descoladas de uma ideia de que são filhos da terra, vivendo uma experiência de alienação. A experiência de alienação da cultura, a experiência da alienação de si, essa ausência de identidade, ela é causadora de doença. [...] As pessoas, então, adoecem porque estão descoladas da sua própria noção de pessoa, de identidade, de pertencimento, de cultura. Para a maioria dos nossos parentes que sobreviveram a toda violência colonial ainda existem muitos recursos próprios de cada cultura, de cada comunidade, que

vai desde usar as *plantas de poder* para poder instituir, desde pequeno, um ser capaz de enfrentar as dificuldades do cotidiano, da vida, até tratar disso de uma maneira que não adoça o ser. A ideia de saúde mental, ela é uma ideia moderna e ela é uma ideia profundamente implicada com a experiência urbana, porque para as pessoas que vivem na floresta, que vivem nos seus territórios, que comem alimentos saudáveis, que vivem uma experiência cotidiana ritualizada, a cura vem de todo esse entorno, vem de uma ecologia profunda, onde o corpo e a terra, o território, se harmonizam, buscam o tempo inteiro experiências de equilíbrio e não de dissociação. Parece que a ideia mesma da saúde mental, ela só foi atinada ou percebida quando as comunidades humanas passaram a viver essa experiência de deslocamento, de migrações e de perda mesmo do seu contato sensível com os seus territórios. [...] O que mobiliza nossos povos é uma ideia sensível de permanecer vivo, num corpo vivo, numa terra viva. [...]. Esses povos conseguiram até agora prevalecer em suas culturas e em suas práticas próprias com pouca dependência desse mundo *médica-mentoso* (KRENAK, 2021, 43:44'-54:59').

## Território imaterial indígena

É possível uma experiência antifascista? Dessas que temos que exercitar quando o encontro com o outro é tão radical que nos coloca de modo estético e ético em muitas dúvidas. Em momentos que mobilizam, em muitos, repulsas efetivas, mal-estar em estar com o outro tão distinto, que temos vontade de nos afastar. Quando esse outro é visto por nós não como diferença, mas como desigualdade, que inclusive, do ponto de vista ético, nos autoriza agir sobre ele, dominá-lo (MERHY, 2014, p. 11).

Da vivência no grande terreiro da aldeia Yawanawá “Nova Esperança”, durante um “Festival Yawa”, uma intensa experiência de aprendizado. Muitos indígenas de várias etnias, muitos visitantes brasileiros e estrangeiros. Entre muitos rituais e ritos, antigos e atuais, estou ali vendo no meio da alegria de muitas crianças, uma ou outra que me chama a atenção, atenção de médico condicionado a fazer diagnósticos. Um garoto em especial me parece muito inquieto e um tanto quanto “desadaptado” ao contexto dos outros. O saudoso pajé Yawarani, sempre circulando por todo o ambiente, do seu modo sempre bem-humorado, parecia estar distraído, rindo daquilo tudo do alto de seus mais de noventa anos, mas na verdade ele mantinha um tipo de “atenção flutuante” (FREUD, 2017). Perspicaz ao que acontecia, logo percebeu minha preocupação e veio falar comigo, dizendo: “você notou, não é?” Fiquei surpreso, e respondi apenas “sim”, achando logo que ele estava se

referindo àquele garoto que para mim parecia ter algum “problema”. Então ele apenas completou dizendo algo do tipo, não me lembro exatamente as palavras: “ele tem um dom”.

Nesse momento aprendia com ele algo da maior importância para mim. O que eu via como uma “doença” ou um “transtorno”, era uma diferença, um diferencial em uma criança e que ele enxergava como um “dom”. Eu já tinha estudado muito a proposta do psiquiatra italiano Franco Basaglia de colocar a doença “entre parênteses”, de suspender um pouco este juízo diagnóstico automático, para podermos enxergar outras facetas e possibilidades daquela mesma pessoa (BASAGLIA, 2005). Já vinha tentando praticar isso por muito tempo, mas foi nesse momento com Yawarani que realmente entendi a realidade concreta desta possibilidade. Isto ficou bem evidente para mim no choque destas perspectivas culturais bem distintas, o ponto de vista dele sobre a mesma situação que víamos era tão mais generoso que o meu... Pude aprender com ele dessa forma discreta e sutil, sem nenhuma formalidade, muitas vezes, durante alguns festivais.

Os festivais culturais indígenas, de inúmeras etnias, acontecem em variados territórios indígenas, já são há vários anos uma feliz realidade no estado do Acre, este extremo oeste da Amazônia brasileira. Alguém que passe por um destes festivais pode ficar maravilhado com as vivências tão intensas que experimenta, alguns podem até se sentirem surpresos por encontrarem todos aqueles rituais e aquelas tradições sendo perpetuadas ali, muitos podem até pensar que tudo aquilo veio acontecendo continuamente, como se aquelas celebrações tivessem vivido em alguma bolha que as protegeu de tudo que veio acontecendo nestes últimos quinhentos anos, como se a produção da cultura indígena fosse apenas uma repetição, fosse apenas uma passividade permitindo que nada mude e as tradições sigam como sempre foram, quando na verdade a cultura indígena, como toda cultura viva, vem sempre se recriando, se reinventando, em um contínuo processo de autocriatividade, autopoiese, se repensando a cada momento, buscando saídas a cada desafio, reestruturando, recuperando, reconstruindo e ao mesmo tempo expandindo, alargando suas tradições em releituras atuais de si mesmo, como é próprio de tudo que vive. A própria forma “festival” é uma reinvenção de antigos modos dos momentos de celebração. Momentos de fortalecimento dos laços de pertencimento cultural, mas agora, também momento de resgate da própria “crença”, momento de acreditar na força e na potência da própria cultura indígena, nas atuais circunstâncias em que as ofertas de outras formas de viver são feitas intensamente, continuamente.

Os festivais começaram como celebrações da própria cultura, como estratégia de cultivar as próprias identidades e diferenças das etnias que os promoviam, mas, também, desde o início, como ferramenta de fortalecimento interno e externo da valorização destas culturas, tradições, saberes. Ao mesmo tempo, estes festivais foram reinventando o encontro de culturas, entre “brancos” e indígenas, de modo totalmente diferente dos encontros que ali mesmo aconteceram, pelo menos desde o século XIX com as invasões dos chamados “caucheiros” que vieram desde o Peru, promovendo massacres, escravidão, destruição das tradições dos povos indígenas. Os festivais são um novo encontro de culturas, que ao contrário do tradicional encontro entre “brancos” e “índios”, que produziam uma aculturação dos povos indígenas, uma perda de suas tradições, estes encontros atuais acontecem justamente para valorizar e divulgar estas tradições indígenas, inclusive entre os “brancos” que frequentam em grande número estes festivais. O primeiro destes festivais culturais indígenas no Acre foi o “Festival Yawa”, dos Yawanawás, que já existe há mais de 15 anos, tendo sido inspirado e estimulado pelos festivais de cultura indígena realizados nos anos 1990 por Ailton Krenak, na Serra do Cipó em Minas Gerais, reunindo inúmeras etnias, entre elas os Yawanawás. A trajetória dos Yawanawás é bem emblemática deste movimento de resgate cultural indígena, de retomada dos seus territórios existenciais após a reconquista de seus territórios geográficos, de suas terras. É a história de uma longa jornada de volta para casa.

Como as outras etnias da região, os Yawanawás foram invadidos pelos “caucheiros”, foram mortos em grande medida, fugiram, buscaram outros territórios, foram novamente invadidos, metamorfoseados em seringueiros, ribeirinhos, depois novamente invadidos pelos grandes latifundiários, pecuaristas e na década de 1970, submetidos a condições de trabalho análogo ao escravo, muitas vezes controlados por milícias locais. A última invasão foi pela empresa Paranacre – Companhia Paranaense de Colonização Agropecuária e Industrial do Acre, no início dos anos 1970, que comprou os seringais do Rio Gregório, território ocupado pelos Yawanawás desde tempos imemoriais. Chegaram nos barcos “batelão” e até de helicópteros, com seus “funcionários”, muitas vezes armados, “explicavam” que aquelas terras tinham sido compradas e que aquele povo todo que vivia ali não tinha mais direito a nada, não poderiam nem mesmo fazer os seus roçados, plantar suas bananas, nada sem a permissão dos “verdadeiros” donos da terra a partir daquele momento. O próprio governo acreano, desde o início da

década de 1970, vinha criando projetos econômicos financiados por bancos públicos, como o Banco do Estado do Acre, o Banco do Amazonas e o Banco do Brasil, para transformar o Acre em grandes fazendas de pecuária, como nova “solução” para incrementar a economia do estado. Em sintonia com o governo federal militar da época, com o seu Plano Nacional de Integração (PIN), estimulava a “colonização” da Amazônia brasileira.

Tendo seus territórios invadidos por caucheiros, seringueiros e, por fim, pecuaristas, os povos indígenas se viram reduzidos às piores condições de vida, com destruição de seus territórios físicos, mas também de suas tradições, cultura, língua, identidade. Em 1981, o antropólogo Txai Terri publica uma reportagem no jornal “O Varadouro”, de Rio Branco, denunciando a situação dos Yawanawás, em campanha pela conquista dos direitos indígenas:

Dentro do imenso latifúndio de 463 mil hectares de terras que a Paranacre alega ser proprietária no Rio Gregório, município de Tarauacá, existem cerca de 300 índios lauanauá e Katukina vivendo uma situação de verdadeira escravidão. São índios que não têm direito a nada, nem sequer à área onde sempre viveram e morreram seus antepassados. Como seringueiros, são duplamente explorados: nos altos preços das mercadorias adquiridas nos barracões da Paranacre e no baixo preço de sua produção de borracha. São também obrigados a pagar a renda de estradas de seringa existentes dentro de sua terra, além de também pagarem a “tara” e outras “comissões” para os gerentes da Paranacre, empresa de propriedade do Café Cacique, Viação Garcia e outros, todos de Londrina, no Paraná. Trabalhando como peões, recebem uma baixa diária de 250 cruzeiros, quando uma lata de leite em pó, de 400 gramas, custa 500 cruzeiros nos depósitos da Paranacre. A Ajudância da Funai no Acre é omissa, apesar das denúncias já apresentadas pelo chefe lauanauá, Raimundo Luís. Os missionários norte-americanos das Novas Tribos do Brasil, que vivem há seis anos entre os índios do Rio Gregório, só se preocupam com o proselitismo religioso, pregando o evangelho do “deus branco”, enquanto desconsideram as festas e rituais tradicionais dos índios, chamando-os de “coisas do diabo” (TERRI, 1981 *apud* COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DO ACRE, 2007, p. 35).

Invadidos em seus territórios geográficos por grandes empresas, que queriam a força de seus corpos para o trabalho praticamente escravo, invadidos em seus territórios existenciais, culturais, transcendentais pela cultura “dos brancos”, pelos missionários protestantes, pelos pastores que queriam a força de suas almas, os Yawanawás passaram os piores momentos de sua trajetória, mas resistiram. Nos anos 1980, depois de um longo processo de



persistente e árdua luta por seus direitos, conseguiram a demarcação de suas terras em 1984 e alguns anos depois também a ampliação, abarcando as cabeceiras do Rio Gregório, deste território indígena finalmente devidamente reconhecido (Terras Indígenas Rio Gregório). Contudo, este era só o começo de uma longa trajetória de reconstruir a casa material e imaterial que havia sido invadida e tomada.

Conseguiram com muito custo expulsar de suas terras tanto fazendeiros pecuaristas quanto os missionários protestantes, que já haviam criado fortes laços de aliança para se manterem ali, muitas vezes negociando com tratamentos médicos ou outras benesses em troca da “conversão” religiosa cristã. Voltaram a incentivar e praticar a língua, o idioma indígena. Abriram a “Aldeia Nova Esperança” com o cacique Nixiwaka, Biraci Brasil, retomando também a “aldeia sagrada”, mais antiga, que havia sido esvaziada. Procuraram os anciãos, retomaram a valorização dos velhos pajés Tatá e Yawá, para resgatarem os rituais, os cânticos, as “dietas” de aprofundamento na espiritualidade indígena, os usos das plantas sagradas, os usos das plantas medicinais, os antigos ritos de passagem e formação interna cultural e transcendental (MOEBUS, 2012).

Foram retomando seus modos tradicionais de pescar, de construir cocares, adereços, arcos, flechas e a tradicional lança Yawanawá. Retomaram também sua tradicional culinária, seus modos tradicionais de construir sua singular arquitetura. Retomaram seus grafismos, pinturas corporais tradicionais, os seus “Kenês”, o uso e o sentido desta antiga literatura escrita na própria pele. Isto tudo ao mesmo tempo em que começam a participar ativamente dos processos políticos locais e estaduais. Absorvem novos modos de cultivar com a agroecologia, a agroflorestal e a sintrópica. Novos modos de garantir a qualidade da água com o poço artesiano, novos modos de garantir a conexão com o mundo com a Internet por satélite, a energia das placas solares, novos direitos para as mulheres, que passam também a serem lideranças espirituais, antes reservadas exclusivamente aos homens, ou seja, uma reconstrução, uma retomada cultural tradicional e viva, aberta para a diversidade, para a alteridade, complexa, autopoietica e autopoética. Isto tudo vem sendo também estimulado e alimentado nos festivais de cultura indígena, dos quais os Yawanawás são precursores no Acre, são um belo exemplo da viabilidade, da real concretude desta caminhada, desta jornada de volta para casa, deste reencontrar-se reinventando-se continuamente.

Em sua re-existência os Yawanawás vão mostrando o caminho, o tradicional está no futuro, em uma temporalidade circular que dá vertigem ao nosso pensamento linear. A longa jornada da retomada do território existencial vem passando também e inclusive pela retomada dos territórios de saberes ancestrais de práticas de cura, medicinas ancestrais indígenas, com seus modos de construir mundos mais solidários, comunitários, universais. Esta jornada de volta para casa não precisa ser só dos povos indígenas, mas se abre para uma participação ampliada, de todos os povos que se habilitem para esta reconstrução dos modos de habitar o tempo, ritualizando a vida em busca de uma pacificação do “branco”, pacificando a própria relação com esse seu deus Tempo, multiplicado por nós em sua fragmentação, Cronos devorador de tudo que há, mais voraz em cada instante. Indomável, mas cavalgado em outra conexão, talvez Cronos se torne mais familiar, na duração e vida, da reinvenção da ritualização do mundo.

## Considerações finais

[...] afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo (FOUCAULT, 2004, p. 306).

O texto apresentou fragmentos de discurso, de percurso e de práticas a partir dos povos indígenas, esperou-se problematizar algumas noções de diagnóstico e terapêutica: a que servem e como são usados esses dispositivos de “governamentalidade”. A diversidade não remete aos diagnósticos que exigem intervenção terapêutica, podem indicar o encontro com dons, que diferem os seres. As práticas indígenas de produção de cuidado participam de uma visão de mundo intuitiva, relacional e integral. As abordagens são de comunidade ou de território, não basta de forma alguma, quando usadas, que as plantas curativas sejam as certas, na dose correta e que o tratamento esteja adequado. Será preciso invocar os espíritos das plantas ou uma ampla movimentação de energia, que inclui os elementos da natureza. Nada é determinação causa-efeito, nada é simplesmente um efeito bioquímico, tampouco o efeito de uma planta, de um composto fitoquímico, de um chá. Tudo deve ser – e está – envolto pela perspectiva cósmica, integrada e experiencial.

Será preciso, sempre, assegurar o “encasamento”, não a segregação, o empobrecimento do convívio, o desperdício das forças afirmativas da vida ou a negação da relação entre os seres que habitam os entornos. Aceitar a vertigem do pensamento, talvez seja essa a grande expectativa dos povos originários em relação aos brancos, em sua volta para casa, entre nós. Uma vertigem do pensamento provocará uma vertigem dos diagnósticos e dos tratamentos (suspender o céu, diria Krenak). A experiência da vertigem, em sua versão da ancestralidade indígena, não é a vivência do desamparo, é a ampliação da percepção, da subjetividade, do horizonte existencial. Um horizonte “existencial”, não o “prospectivo”. O enriquecimento das nossas subjetividades é o que tem sido vetado, substituído pelo consumismo, que, afinal consome nossa subjetividade. Então, a vertigem é a recuperação da liberdade e da capacidade de sonhar no modo como ensina Krenak. O sonho, não como experiência cotidiana de dormir e sonhar, “mas como exercício disciplinado de buscar no sonho as orientações para as escolhas do dia a dia” (KRENAK, 2019, p. 50-51).

## Referências

- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** (1981). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 93-106.
- FREUD, Sigmund. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico (1912). *In*: HAN, Byung-Chul. **O desaparecimento dos rituais: uma topologia do presente**. Petrópolis: Vozes, 2021.
- KRENAK, Ailton. Diálogos entre saberes tradicionais e saúde mental. 5º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Mental: Resista! Lute por Direitos, Reconheça a Diversidade e a Saúde Mental como Liberdade! [Ouro Preto.: s. n.], 2021. 1 vídeo (2h 3min 54s). Disponível em: <https://youtu.be/MJAe9uqWQhU>. Acesso em: 11 maio 2022.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MERHY, Emerson Elias. Prefácio. *In*: MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. **O trágico na produção do cuidado**: uma estética da saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 11-14.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. **Psico-Trópicos: uso com(sagrado) de psicoativos na Amazônia Yawanawá**. Belo Horizonte: Asa de Papel, 2012.

NEGRI, Antonio; GUATTARI, Félix. **As verdades nômade**s: por novos espaços de liberdade. São Paulo: Autonomia Literária; Editora Politeia, 2017.

TERRI, Txai. Esses índios são escravos da Panacre (Entrevista). *In*: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DO ACRE; ORGANIZAÇÃO DOS PROFESSORES INDÍGENAS DO ACRE. **Costumes e tradições do povo Yawanawá**. Belo Horizonte: FALE/UFMG: SECAD/MEC, 2007. p. 35-38. Disponível em: [http://www.letras.ufmg.br/padroao\\_cms/documentos/eventos/indigena/CostumesTradicoesYawanawa\\_REV2bx.pdf](http://www.letras.ufmg.br/padroao_cms/documentos/eventos/indigena/CostumesTradicoesYawanawa_REV2bx.pdf). Acesso em: 11 maio 2022.

---

## Notas

1. Uma versão mais enxuta e de menor abrangência desta escrita foi publicada em alusão à 1ª Conferência de Saúde Mental dos Povos Indígenas nos blogs jornalísticos *Semana On* (MOEBUS, Ricardo. Por uma saúde decolonial. Coluna re-existir na diferença. *Semana On*, Campo Grande, v. 10, n. 487, 24 fev. 2022. Disponível em: <https://www.semanaon.com.br/coluna/21/21928/por-uma-saude-decolonial>. Acesso em: 11 maio 2022) e *Brasil 247* (MOEBUS, Ricardo L. N. Por uma saúde decolonial. *Blog Brasil 247*. 1º mar. 2022. Disponível em: <https://www.brasil247.com/blog/por-uma-saude-decolonial>. Acesso em: 11 maio 2022.). Algumas ideias também foram reorganizadas de um artigo anterior (MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Práticas indígenas de produção do cuidado. *Diversitates International Journal*, v. 9, n. 1, p. 27-45, 2017. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/175>. Acesso em: 11 maio 2022).
2. O 5º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental foi promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), realizado na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). A programação encontra-se disponível em: <https://www.direitoshumanos2021.abrasme.org.br/programacao>.

## **Resistir à lógica medicalizante: exercício a partir da revisão da literatura**

Kelly Cristina dos Santos Silva;  
Carla Biancha Angelucci

O termo medicalização tornou-se bastante recorrente nos últimos anos, estando presente em diferentes espaços, tantos nos domínios acadêmicos, quanto em textos e reportagens informativas que buscam estabelecer um contraponto e criar estratégias para as variadas formas de medicalizar aspectos inerentes à experiência humana.

A emergência de discussões, pautadas na crítica ao modelo de atuação biomédico, propiciou o fortalecimento de diferentes debates, que abrangem novas problemáticas. Ao mesmo tempo, entrelaçam-se aos aspectos que dizem respeito ao modo como os saberes do campo da Saúde intervêm sobre o processo de adoecimento, sobretudo na prescrição de tratamentos que pouco se aproximam do olhar atento para os múltiplos aspectos do adoecimento e do sofrimento humano (COLLARES; MOYSÉS, 2010).

A infância e o processo de escolarização de crianças são temáticas fundamentais para a sustentação do campo de discussões, sobretudo, no que diz respeito aos modos como as trajetórias escolares são desenhadas, ou seja, como os insucessos nos percursos escolares de crianças são compreendidos pela criança, pela escola e pela família (PATTO, 2015; COLLARES; MOYSÉS, 2010). O foco na instituição escolar como um espaço produtor, tanto de saberes e subjetivação, quanto de fracasso, sintomas e adoecimento, possibilita a aproximação de um vasto campo de forças que se entrecruzam e sinuosamente tecem complexas tramas entre os saberes escolares/educacionais e os saberes biomédicos (GUARIDO, 2010).

Os estudos sobre medicalização têm implicado discussões sobre o processo de medicalização da Educação, sobretudo, para investigar a complexa relação entre as ciências biomédicas e o campo da Educação. Nesse contexto bastante complexo e dinâmico, diferentes forças agem de múltiplas formas na tentativa de atender às necessidades de normalização

e normatização, construindo, assim, um discurso sobre a criança que não aprende na escola ou que não se encaixa em um padrão pré-estabelecido de estudante (COLLARES; MOYSÉS, 2010). As classificações diagnósticas corroboram com a ideia de um tipo adequado de criança, que apresenta determinadas características relacionadas à atenção e à aprendizagem como atributos de ordem neurobiológica e, portanto, individual. Tal premissa faz crescer um ideário no qual a neutralidade é atribuída à escola. Os inúmeros aspectos que compõem o cotidiano na escola, como a construção dos currículos, as condições físicas e materiais das escolas, as condições de trabalho do professorado, a política pública que constitui a rede de ensino, passam despercebidos em estudos e consultórios que acolhem a criança e sua família sem se perguntar sobre as relações que se produzem na escola (COLLARES; MOYSÉS, 2010; OLIVEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, muitas vezes a própria escola não se percebe como protagonista do processo, permitindo com que os problemas de escolarização sejam endereçados a outros espaços, sobretudo, aqueles sob jurisdição das ciências biomédicas. Assim, o foco dos problemas que surgem na escola a partir do ponto de vista biomédico estabelece o aprendizado como efeito da adequada estimulação cerebral, fazendo com que ação humana do aprendizado seja apagada (GUARIDO, 2010).

É demandado ao professorado, muitas vezes, a ocupação de uma posição de triagem para o atendimento em Saúde, a partir da identificação de estudantes que apresentam comportamentos considerados inadequados ou com percurso escolar marcado pelo fracasso em relação às expectativas institucionais. É assim que o professor se torna uma extensão do olhar do especialista, realizando orientações a familiares, a fim de que se busquem atendimentos e orientações no campo da Saúde. Essa procura não é uma característica da atualidade, ele tem uma história, que diz respeito à forma como a escola se mostra permeável aos discursos médicos e psicológicos (GUARIDO, 2010, p. 36).

A presença desses discursos na escola nem sempre é facilmente perceptível, porque se torna natural; são verdades impassíveis de questionamentos. Contudo, a escola não é uma instituição inerte, ela produz diferentes movimentos que podem ou não estar em acordo com os discursos médicos e psicológicos, que oferecem certas diretrizes e enquadramento em relação à criança em idade escolar.

A fim de compreender como a temática da medicalização da Educação tem sido tratada por diferentes campos do conhecimento, destacadamente a Psicologia, a Medicina e a própria Educação, empreendemos uma pesquisa de caráter bibliométrico (SILVA; HAYASHI; HAYASHI, 2011), a partir das bases de dados do portal Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Pubmed totalizando 23 trabalhos.

### **Procedimentos Metodológicos**

Utilizamos como referencial metodológico a análise bibliométrica, técnica que nos ajuda a identificar tanto os aspectos qualitativos da produção científica analisada quanto os aspectos quantitativos, ou seja, os aspectos referentes à análise da literatura que sustenta os trabalhos.

As etapas da análise bibliométrica, de acordo com Silva, Hayashi e Hayashi (2011, p. 125-6) dizem respeito à definição do objetivo da análise, a identificação e a localização e o acesso às fontes, bem como o estabelecimento de relações entre os dados obtidos durante a investigação para a construção de categorias de análise e indicadores da produção científica sobre determinado tema.

A escolha por diferentes campos de conhecimento se fez a partir das configurações dos próprios campos, já que o fenômeno da Medicalização tem sua origem nas ciências médicas. Já a Psicologia, ciência derivada da Medicina, tem trabalhado nas últimas décadas com as questões que envolvem o processo de escolarização e o fracasso escolar, bem como as explicações elaboradas para compreender por que muitas crianças fracassam na escola. Dentre essas explicações, os processos medicalizantes surgem proposições voltadas para o corpo da criança, seja em seus aspectos físicos e/ou emocionais, ou a problemas relacionados a aspectos familiares (PATTO, 2015; COLLARES; MOYSÉS, 2010). O campo da Educação também foi utilizado como um descritor porque o discurso produzido pela escola articula as práticas normalizadoras à uniformização do currículo, traduzindo as diferenças de resultados e processos em desigualdade, que são tomados com uma deficiência da criança (ESTEBAN, 2013).

As buscas foram realizadas a partir de três combinações de descritores: Medicalização e Medicina; Medicalização e Psicologia; Medicalização e Educação. As três combinações foram utilizadas na base de dados SciElo.

A consulta realizada com os descritores Medicalização e Medicina encontrou 72 trabalhos, entretanto ao ler os resumos dos trabalhos, descartamos 67 artigos, pois seus temas e objetivos não correspondiam aos critérios adotados, artigos brasileiros que discutem a temática da Medicalização na Educação. Diante de somente cinco artigos, realizamos novas buscas no Portal SciElo, utilizando os descritores Pediatria e Medicalização e os descritores Neurologia e Medicalização, porém nenhum estudo foi encontrado nessas buscas. Já a busca realizada com os descritores Psiquiatria e Medicalização encontramos somente um artigo, o qual se repetiu na primeira busca. Na busca Medicalização e Psiquiatria, três foram selecionados e dois destes já estavam na primeira busca.

A busca seguinte foi realizada no portal Medline. A primeira busca foi realizada a partir dos descritores Medicalização e Medicina e foram encontrados 37 artigos, no entanto nenhum deles foi produzido por autores brasileiros. A segunda busca foi realizada a partir dos descritores Medicalização e Psiquiatria e foram encontrados dez artigos, entretanto nenhum deles atendia aos critérios estabelecidos previamente para o estudo dos trabalhos. A busca realizada com os descritores Medicalização e Neurologia não encontrou nenhum trabalho. Já a busca Medicina e Pediatria foram encontrados quatro trabalhos dos quais somente um foi incorporado ao corpus do trabalho por tratar do tema da Medicalização da Educação.

Em função do pequeno número de artigos encontrados, estendemos nossas buscas, nesta etapa, utilizamos o portal Pubmed e a combinação de descritores realizadas nas buscas anteriores, contudo nenhum trabalho encontrado atendia aos critérios pré-estabelecidos.

O passo seguinte da pesquisa foi a combinação dos descritores Medicalização e Psicologia no portal SciElo. Encontramos 34 artigos, porém apenas doze se referiam à problemática da Medicalização na Educação. Entre os onze artigos selecionados, dois estão presentes na primeira busca.

Nove artigos foram publicados em revistas de Psicologia, dois artigos em revistas voltadas para a Saúde Coletiva e um artigo foi publicado em uma revista de comunicação entre Educação e Saúde. Dos nove artigos



publicados em revistas de Psicologia, cinco artigos foram publicados em revistas voltadas para a temática da Psicologia Escolar e Educacional.

A busca com os descritores Medicalização e Educação redundou em 38 artigos. Foram selecionados dezesseis artigos, nove estiveram nas buscas anteriores, das quais dois estavam presentes na primeira busca realizada com os descritores Medicalização e Medicina e seis estavam na segunda busca, realizada com os descritores Medicalização e Psicologia e um artigo presente na primeira e na segunda buscas.

### **Medicina e medicalização da educação**

Os sete artigos selecionados a partir da combinação dos descritores Medicalização e Medicina foram publicados em diferentes revistas, três foram publicados em revistas de Psicologia, um artigo em uma revista que aborda a intersecção entre Saúde e Educação, um artigo em uma revista voltada para o campo da Educação, outro para o campo da Saúde Coletiva e o último artigo publicado em uma revista de Pediatria.

A escassez de publicações no campo da Medicina sobre as questões que envolvem a medicalização da Educação chamou-nos a atenção. As publicações encontradas, em sua maioria, foram elaboradas por psicólogos e somente um trabalho foi realizado por três profissionais/estudantes da área médica em parceria com uma psicóloga.

Há prevalência de psicólogos discutindo a temática da Medicalização na Educação, mesmo quando a busca por trabalhos não é realizada com o descritor Psicologia. O grande número de autores da área da Psicologia, ao que parece, são reflexos de produções acadêmicas (PATTO, 2010; MACHADO, 2007) realizadas por profissionais da área da Psicologia sobre processo de Medicalização na Educação, bem como o papel dos saberes do campo da Psicologia na disseminação de um ideário marcado pela intenção de medir e classificar a inteligência das crianças.

Há um equilíbrio entre as áreas de conhecimento da formação em pós-graduação, mais especificamente do Mestrado, apesar de que a maioria dos autores estejam ligados à Psicologia e Saúde Coletiva. As formações na área de Saúde Pública e Educação e Filosofia da

Ciência estão presentes e demonstram o interesse nos estudos sobre a Medicalização. Observamos também o predomínio da área de Psicologia durante o Doutorado. Contudo, observamos a presença de autores de outros campos do conhecimento, tanto da Saúde Coletiva quanto das Ciências Médicas, além do campo da Lógica e da Filosofia da Ciência.

Ao analisarmos os trabalhos, observamos o predomínio de problematizações sobre a relação da medicalização e a produção da subjetividade. Dos sete trabalhos, cinco enfocam o modo como o processo de medicalização pode incidir sobre a vida do sujeito, destacando a biomedicina, a preocupação em calcular riscos e prevenir o aparecimento de sintomas de transtornos que surgem na escola. Há também uma importante reflexão sobre os efeitos dos fármacos nas crianças, sobretudo, o silenciamento dos movimentos de seus corpos. Ao aquietar o corpo, o sintoma é apagado, assim como as possibilidades de escuta e acolhimento da criança. Os outros dois trabalhos enfocam a questão da aprendizagem escolar e suas relações com a medicalização, articulando, ainda, as questões referentes à produção de subjetividade e como resistência ao modelo medicalizante.

Apreocupação dos autores em discutir novos modos de ser criança e aprender ocorre a partir de reflexões sobre o próprio conceito de medicalização e como ela tem incidido na esfera educacional, principalmente em relação a preocupação em aferir e divulgar medidas para a detecção de sinais e sintomas de transtornos que surgem na escola. O efeito da medicalização também é pensado a partir da perspectiva do trabalho docente, que imerso na lógica medicalizante, acaba por tornar-se coadjuvante no processo de ensino-aprendizagem, já que o foco de sua ação foi redimensionado para a observação do comportamento da criança, a categorização dos sinais e sintomas e para a utilização de técnicas para a manutenção da atenção da criança.

Algumas reflexões da Medicina sobre si, amparadas por discussões realizadas por outras ciências como a Psicologia, colocam em evidência aspectos importantes da entrada da Medicina nas escolas, dentre eles, o enfoque no desenvolvimento e utilização de técnicas de medição e classificação da inteligência das crianças, que permitem a construção de novas possibilidades de refletir sobre as bases que sustentam as teorias e explicações sobre o fracasso escolar.

O entendimento do olhar da medicina sobre o aprendizado escolar abre diferentes possibilidades de compreensão sobre a construção de um modelo de estudante, que perpassa tanto as questões referentes ao corpo, quanto as relações familiares da criança. A criança entendida como incapaz de aprender na escola ao tornar-se objeto da Medicina e de outras ciências afins, manteve sob seu domínio as explicações para o fracasso e as chaves para a solução da problemática, sempre direcionada aos aspectos individuais, centrados no corpo ou família da criança. Contudo, a ampliação das discussões sobre fracasso escolar permite que os estudos baseados na crítica das Ciências Médicas para as questões escolares sejam realizados de modo colaborativo com a Educação, em parcerias pouco comuns, entre médicos e pedagogos.

A formação dessa parceria, entre Collares e Moysés (1997) resultou em um estudo sobre crianças que não apresentam a performance esperada pela escola. As autoras ouviram profissionais da área da Saúde e da área da Educação. Profissionais de ambas as áreas realizaram explicações bastante semelhantes para o insucesso das crianças dentre elas estão: anomalia genética ou hereditária, disfunção neurológica ou emocional, insuficiência motivacional, falta de prontidão ou carência cultural. Há também causas centradas nas relações familiares, porém, frequentemente tomadas como terreno para expressão de desordens psíquicas ou inadequações morais/culturais de seus componentes.

Além das causas centradas nas crianças e em suas famílias, Collares e Moysés (1997, 2010) identificam a culpabilização dos professores, a qual é, de certa maneira, uma transcrição da culpa atribuída à criança e a sua família. Muda o depositário da culpa, mas permanece a lógica da individualização de um problema coletivo, no qual a escola e o sistema escolar não predominam como fonte de explicação para questões referentes à escolarização (MOYSÉS, 2001).

As falas das entrevistadas revelam, além da individualização, um ofuscamento do olhar, as relações formadas no ambiente escolar, as questões sobre as condições de trabalho, os aspectos referentes à construção do currículo e da própria formação das políticas públicas de educação. Questões de ordem social, política e econômica que em grande medida, emolduram o cotidiano escolar são apagadas das falas das entrevistadas sobre as possíveis causas dos percalços das crianças na escola.

Ao escutar o que as crianças tinham a dizer sobre si e sobre sua vida escolar e o que suas famílias tinham a dizer sobre a própria criança e a escola, Moysés (2001) observa uma multiplicidade de experiências, algumas resistências, outras resignações. Problemas relacionados à vulnerabilidade social das famílias das crianças surgiram, entretanto, as narrativas confluíam para um mesmo ponto, a escola: a falta de vagas, as mudanças constantes de professores, a falta de estrutura das escolas.

O distanciamento da escola sobre as problemáticas que ocorrem na própria escola dificultam a circulação de ideias sobre a não aprendizagem dos alunos e suas relações com a instituição escolar, ou seja, as questões metodológicas e teóricas ligadas ao ensino e a aprendizagem, os aspectos políticos e curriculares, além dos aspectos relacionais que envolvem os laços afetivos formados no espaço escolar. Com pouco tempo e espaço para as discussões, professores e outros profissionais da Educação se desapropriam e são expropriados de seus saberes quando crianças não aprendem na escola. Os saberes específicos dos professores são desqualificados e despotencializados e nessa complexa trama os professores têm poucas possibilidades de assumirem seu protagonismo, no que se refere a seus conhecimentos e saberes sobre a aprendizagem escolar na sala de aula e fora dela, na formulação de currículos e propostas educacionais, a partir de suas demandas e reflexões sobre o fazer docente.

A parceria entre Medicina e Educação também faz brotar questionamentos sobre o modo como os profissionais da área da Educação têm tido seus saberes inundados por perspectivas da área médica, sobretudo em relação a trabalhos que trazem o estudo do cérebro e suas imagens como uma promessa para eliminar os problemas que surgem durante o processo de escolarização.

Arantes e Freitas (2016) apontam o crescente protagonismo do cérebro nas escolas, sobretudo, a partir da difusão de inúmeras informações sobre a importância de se conhecer o funcionamento cerebral para garantir a aprendizagem das crianças na escola.

O crescimento da presença do campo de conhecimento da Neurologia nas escolas e assim como da criação de uma expectativa de que exames de imagem cerebrais possam auxiliar a aprendizagem dos alunos tem como efeito a inercia na escola, os professores, muitas vezes acabam, sem perceber, deixando de investir seus saberes na aprendizagem das crianças enquanto espera o tão aguardado exame (ARANTES; FREITAS, 2016).

## Medicalização e psicologia

A busca por artigos que discutem a medicalização na Educação também foi realizada com os descritores Medicalização e Psicologia no portal da SciELO, encontramos onze artigos que discutem o fenômeno da medicalização a partir da Psicologia. Esses trabalhos foram publicados em revistas de Psicologia, Saúde Coletiva, Saúde e Educação e foram produzidos majoritariamente por psicólogos. Desta maneira, os onze artigos selecionados foram produzidos por 28 psicólogos e um cientista social.

No que diz respeito à pós-graduação, salientamos o predomínio de autores que concluíram o Mestrado na Área da Psicologia. Dos 28 autores que realizaram o mestrado, vinte concluíram no campo da Psicologia, duas autoras realizaram suas pesquisas no campo da Saúde, duas autoras no campo da Educação e duas autoras desenvolveram o mestrado em áreas ligadas ao estudo do desenvolvimento humano, um em antropologia e outro autor no campo de estudos das Ciências Sociais e da Religião.

No que diz respeito à formação no âmbito do nível do Doutorado, observamos, assim como no âmbito do Mestrado, um grande número de autores no campo de estudo da Psicologia. Dos 21 autores que concluíram, 19 são do campo da Psicologia, uma autora do campo da Saúde Coletiva.

A forte presença de psicólogos como referência na elaboração e publicação dos artigos está relacionada ao desenvolvimento de pesquisas e discussões sobre as implicações da Psicologia na formação de um modelo de aluno baseado em preceitos científicos que formalizavam quais seriam as características necessárias para a aprendizagem escolar, entre elas a inteligência e suas formas de medição ganham grande destaque no cenário escolar, que ao começar a aferir as supostas capacidades das crianças passa a definir espaços escolares, sobretudo quem é considerado capaz de aprender. A entrada no espaço escolar, na década de 1980, fez surgir, inicialmente, problematizações sobre o papel da escola em uma sociedade de classes. Ocorre assim, uma mudança no eixo de discussão, anteriormente centrado na criança e nos professores, começou a ser redimensionado para a escola como parte de uma estrutura social (SOUZA, 2010, p. 144).

O nascimento de novos questionamentos possibilita a sistematização de diferentes trabalhos com eixos de discussão orientados para o funcionamento da escola pública, como as redes de relação são construídas, que práticas os educadores valorizam em sala de aula, como os educadores entendem os alunos e suas próprias práticas, quem são as crianças que fracassam, como é produzida a medicalização do processo de aprendizagem e como as políticas educacionais e pedagógicas operam nas escolas. As respostas para essas perguntas só puderam ser possíveis a partir de uma longa convivência e de uma escuta bastante acurada e cuidadosa das relações que se estabelecem na escola e fora dela, ou seja, nos espaços em que a criança vive e convive (SOUZA, 2010, p. 145).

Os trabalhos analisados nesse eixo revelam o impacto de publicações do próprio campo da Psicologia sobre o fracasso escolar e a construção do campo de conhecimento da Psicologia Escolar, assim como a prevalência do referencial teórico Histórico-Cultural e da Psicologia Crítica para compreender o fenômeno da medicalização. Autores como Foucault e Illich também fazem parte do corpo teórico de alguns dos trabalhos analisados, revelando a importância dos conceitos trabalhados por esses autores para a compreensão do processo de medicalização da Educação.

Dentre os trabalhos selecionados, dois trazem os aspectos da prática profissional, um deles relata o estágio em Psicologia Escolar, trazendo as reflexões dos estudantes de Psicologia sobre a da imersão em escolas públicas. O outro busca compreender as concepções e práticas de psicólogos que atuam em escolas públicas no Estado de São Paulo.

Os trabalhos se organizam em um eixo de discussão bastante homogêneo, cujas principais discussões se localizam em problemáticas voltadas para temas como o diagnóstico da dislexia e do TDAH, o fracasso escolar e as concepções que endentem os problemas relativos à escolarização a partir de falhas no estudante, trazendo importantes reflexões para a consolidação desse campo de conhecimento para o enfrentamento das problemáticas referentes aos efeitos das práticas medicalizantes.

## Educação e medicalização

As buscas realizadas no banco de dados da SciElo a partir dos descritores Medicalização e Educação localizaram 38 artigos. Somente 16 atenderam aos critérios estabelecidos. Dos 16 trabalhos selecionados, 5 foram publicados em revistas do campo da Educação, 10 foram publicados em revistas de Psicologia, sendo 6 artigos publicados em revista específica de Psicologia Escolar e Educacional, 2 artigos foram publicados em um periódico de comunicação entre as áreas da Saúde e da Educação e 1 artigo foi publicado em um periódico voltado para trabalhos que envolvem Ciência e Saúde Coletiva.

Os 16 trabalhos selecionados foram elaborados por 38 autores, dos quais 3 autoras escreveram 2 artigos. Os autores pertencem a campos de conhecimento diversos: 28 autores têm graduação em Psicologia, 1 em Psicologia e Educação Física e outra em Psicologia e Geografia, 3 autoras em Fonoaudiologia, 2 autoras em Pedagogia, 1 autor tem formação em Farmácia e Administração, 1 em ciências sociais e 1 autora em Odontologia.

A grande diversidade na formação inicial dos autores estende-se à área em que se realizou a pós-graduação, tanto no Mestrado quanto no Doutorado. Verificou-se que 36 autores concluíram o Mestrado, sendo 20 autores na área de Psicologia, 7 em Educação, 2 em Linguística, 2 em Saúde Coletiva, 1 em Distúrbios da Comunicação, 1 em Antropologia, 1 em Odontologia e 1 em Epidemiologia.

Ao analisarmos os artigos, observamos muitos pontos em comum, principalmente em relação ao referencial teórico adotado, como os estudos de Foucault e Illich, que são a base de vários artigos selecionados. Também encontramos como sustentação teórica dos trabalhos as reflexões da Psicologia crítica escolar e assim como os fundamentos da Psicologia sócio-histórica. Diferentes perspectivas de análise que se organizam a partir de um eixo comum aparecem: a importância dos aspectos históricos para a compreensão dos fenômenos humanos. Assim, as questões referentes à aprendizagem na escola são entendidas como um fenômeno complexo, formado por aspectos coletivos que se processam a partir de um tempo determinado por relações econômica e políticas.

Dentre os trabalhos selecionados em nossa busca, destacamos o artigo de Signor, Berberian e Santana (2016), que busca compreender a trajetória escolar de uma criança diagnosticada com TDAH e os sentidos construídos pela família e pela criança para as relações estabelecidas com a escola e com as professoras. As autoras analisam os cadernos, as atividades realizadas e os relatórios elaborados pelas professoras sobre a aprendizagem e o comportamento criança, bem como as práticas de alfabetização realizadas durante primeiro, segundo e terceiros anos do ensino fundamental. Os dois primeiros anos do processo de alfabetização foram marcados por práticas mecânicas e sem sentido. No terceiro ano, uma nova professora, em uma nova escola, estabelece um forte vínculo com a criança e introduz práticas contextualizadas de alfabetização promovendo a apropriação da escrita e da leitura.

As autoras destacam o papel do discurso no comportamento e aprendizagem ao trazerem para a discussão as questões apontadas por Bakhtin (2006 *apud* SIGNOR; BERBERIAN; SANTANA, 2016) sobre as interações sociais e os discursos produzidos por essas interações, enfatizando que a criança constitui-se subjetivamente a partir do olhar e do discurso do outro, os quais mantiveram-se centralizados em aspectos depreciativos ao longo de todo o processo de escolarização, exceto o terceiro ano, quando a criança acompanhada durante o estudo passa a ser discursivizada a partir de características positivas, criando assim outras possibilidades de relação com a professora e com o saber, momento em que a alfabetização se constitui.

Apesar das complexas relações estabelecidas nas escolas com professoras e colegas, os determinantes para as dificuldades apresentadas estavam centralizados na criança, ou melhor, no funcionamento cerebral da criança e nos efeitos da medicação prescrita. As autoras abordam o problema da medicalização e da internalização do discurso neurobiológico que enfraquece discussões e reflexões sobre as práticas escolas e sobre os discursos sobre o não aprender que constituem na escola.

Christofari, Freitas e Baptista (2015) trazem a discussão sobre o percurso escolar de um menino e como os discursos elaborados sobre seu aprendizado e seu comportamento o fazem pensar que não sabe escrever, mesmo quando produz textos. A incorporação do discurso sobre o não aprender se faz de modo bastante intenso e quando não há espaço para a problematização, ele se torna o único e verdadeiro discurso possível sobre a criança. A criança em questão teve, com a ajuda da professora, a possibilidade de repensar seu aprendizado, dando-lhe novos sentidos e novas possibilidades.



As discussões sobre o percurso escolar e os discursos produzidos pela escola sobre esse menino trazem a perspectiva de duas pedagogas e de um psicólogo sobre os sentidos que tais discursos produziam na criança, que replicava sobre si mesma, a necessidade de utilização de um medicamento para aprender. A desconstrução dessa lógica e apresentação de outros modos de ser estudantes revelam a importância de estudos realizados a partir da perspectiva de quem ensina, de quem está dentro da escola, vivenciando os conflitos diários dentro de seus muros.

Ainda que pequena, existe a participação de profissionais da Educação na discussão sobre o processo de Medicalização da Educação, destacando o modo como determinadas práticas podem interferir na forma como a criança entende seu percurso escolar e seu aprendizado, estabelecendo uma relação entre a necessidade de medicamentos para aprendizagem escolar. As discussões propostas nesse trabalho rompem com a grande maioria dos trabalhos, elaborados a partir de campos do conhecimento que compreendem o fenômeno a partir da perspectiva das professoras em parceria com um psicólogo sobre as produções de uma criança sobre seu percurso escolar.

As diferentes parcerias entre diferentes campos de estudos revelam a presença da lógica medicalizante no espaço escolar e as especificidades apresentadas em relação à discussão realizada demonstram a complexidade desse fenômeno, cuja visibilidade se dá na escola, mas sua produção, legitimação e disseminação ocorrem em vários contextos, inclusive na formulação de propostas e políticas públicas educacionais.

## **Considerações finais**

Os trabalhos apresentados decorrem tanto de investigações teóricas quanto de pesquisas empíricas, englobando diferentes instrumentos como técnicas de entrevistas, estudo de campo, estudo de caso e aplicação de questionários.

Os diferentes enfoques na organização das buscas revelam a prevalência da Psicologia nas discussões sobre a medicalização da Educação. Dentre as três buscas realizadas, durante a pesquisa, observamos o predomínio de profissionais do campo da Psicologia na discussão sobre o processo de

medicalização da Educação. A prevalência diz respeito a consolidação do campo de conhecimento da Psicologia Escolar a partir da produção de uma crítica sobre a produção e a difusão de seus conhecimentos na escola. Esse movimento fez nascer outras possibilidades de compreensão e atuação na escola, trazendo para a cena a própria escola e as relações que são produzidas diariamente nesse espaço de heterogeneidades.

Os trabalhos analisados estão em consonância com os principais autores que discutem o conceito de medicalização e/ou o conceito de medicalização da Educação, trazendo contribuições para a compreensão sobre o modo como esse fenômeno incide na escola e se apresenta no cotidiano de professores, psicólogos escolares e demais profissionais que trabalham na Educação, além de profissionais que trabalham em serviços de saúde e deparam-se com essa problemática.

Salientamos a influência da Psicologia Histórico-Cultural nas discussões dos trabalhos, sobretudo, aqueles voltados para a temática da aprendizagem, demonstrando as influências dos conhecimentos sobre a importância da escola e do papel do professor para a aprendizagem das crianças. Esse campo do conhecimento, além de fortalecer a presença do professor no processo de aprendizagem, traz contribuições sobre a relação construída entre a criança e o conhecimento.

Observamos um movimento que indica a escassez de trabalhos da área médica que discutem o processo de Medicalização da Educação e a grande permeabilidade da escola aos discursos medicalizantes. O reduzido número de estudos sobre a medicalização da Educação revela a falta de discussões sobre a temática nesse campo de estudo, o que sugere que tal temática não tenha inserção nas discussões, ou apesar da inserção nas discussões, que seja considerada uma discussão menor, de pouca importância para ser pesquisada.

A permeabilidade da escola aos discursos medicalizantes é grande, contudo observamos a partir dos trabalhos analisados, a abertura a discursos e saberes que colocam a escola e suas práticas em questão, garantindo, assim, um espaço de análise para o pensar e o fazer pedagógico e as especificidades que envolvem o cotidiano escolar, as lutas e resistências travadas para pensar os percalços na aprendizagem de crianças sem tratá-los com problemas de saúde ou problemas de ordem emocional.

Salientamos, ainda, que não encontramos estudos e questionamentos sobre o a medicalização do processo de escolarização de crianças com diferenças funcionais ou crianças com sofrimento psíquico e temas referentes à Educação Especial e à Saúde Mental. O foco das discussões dos trabalhos analisados são os diagnósticos de TDAH e dislexia, demonstrando a necessidade de ampliações das discussões, buscando favorecer a oferta de Educação não medicalizada a todos os estudantes.

O lugar de criança que não apresenta uma performance esperada pela escola pode sofrer transformações decorrentes de metodologias pedagógicas que subvertem a lógica medicalizante e trazem novas possibilidades de ação educativa, baseadas na organização dos conhecimentos em rede, desconstruindo hierarquias e fragmentações do processo de produção do conhecimento, compreendendo a existência de modos de aprender singulares, ou seja, a possibilidade de utilizar práticas alternativas, criadas e recriadas na própria escola, para que todos possam aprender (OLIVEIRA, 2013).

Ainda na perspectiva das redes de conhecimento, Alves (2013) ressalta as resistências travadas por professores em torno de processos medicalizantes: resistências criadas no cotidiano. A proposta da autora é de uma escola que não se preocupa com a neutralidade e permite variadas possibilidades de conhecimentos. As práticas de professores que impulsionam novos modos de aprender e de ensinar, ao resistirem às práticas dominantes, abrem espaço para o trabalho com as demandas do cotidiano, traduzidas em frutíferas possibilidades de aprender.

As discussões sobre o processo de medicalização implicam também nas falas que circulam no espaço escolar,

[...] há discursos que capturam as relações pedagógicas, em especial no que se refere ao encontro entre docentes e estudantes, impedem o encontro entre as pessoas que participam do processo, distanciados pelo sistema de normalização, com sua tecnologia de poder (ESTEBAN, 2013, p. 170-171).

As rugosidades dos discursos sobre percalços no processo de escolarização são contempladas pelos questionamentos daqueles que vivenciam o sofrimento e a despotencialização dos sujeitos tanto na escola quanto nos serviços de saúde e revelam a existência de práticas prescritivas e ao mesmo tempo libertárias em ambos espaços. Os movimentos não são lineares, tampouco circulares,

eles se entrecruzam, se distanciam, se sobrepõem, formando um complexo campo de disputa entre distintas concepções teóricas e práticas sobre o sujeito, a saúde e a educação.

Diante da amplitude de questões que perpassam o espaço escolar, torna-se necessária a realização de estudos a partir da perspectiva da Educação, buscando assim apresentar outras lógicas para a compreensão do fenômeno.

## Referências

ALVES, Nilda. Quem tem medo de Virgínia Woolf? Sobre o domínio de linguagens e artefatos na contemporaneidade. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

ARANTES, Ricardo Lugon; FREITAS, Cláudia Rodrigues. Olhando para o cérebro dos aprendentes: reflexões para um desencantamento imagético na educação. **Culturas Psi**, v. 6, p. 12-27, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/142467>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Cláudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos modos de ser e de aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623642057>. Acesso em: 15 mar. 2019.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. O profissional de saúde e o fracasso escolar: Compassos e descompassos. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (org.). **Educação Especial em Debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes, conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

ESTEBAN, Maria Teresa. Muitos começos para muitas histórias. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso;

RIBEIRO, Mônica Cintrão França. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

GUARIDO, Renata. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes, conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização do invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

OLIVEIRA, Inês Barbosa. Conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Intermeios, 2015.

SIGNOR, Rita de Cássia Fernandes; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educação e Pesquisa**, v. 43, n. 3, p. 743-763, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-9702201610146773>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SILVA, Márcia Regina; HAYASHI, Carlos Roberto Massao; HAYASHI, Maria Cristina Piumbato Innicentini. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 2, n. 1, p. 110-129, 9 jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SOUZA, Marilene Proença Rebello. As contribuições dos estudos etnográficos na compreensão do fracasso escolar no Brasil. *In*: MACHADO, Adriana Machado; SOUZA, Marilene Proença Rebello. **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

# **ENFRENTAMENTO À MEDICALIZAÇÃO E À FARMACOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO**

# 2

**A medicalização do não-aprender-na-escola  
e a invenção da infância anormal**

Maria Aparecida Affonso Moysés  
Cecília Azevedo Lima Collares

**(Des)medicalização da educação: deslocamentos  
a partir da potência da ação pedagógica**

Clarissa Haas

**Processos de medicalização de bebês e de crianças bem  
pequenas: pistas e reflexões sob a ótica da educação**

Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila  
Sheyla Werner  
Cláudia Rodrigues de Freitas

**Estudantes com autismo e a universidade: conversações**

Daniele Noal-Gai

**Pandemia e medicalização: uma narrativa do  
cotidiano com escolas**

Danielle Marques  
Micaela Koch Schmitt  
Dorisnei Jornada da Rosa  
Ricardo Burg Ceccim

**Armadilhas da escrita acadêmica na discussão  
dos processos de medicalização**

Adriana Marcondes Machado  
Paula Fontana Fonseca

## **A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal<sup>1</sup>**

Maria Aparecida Affonso Moysés;  
Cecília Azevedo Lima Collares

Será necessário que a medicina tome como seu objeto todas as esferas possíveis da vida humana, regendo-as e normatizando-as, para que a aprendizagem seja incluída, legitimamente, pelos campos de saber e de atuação dos médicos. Atribuindo a si própria não mais o estudo das doenças, mas o estudo e a definição da normalidade, a medicina se atribui todo o universo de relações do homem com a natureza e com os outros homens, isto é, a vida. Legislando sobre hábitos de alimentação, vestuário, habitação, higiene, aplica a esses campos a mesma abordagem empregada frente às doenças. Adotando um discurso genérico, aplicável a todas as pessoas, porque neutro, apoia-se na invariância da determinação biológica do homem e na pretensa invariância das relações que ela própria, a medicina, estabelece com cada homem ou grupos de homens, em particular.

Com o consentimento da sociedade, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida, estão colocadas as condições históricas para a medicalização da sociedade, aí incluídos comportamento e aprendizagem. Embora o discurso médico aponte as condições insalubres de vida como causas de doenças e epidemias, também abole as condições de vida concretas de cada pessoa, sua inserção social e nos modos de produção. Abole, ainda, as particularidades de cada um; é preciso abolir as particularidades, o subjetivo, a imprecisão, para que o pensamento racional e objetivo se imponha. Não se esqueça que o discurso médico, nesse momento – aliás, o discurso científico, em qualquer momento – está afinado com as demandas dos grupos hegemônicos. Ao capitalismo que surgia, as desigualdades sociais constituíam tema a ser omitido dos fatores determinantes, transformados em determinados.

As transformações políticas e econômicas que ocorrem na fase inicial do capitalismo demandam transformações também nas formas de se organizar a vida das pessoas e, mais ainda, nas formas de pensar essa organização. É necessária uma nova conformação de sociedade e de família, antecedendo o advento do capitalismo para que a nova ordem política e social se estabeleça.

Essa nova concepção de família será estruturada por pregações moralistas, que enaltecerão a nova ordem. De grandes agregados familiares, com divisão, e conseqüente diluição de responsabilidades, evolui para a família que conhecemos. Entenda-se que, sem entrar no mérito de suas qualidades e defeitos, sem especular sobre como poderia ser, esta é a organização de família adequada e necessária à consolidação de uma nova ordem política e econômica. Nesse novo contexto, nessa nova família, constrói-se a concepção de infância. Até aí, também a criança não existia conforme a conhecemos hoje (ARIÈS, 1978; DONZELOT, 1980).

As transformações demandam ainda uma nova forma de ocupação do espaço físico, surgindo as cidades, com novos problemas, destacando-se, desde o início, as doenças, agora com propagação amplificada, porque facilitada pelas urbes e pelas trocas comerciais. A preocupação com as doenças interpõe-se à necessidade de construir o papel da criança, resultando no surgimento do movimento que viria a ser conhecido por puericultura. Atribuindo as doenças à ignorância da população, tem-se por objetivo básico ensinar ou, em suas próprias palavras, civilizar os novos bárbaros. E centra suas orientações sobre a figura da criança (BOLTANSKY, 1974).

Nessa maneira de pensar o processo saúde-doença, não há espaço para determinantes como políticas públicas, condições de vida, classe social. A ignorância seria a grande responsável pelas altas prevalências de doença. Daí, a solução só poderia ser pelo ensino. A medicina exercerá seu papel normatizador com grande eficiência, difundindo ideias que perduram até hoje, inclusive na formação de profissionais. Em que momento se fecha o raciocínio circular, tautológico (em que “para ter saúde é preciso ter conhecimentos” e “para aprender é preciso ser sadio” e seu reverso, “a causa da doença é a ignorância” e “a causa de não aprender é a doença”)? Impossível precisar, porém sem dúvida é modo de pensar a sociedade e seus problemas presentes já no início da puericultura.

Se a medicina, desde suas origens, cumpre o papel social de normatizar a vida de indivíduos e de grupos sociais, a partir da consolidação do capitalismo passa a fazê-lo em maior intensidade e com mais eficiência. Segundo Maria Cecília Donnangelo,



[...] a redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida (DONNÂNGELO, 1976, p. 47).

No século 19, a medicalização da sociedade expressava-se pela interferência direta e explícita do Estado na vida das pessoas, em todos seus aspectos. Foucault (1977) afirma a medicina moderna, que nasce no final do século 18, como medicina social, porque prática social, que tem por fundamento uma tecnologia do corpo social:

[...] O capitalismo, que se desenvolve em fins do século XVIII e começos do XIX, socializou um primeiro objeto, que foi o corpo, em função da força produtiva, da força laboral. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas se exerce no corpo, com o corpo. Para a sociedade capitalista, o importante era o biológico, o somático, o corporal, antes de tudo. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1977, p. 05, tradução nossa).

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos *problemas da vida* em doenças, em *distúrbios*. Aí, surgem, como exemplos atuais, os *distúrbios de comportamento*, os *distúrbios de aprendizagem*, a *doença do pânico* e os diversos e crescentes *transtornos*. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em problema biológico e individual. A medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais e humanas em biológicas. Aplicam-se à vida as concepções que embasam o determinismo biológico, tudo sendo reduzido ao *mundo da natureza*. A pessoa passa a ser vista apenas como corpo biológico. Não *o seu corpo*, mas *um corpo*, genérico e abstrato. A aprendizagem torna-se um dos elementos constitutivos desse corpo biológico, em pensamento reducionista, que pretende tomar o todo pelas partes. Se é parte de um corpo biológico, a aprendizagem será, também, olhada como algo biológico. Abstrata, genérica e biológica.

A aprendizagem, assim como a inteligência e o comportamento, é apreendida como objeto inato, abstrato. Abstraído e independente do próprio sujeito, que passa a ser, apenas, elemento de perturbação. Entidades abstratas,

às quais se têm acesso direto pela identidade absoluta, sem excessos e sem resíduos, entre significante e significado. Transformada em elemento de um corpo biológico – um corpo a ser silenciado para que a clínica possa debruçar seu olhar sobre ele, também a aprendizagem e, principalmente, a não-aprendizagem – será tomada, em processo de abstração, por objeto biológico a ser silenciado, para que o olhar clínico possa ser efetivado com toda sua racionalidade e objetividade (MOYSÉS; COLLARES, 1997).

Ao tomar para si todo o campo das relações humanas, a medicina os olhará, ora pelo lado da saúde, ora pelo lado da doença. Esse constante movimento de idas e vindas é uma das características da instituição medicina, a de poder se mover por um campo de amplitude infinita, dada exatamente pelo fato de definir seu objeto pelo par de opostos saúde-doença (GUILHON DE ALBUQUERQUE, 1978). Da proposição inicial, de normatizar, legislar e vigiar o cumprimento das normas preconizadas para garantia da saúde e da aprendizagem saudável, um rápido giro do olhar possibilitará a criação das *doenças da aprendizagem*, ou melhor, as *doenças do não-aprender*.

Apartir daí, desses movimentos de ajuste de foco do olhar clínico, as atividades de classificar pelo diagnóstico e de diagnosticar pela classificação prévia, questões que não se inscreviam no campo da medicina serão incorporadas ao ato médico, sem conflitos. *Aprendizagem, comportamento, inteligência* são apenas exemplos de questões que são incorporadas ao pensamento e atuação médicos. Junto a essas categorias, quase que com o objetivo de articulá-las, surgem as *aptidões*, a expressão mais inequívoca do ideário de determinismo genético das condições de vida e do acesso a bens materiais e não-materiais produzidos pela sociedade.

A crítica que Bisseret faz, ao discutir os pressupostos ideológicos dos significados históricos das aptidões, desconstruindo esse conceito, é extensível às demais categorias:

[...] Após a Revolução Francesa [...] a noção de aptidão serve progressivamente de suporte para justificar a manutenção das desigualdades sociais e das desigualdades escolares que as traduzem e perpetuam. Como a nova sociedade e as instituições escolares são colocadas como igualitárias, a causa das desigualdades só pode ser atribuída a um dado 'natural'. [...] A história da palavra 'aptidão', sua apropriação por um ramo da psicologia e a frequência crescente de sua utilização nos projetos de reforma do ensino e na linguagem corrente permitirão apreender como essa palavra se tornou o suporte e o veículo de uma ideologia nascida no século XIX e ainda agora eficiente (BISSERET, 1979, p. 31).

O comportamento será o primeiro, entre as categorias mencionadas, a ser tomado como objeto biológico. Sua precedência é perfeitamente previsível, pois em um tempo em que a escolarização é destinada exclusivamente às classes da elite, o *comportamento desviante* já constitui um problema a ser controlado. E a definição do comportamento desviante, ou anormal, será feita pela oposição ao *modelo de homem saudável*, ou *homem médio*, estatisticamente definido. A normalidade estatística, definida por frequências e um raciocínio probabilístico, não por acaso coincidente com a norma socialmente estabelecida, é transformada em critério de saúde e doença. Por meio dessa atuação normatizadora da vida, dessa concepção biologizada do viver, a medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel. O controle social dos questionamentos, até então exercido pela religião.

Até o advento da ciência moderna, a legitimação da segregação dos que incomodavam foi sustentada pela religião, responsável pela definição da maioria dos critérios que permitiam identificar os que deveriam ser excluídos do convívio social. Com o estabelecimento do estatuto de ciência das ciências biológicas e, mais especificamente, da medicina, os critérios religiosos passaram a ser substituídos por critérios oriundos da área médica. No início, foi no campo da psiquiatria, logo secundada pela neurologia, que surgiram os *diagnósticos*, que legitimavam e até mesmo prescreviam a segregação. Segundo Franco Basaglia, psiquiatra italiano que revolucionou as teorias e práticas da psiquiatria, não se distinguia, no início, doentes de criminosos, alienados de delinquentes:

[...] Os muros da prisão circunscreviam, continham e ocultavam o endemoniado, o louco, como expressão do mal involuntário e irresponsável, junto ao delinquente, expressão do mal intencional, voluntário. Alienação e delinquência representavam, assim, conjuntamente, a parte do homem que devia ser eliminada, circunscrita e ocultada até que a ciência não decretasse a clara separação entre ambas, através da individualização de suas características específicas (BASAGLIA, 1986, p. 74).

Não mais possuídos, mas loucos, epiléticos... Delinquentes no lugar de endemoniados... Assim se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído. Reduzindo a própria essência da historicidade do objeto – a diferença, o questionamento – a características inerentes ao sujeito-objeto, inatas, biológicas; a uma doença, enfim.

A partir desse momento, o processo de medicalização da sociedade, transformando questões sociais em biológicas, como reflexo da extensão da normatividade da medicina, tornar-se-á bastante frequente<sup>2</sup>. Contudo, voltemos ao início do processo de medicalização da aprendizagem. Na transição entre os séculos 19 e 20, já existem as condições históricas para que a medicina tome para si, por seu objeto, a aprendizagem. O olhar clínico pode agora se debruçar sobre o aprender e, principalmente, sobre o não-aprender. E o fará guiando o olhar pelo mesmo ideário usado desde seu início, bem discutido por Foucault (1980). Afirmando a existência das *doenças do não-aprender* (aliadas às *doenças do comportamento*), colocar-se-á como capacitada a resolvê-las, apregoando a necessidade de disseminação médica pelos ambientes escolares como garantia de aprendizagem adequada, ou, da *salvação*; ao mesmo tempo, acena, para o futuro, com a possibilidade de um tempo em que sua atuação, sua própria existência (da medicina) será dispensável, pois terá eliminado as doenças.

Essa extensão da normatividade médica ao campo da aprendizagem pode ser percebida em alguns movimentos, simultâneos e entrelaçados. Dirigindo-se ao ambiente escolar, preconiza a higiene escolar; Binet e Simon instrumentalizam o ideário psicométrico inaugurado por Galton; o determinismo biológico alicerça, pseudocientificamente, o racismo; o estudo do cérebro, de sua anatomia e funcionamento orgânico, firma-se como especialidade médica, a neurologia. Na encruzilhada de todos esses movimentos, a medicina preconiza a instituição de classes especiais para os alunos que, segundo ela, não irão aprender na escola quando nela conseguirem entrar.

Disseminada a forma de pensamento do movimento puericultor, que centra na ignorância das pessoas pobres a causa de praticamente todos os problemas por elas vivenciados, incluindo falta de qualidade de vida, doenças, ignorância, analfabetismo e até mesmo a própria pobreza, está estabelecido o campo para o surgimento de formas de pensamento correlatas. É nesse campo que surge a doutrina da Saúde Escolar, originalmente designada Higiene Escolar. Em obra modelar sobre a *polícia médica*, cuja publicação, em nove volumes, se estendeu de 1779 a 1821, Johann Peter Frank já tratava, com destaque, da medicina escolar. O autor discorria, sobre como deveria ser o atendimento ao escolar e a vigilância nas instituições educacionais, prevenção de acidentes, higiene mental, programas de atletismo, detalhando regras para iluminação, ventilação e insolação das salas de aula. Na última década do século 18, aprova-se o que, provavelmente, seja o decreto mais antigo acerca da saúde escolar (LIMA, 1985).

Em uma época, convenha-se, em que mesmo na Europa, o número de salas de aula é relativamente pequeno. Pelo menos, para as crianças das classes populares. Se a bandeira da revolução burguesa é a igualdade, o conceito de cidadão pressupondo direitos e não mais privilégios, a concepção de igualdade em educação é um tanto desigual. Afirma Filanguieri (1752 a 1788):

[...] A educação pública exige, para ser universal, que todos os indivíduos da sociedade participem dela, mas cada um de acordo com as circunstâncias e com seu destino... Em resumo, para ser universal, a educação pública deve ser tal que todas as classes, todas as ordens do Estado dela participem, mas não uma educação em que todas as classes tenham a mesma parte (FILANGUIERI *apud* PONCE, 1982, p. 137).

Sem dúvida, nessa época, a educação das classes populares era muito restrita. Conforme Lima (1985, p. 36), “durante um século a infância continuaria muito curta para as crianças dessas classes”. Tais crianças viriam a ser “empregadas nas fábricas e tecelagens já a partir dos cinco anos ou até menos, cumprindo turnos de 12 a 16 horas e se submetendo a períodos de trabalho noturno, o que sem dúvida deixava poucas possibilidades para a frequência à escola”.

No Brasil, repete-se a mesma história. O movimento puericultor constitui o primeiro sinal da extensão da normatividade médica que se avizinha, à semelhança dos países europeus, notadamente a França, onde se formavam os médicos brasileiros da época. De volta ao Brasil, traziam consigo a doutrina oriunda de civilizações que tentavam contornar os problemas decorrentes da urbanização e a aplicavam, sem retoques, a uma civilização ainda eminentemente rural. O combate às altas taxas de mortalidade infantil deveria ser feito pelo enfrentamento da ignorância das mães, sua causa primordial; pela educação, se poderia livrar o país da *mortalidade evitável*, aquela devida à falta de asseio e ao não seguimento das regras de boa alimentação. A puericultura tinha, ainda, por objetivos, “cercando as crianças de todas as garantias, conservar e aperfeiçoar a espécie” (NOVAES, 1979, p. 57). Essa recuperação, ainda que superficial do discurso puericultor, tem por objetivo revelar seu caráter fundante da higiene escolar e, portanto, dos discursos médicos sobre a *doença do não-aprender*.

Em 1889, é promulgado um decreto, pelo Barão do Lavradio, que regulamentava, com detalhe, a inspetoria das escolas. Aí, a escola já aparecia como uma instituição importante, merecendo tratamento

diferenciado (LIMA, 1985). Na primeira década do século 20, a higiene escolar é institucionalizada em alguns estados brasileiros, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro. Surge alertando para a condição precária de saúde do povo brasileiro, em claro discurso eugenista:

[...] a falta de desenvolvimento do sistema muscular, a queda precoce dos dentes e dos cabelos, a frequência das deformidades, da surdo-mudez, da cegueira, da loucura etc. – são sinais evidentes da degradação física, que vai amesquinhando este povo e já tem afetado, sem dúvida, sua virilidade civil e política (SOUZA, 1907 *apud* LIMA, 1985, p. 99).

E afirmando sua competência para opinar sobre questões pedagógicas:

[...] Por mais que à pedagogia possa parecer estranha a intervenção da higiene neste assunto, não se pode contestar a sua influência sobre os métodos de ensino porquanto estes atuam em alto grau sobre o desenvolvimento físico e a saúde intelectual da criança. De fato, as faculdades intelectuais e físicas da criança só podem ser harmonicamente desenvolvidas se o educador basear o seu método de ensino nas leis que regem o crescimento, procurando concorrentemente desenvolver todas elas, com especialidade os sentidos, a vontade e a sensibilidade (MELLO, 1902 *apud* LIMA, 1985, p. 102).

Refletindo o fato de que, no Brasil, o discurso e a prática médica estavam sintonizados com o referencial europeu contemporâneo, já em 1918, no Hospital Nacional, no Rio de Janeiro, um pediatra aplicava as provas do teste de inteligência Binet-Simon, publicado em 1905 (PATTO, 1990). A higiene escolar normatiza e legisla sobre padrões de construção dos prédios escolares, até mesmo sobre dimensão de corredores e altura de degraus; sobre os móveis escolares e sua distribuição espacial; sobre o currículo e horas de trabalho e de recreio. Prescreve recreios frequentes e ginástica recreativa e restauradora.

É importante destacar que toda essa normatização é praticamente anterior à instalação de escolas. Embora exista um interesse real em aumentar o número de vagas em escolas, por parte do governo e de empresários, a medicina, através da higiene escolar, já estende seu campo de atuação às escolas, colocando-se como a área competente para prevenir e tratar os problemas escolares antes mesmo que surjam. Quase que se poderia falar, antes mesmo que haja escola. Normatiza também o comportamento adequado, enfatizando que o aluno deve aprender regras à mesa, adquirir hábitos de higiene, fazer exercícios físicos adequados etc.; enfim, rompa com a ignorância dos pais, responsáveis pela falta desses hábitos:

[...] Fica flagrante o distanciamento e o olvidamento das condições reais que esses mesmos filhos de operários, que se queria higienizar, enfrentavam em seu dia a dia, vivendo em cortiços de ruas lamacentas, não servidas de água, esgotos ou fossas, dormindo em cômodos apertados e superlotados ou se estafando em jornadas de até doze horas de trabalho diário que não permitiam tempo de sobra para a escola ou para a higiene ou sabe-se lá se para as necessidades fisiológicas. [...] O trabalho das crianças nas fábricas de tecidos [...] tratava-se de esgueirar-se pelos apertados espaços entre os teares para recuperar fios ou retirar bolas de algodão, em posições desajeitadas e incômodas, e os médicos escolares dedicaram páginas e páginas aos inconvenientes dos vícios de postura, da adequação do mobiliário escolar à anatomia infantil, para prevenir os distúrbios de coluna (LIMA, 1985, p. 104).

O discurso higienista, inclusive escolar, mostrava-se impregnado pelas ideias do eugenismo e do racismo. Após Darwin, Spencer e Comte, o racismo é cientificizado, maquiado por teorias genéticas e sociológicas, aparentadas ao reducionismo biológico e ao darwinismo social. No campo médico brasileiro, essas teorias terão a adesão de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia, que ficou “[...] fortemente aderido aos componentes biológicos das teorias racistas, mesmo quando se dedicou ao estudo das produções culturais dos negros escrav[izad]os brasileiros” (PATTO, 1990, p. 68).

Nina Rodrigues dedicara boa parte de sua vida à tese da inferioridade do negro, atribuindo-lhe, como característica dominante, a *mentalidade infantil*. Afinado ao darwinismo social, mesmo após a abolição, apregoava que não cabia ao negro destino diferente. Como professor de medicina, influenciaria várias gerações de médicos brasileiros, formados e impregnados por suas ideias racistas. Fornecerá a fundamentação cientificista da medicina à ideologia racista e, portanto, às concepções negativas acerca do caráter do povo brasileiro. A aprendizagem e a escola serão apreendidas por um olhar clínico fundado no pensamento de Nina Rodrigues.

Além dos médicos, vários intelectuais de renome, sentirão sua influência, entre os quais, Euclides da Cunha, Oliveira Vianna, Paulo Prado e Arthur Ramos; este último exercerá grande influência no pensamento educacional brasileiro, constituindo o elo mais visível entre as teorias racistas e a educação. Por outro lado, é nesse momento, também, que a neurologia começa a reivindicar para si, como objetos de estudo e campo de trabalho, a aprendizagem e o comportamento. Em 1896, na Inglaterra, inicia-se a longa trajetória dessa apropriação, com Hinshelwood especulando sobre a existência de uma doença, inata ao organismo, que impediria a criança de aprender: a *cegueira verbal congênita*. Em 1918, Strauss, neurologista americano, propõe a *lesão cerebral mínima*, como explicativa dos comportamentos desviantes e da não-aprendizagem na escola<sup>3</sup>.

Se já havia ocorrido a substituição de possuídos e endemoniados por loucos e criminosos, está emergindo a época dos *inaptos* e dos *cérebros disfuncionais*. Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não-aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas. Cria as entidades nosológicas das *doenças do não-aprender-na-escola* e para elas propõe solução. Antecipando-se, prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções.

A medicalização, de acordo com Maria Cecília Donnângelo, ocorre pela extensão da normatividade da medicina, indissolivelmente vinculada à extensão da prática médica. “Ambos os aspectos se manifestam quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas *ações coletivas* em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros” (DONNÂNGELO, 1976, p. 33). A prática médica, tal como é feita, traz em si mesma a medicalização. A extensão dos cuidados médicos é indissolivelmente ligada à extensão da normatividade médica. Esse é o grande desafio para os médicos que pretendem atuar segundo uma concepção crítica e desmedicalizante. E uma de suas consequências é a criação de demandas pelo próprio serviço de saúde. A demanda por serviços, mesmo que aparentemente espontânea, é conformada pelo serviço, que define, *a priori*, seus critérios de inclusão/exclusão, enfim, suas prioridades. Posteriormente, a população se enquadra nesses critérios (SINGER, 1988).

Como se articulam todos esses movimentos, simultâneos, em um único discurso? O discurso médico irá apregoar a existência de crianças incapazes de aprender, a menos que submetidas a uma intervenção especial. Uma intervenção médica. Muitos autores consideram que os altos índices de fracasso surgem no Brasil com a expansão da rede educacional e o consequente acesso de crianças oriundas da classe trabalhadora. Na mesma linha, tende-se a atribuir à medicalização da aprendizagem as mesmas causas. Nessa concepção, tudo se passa como se a escola, atordoada e impotente com o fracasso escolar das crianças das classes populares, desencadeado com a democratização da escola, tivesse recorrido a especialistas que a socorressem. A criação de classes especiais, ou de aperfeiçoamento, seria, assim, consequência da entrada maciça de um segmento social que jamais havia frequentado a escola. Entretanto, a análise histórica das áreas da educação e da saúde desvela o contrário. No Brasil, repete-se, mais uma vez, a história originalmente acontecida na França, na transição para o século 20, estudada por Monique Vial (1983) e por Francine Muel (1991).



Embora, na França, o ensino fosse formalmente obrigatório, a partir da promulgação da lei em 28/3/1882, a escola, por muito tempo ainda, teria que lutar pela frequência às aulas, principalmente das crianças das classes populares. Nesse contexto, os especialistas ofereceram – muitas vezes, impuseram – ajuda à escola, iniciando a testagem de alunos, a preconização de exclusão da sala regular, ou mesmo da escola, com encaminhamento às classes especiais (VIAL, 1983). O olhar clínico estava, então, instrumentalizado pelo teste de Binet-Simon, que se propunha, exatamente, a identificar as crianças que não se beneficiariam da escola regular e deveriam ser submetidas a exercícios de *ortopedia mental*.

Na verdade, esse movimento vincula-se apenas pela superfície à obrigatoriedade do ensino e a preocupações com a aprendizagem das crianças de classes populares. Sob essa aparência, desvelam-se outras motivações: o combate aos asilos e hospitais psiquiátricos, à internação de crianças nessas instituições, que, de modo muito semelhante ao que conhecemos em nossos tempos, cumpriam apenas a função de *depósitos de corpos quase-vivos*. Na luta contra essa forma de institucionalização, extremamente frequente e sem critérios, os *especialistas* propunham *hospitais-escola* – que aliarão a educação ao tratamento – e as *classes especiais*, para as crianças atrasadas, defasadas, ou com debilidade mental leve, desde que não apresentassem perversão de instintos. Ao hospital tradicional e ao asilo, seriam encaminhadas somente as crianças que realmente necessitassem da internação. As propostas de classes especiais filiam-se às reivindicações alienistas e tinham, por objetivo, não a escolaridade e a aprendizagem, mas forçar o estado a assumir seus deveres, cuidando dos *deserdados da vida* e *velando pela sorte dos anormais* (VIAL, 1983).

O *movimento em favor da infância anormal*, como o denomina Muel (1991), decorre de múltiplas demandas, que se manifestam a partir de 1890, por meio de congressos, associações beneficentes e internatos, discursos e intervenções de médicos e professores. É oficializado em 1904, na França, com a criação, pelo Ministério de Instrução Pública, de comissão com objetivo de definir medidas que garantam instrução primária, não apenas a cegos e surdos-mudos, mas a todas as crianças anormais e retardadas. Em 15 de abril de 1909, promulga-se a lei que cria as *classes* e os *internatos de aperfeiçoamento*, destinados a essas crianças. Entretanto, sob esse movimento, declaradamente inspirado por razões humanitárias, desvelam-se motivações não tão solidárias aos *deserdados da vida*.

Dois fenômenos, simultâneos e, até certo ponto, independentes ajudam a entender o ideário fundante desse movimento, que representará a constituição de um novo campo científico, o *campo médico-pedagógico*. O primeiro fenômeno constitui a Comuna de Paris, ou melhor, o ideário francês imediatamente após a Comuna.

Nesse período, a sociedade francesa, atemorizada pela possibilidade de outros movimentos semelhantes, caracteriza-se pelo desdobramento de instituições no campo da educação social; aí, a instrução primária, gratuita, obrigatória e laica será um dos alicerces. Essas instituições voltar-se-ão, em discursos e práticas, à ordem social e ao controle da desordem do lar e do local de trabalho; das vestimentas, da rua e dos costumes; do corpo e de seus movimentos (MUEL, 1991).

Nesse contexto, surge o ideário de salvar a infância (pobre) dos perigos, por ações filantrópicas, individuais ou institucionais, para preservar a própria sociedade, isto é, as classes privilegiadas. O movimento em defesa da *infância anormal* vincula-se a outro movimento, mais amplo, voltado à *infância em perigo*, que se caracteriza por várias ações: a da higiene contra o leite contaminado; a da moral contra a rua contaminante; a do patronato contra a debilidade dos pais e contra a delinquência. Posta a ideia de salvar a criança pobre dos perigos que a cercam, para evitar cataclismos futuros, começa o embate para definir as competências.

A partir de 1894, realizam-se congressos nacionais de assistência pública e de beneficência privada, onde se debate o direito – e o poder – da Igreja e do Estado sobre a caridade. Nesses congressos, percebe-se substituição da caridade pela filantropia e o surgimento do conceito de *previsão social*, em nome do qual se pretende fabricar indivíduos cujo comportamento seja *previsível*. O enquadramento da infância será feito por um conjunto institucional, formado pela escola primária, pela medicina e pelo judiciário, em uma luta aberta contra os pais (trabalhadores) e contra a rua (crianças abandonadas).

Entre os médicos, advogados, filantropos e educadores que engrossam as fileiras desses congressos e das instituições filantrópicas, voltadas à *elevação moral de meninos e meninas pobres*, surgirão os especialistas do campo médico-pedagógico, ainda em formação. Muel (1991) identifica como um dos maiores símbolos dessa afinidade entre instituições e do surgimento de um novo campo, a criação, em 1925, da Clínica de Neuropsiquiatria Infantil, sob a dupla égide do Patronato da Infância e da Adolescência e da Faculdade de Medicina de Paris.

O campo médico-pedagógico cientificiza a previsão social, transformando-a em *previsão médico-pedagógica*. Nesse período da história francesa, a luta de classes manifesta-se abertamente e a ideologia científica ainda não tenta – ou não consegue – ocultar as funções sociais das instituições. Tudo se passa de uma forma que não se distingue muito dos dias atuais. “Tudo acontece como se os eruditos, ao mesmo tempo em que se formam mercados novos e bem defendidos, definissem, para o cidadão, o reino ideal da paz social” (MUEL, 1991, p. 124, tradução nossa).

Os especialistas da infância anormal serão, com frequência, também os divulgadores e defensores dos patronatos; também as crianças serão, com frequência, as mesmas, na escala social; *endireitamento moral, ortopedia mental, crianças anormais* serão apenas variações de nomeação de um mesmo dado: será sempre entre os pobres, entre os mais pobres dos pobres que se abriga e se esconde o perigo social futuro. Serão eles que, desde então, não cessarão de entrar na escola primária e dela sair com o rótulo de *anormais*.

A afinidade com a ideologia dominante, a adesão aos interesses das classes no poder, revela-se em todo o discurso médico acerca das crianças que *irão* apresentar inadequação à escola, para quem se preconiza a *classe especial*, a classe onde se faria a *ortopedia mental*. Binet e Simon, psicólogo e médico, assim falam, em 1907, em seu manual sobre a admissão de crianças anormais nas classes de aperfeiçoamento:

[...] Este dever é ademais exigido por nosso maior interesse já que, se em um determinado prazo de tempo, não se der satisfação ao que têm de legítimo as reivindicações dos nove décimos da sociedade [...], se pode prever uma revolução violenta na qual os que possuem não terão muito a ganhar e que transtornaria, de baixo para cima, a organização atual da sociedade (BINET; SIMON *apud* MUEL, 1991, p. 130, tradução pessoal).

É esse futuro perigo social que o campo médico-pedagógico, recém-criado, fiel às suas raízes clínicas, promete controlar. Mais uma vez, a clínica se apresenta como a promessa de salvação para os problemas que afligem a sociedade. O outro fenômeno que ajuda a entender o surgimento do movimento em favor da infância anormal e a criação do campo médico-pedagógico refere-se a questões bem mais prosaicas ou, talvez seja mais adequado dizer, menos humanitárias.

Em 1898, Berenger publica um grito de alerta na *Revue des revues*, sobre a ascensão social do que chama *proletariado intelectual*: o número de portadores de títulos universitários havia se multiplicado rapidamente na França, passando de 4.000 a 8.800 os estudantes de direito, de 1.200 a 8.500 os de medicina e de 200 a 3.500 os de letras. Entre os 2.500 médicos parisienses, a metade ganha menos de 8.000 francos de salário, sendo considerados, pelo autor, proletários; dos 150.000 professores, dois terços vivem em situação próxima à miséria e existem 15.000 solicitações para as 150 vagas no judiciário. “São homens nascidos pobres [...] que pedem

para entrar nos quadros sociais com o benefício de seus diplomas, não são boêmios, nem refratários, mas sim, pelo contrário, submissos, aspirantes a burgueses e que terminam por ser candidatos à fome.” (BERENGER *apud* MUEL, 1991, p. 129, tradução nossa).

As denominações são mudadas, como já vimos, sem diferenças conceituais entre a *ortopedia mental* e o *endireitamento moral*; cria-se um aparato judiciário e penitenciário para cuidar da criança em perigo, ou delinquente; afirma-se, cada vez mais, a autonomia da infância, separando-a do mundo adulto... Justifica-se, enfim, a criação de um corpo de especialistas que, por sua vez, deverão inventar um sistema classificatório e um corpo científico, e que passarão a exercer suas funções no entorno da escola. Cria-se, assim, um *mercado da infância*, na convergência dos interesses dos grupos sociais em ascensão – os profissionais universitários proletarizados – e de uma sociedade temerosa.

Defendendo a criação de classes especiais ou de aperfeiçoamento e, principalmente, dos patronatos de aperfeiçoamento, cria-se uma nova nosografia, distinguindo-se os *anormais* médicos dos *anormais pedagógicos*. Porém, nem tudo é tranquilo entre as diferentes categorias profissionais. Desde o início, surgem as disputas por áreas de competência e de atuação, confundindo-se discursos corporativistas e discursos pseudocientíficos.

Binet e Simon<sup>4</sup>, por exemplo, criticam essa distinção entre anormais: “Seria preferível evitar o equívoco do termo médico e dizer, simplesmente, *anormais de hospício* e *anormais de escola*, para mostrar claramente a diferença de seus destinos” (BINET; SIMON *apud* MUEL, 1991, p. 132, tradução nossa). O discurso médico-pedagógico reforça a crença no caráter natural das aptidões e, principalmente, das inaptidões. Nesse momento inicial, ainda de instituição do novo campo e do corpo científico que o sustentará, o discurso científico ainda não adquiriu a opacidade que lhe será peculiar, no ocultamento da pertença de classe e das relações de produção.

Clínicos tentam, de todos os modos, diferenciar suas competências das dos psiquiatras e, por outro lado, afirmar a necessidade de sua atuação para o trabalho adequado do educador. Os professores da escola pública, os mesmos que afirmam a impossibilidade de ensinarem as *crianças anormais*, conseguem ser nomeados para as classes especiais, que tanto defendem. Quem define a linha fronteira que separa a *criança anormal* e o aluno perturbador? Como distinguir os *anormais de escola* e os *anormais de hospício*? “Os futuros

psicólogos se converterão nos especialistas do traçado desta fronteira” (MUEL, 1991, p. 133, tradução nossa).

Em síntese, o *anormal de escola* não pode estar demasiadamente louco, porém deve estar suficientemente louco para que possa ser detectado por ações médicas, destinadas a encontrar a doença oculta. Alguns já os chamam de *subnormais*. Até então, a nosografia médica dedicara-se apenas aos *anormais de hospício*, com as categorias de transtornos profundos, *idiotas* e *imbecis*. O discurso médico-pedagógico acrescenta os transtornos menos profundos, os *retardados* e os *instáveis*.

Publicações do início do século 20 empregam duas categorias para se referir a crianças com problemas na escola: aos considerados inaptos para acompanhar o nível de instrução adequado à sua idade, reservavam-se os termos *atrasados*, *defasados* ou *débeis mentais* leves, revelando a influência dos testes psicométricos; os considerados incapazes de se submeter à disciplina escolar, por *debilidade de suas capacidades morais*, denominavam-se, inicialmente, *instáveis*, vindo posteriormente a integrar a categoria ampliada de *crianças difíceis* (VIAL, 1983).

Entretanto, é preciso ressaltar que, desde essa época, existem vozes discordantes internas à própria medicina. Alguns médicos criticam as novas nosografias, que pretendem classificações e distinções tão facilmente perceptíveis. Procurando na criança, em características suas, a origem do não-aprender-na-escola, a medicina, já acompanhada pela psicologia, falará de *debilidade intelectual*, *fraqueza moral*. Falará em *anormais da escola primária*, ou *atrasados*, que se distinguem dos *enfermos psicológicos* e dos *débeis profundos* ou *alienados*.

Desde o início, havia a preocupação com as condições de vida, na tentativa de relacionar a *anormalidade* da criança com sua inserção social, porém, tudo que se buscava era encontrar as causas do comportamento considerado inadequado, em um meio visto, *a priori*, como pernicioso, imoral, onde só se poderiam desenvolver *crianças anormais*. Já nessa época, a medicina fala da fome, descreve essa situação das pessoas mais pobres entre os pobres, de sua precária condição de vida. Em 1903, um médico, Dr. Jacquin, falara em um congresso realizado em Bordeaux, sobre um fato que considera importante para o entendimento *dos anormais psíquicos de escola*: a alimentação insuficiente de suas famílias (MUEL, 1991).

Meio século depois, médicos de renome internacional, como Cravioto, Monckeberg, Dobbing entre muitos outros, iniciarão um novo campo de estudo: a interferência da desnutrição sobre o cérebro. Seus trabalhos serão incorporados de modo deturpado, tanto pelo senso comum, como pelos futuros médicos, que se formarão sem ler o que foi escrito por esses autores, mas afirmarão, em seu nome, o que nunca disseram: que as crianças não aprendem na escola por causa da desnutrição<sup>5</sup>.

Assim como os resultados da aplicação do teste de Binet e Simon, as classificações dos especialistas do campo médico-pedagógico coincidirão com as da escola. Aos *retardados*, embora continuem frequentando as classes especiais, não mais será possibilitado o acesso à instrução; com apenas meia hora de aula diária, a eles será reservada a aprendizagem profissionalizante, lições de economia doméstica e de comportamento. “A partir de agora, os futuros trabalhadores poderão viver na cidade sem perigo” (MUEL, 1991, p. 142, tradução nossa).

Em menos de quinze anos, a escola deixa de ser para todos, criando dejetos a serem expelidos para as classes especiais, tornados constituintes da elaboração de um novo aparato: o campo médico-pedagógico. Desvela-se, assim, que, de início, a aprendizagem constitui objeto secundário para a medicina, sendo seu objetivo imediato o combate à institucionalização, em asilos e hospitais psiquiátricos; esse objetivo, por sua vez, vincula-se a outros, de ordem política e econômica, que passam ao largo da aprendizagem. A essa institucionalização *desumana* e onde as práticas lembram os *tempos da barbárie*, a medicina propõe uma nova forma de institucionalização, mais sutil, as *classes especiais*, ou de *aperfeiçoamento*. Nesse movimento, por um relance, por um fugaz e caprichoso desvio, o olhar clínico descobre a aprendizagem e a toma por objeto.

No Brasil, a história se repete quase simultaneamente ao que ocorre na França, berço formador de nossos intelectuais no início do século. A medicalização da aprendizagem (e da não-aprendizagem) não decorre da ampliação do número de vagas nas escolas e consequente acesso de crianças oriundas das classes trabalhadoras, com aumento das taxas de retenção e evasão, tampouco do surgimento de um problema educacional. Ao contrário, a medicina alerta, *a priori*, que as crianças das classes trabalhadoras são debilitadas, malnutridas, doentes e, portanto, *irão* apresentar problemas na escolarização, a menos que haja uma atuação médica:

[...] A proporção de crianças inaptas para a vida escolar não é muito reduzida, e elas se recrutam principalmente nas classes proletárias, onde as condições de alimentação, de domicílio, de agasalho e asseio tanto deixam a desejar. (FERREIRA, 1909 *apud* LIMA, 1985, p. 103).

Pretende-se que atuação do médico seria fundamental para melhorar o ensino, “indicando as condições da escolaridade mais adaptáveis ao grau de sua débil capacidade física ou mesmo mental” (FERREIRA, 1909 *apud* LIMA, 1985, p. 103). Dóris Freire Costa (1993) recuperou, nos documentos oficiais de Minas Gerais, como se processou a criação do ensino especial, já nas primeiras décadas do século 20. Em 1927, é promulgado o Decreto-Lei n.º 7970A, destinado a regulamentar o ensino primário no estado; nele, está contida a Parte XI, intitulada *Das Classes Especiais para débeis orgânicos e retardados pedagógicos*. O artigo 377 define no primeiro parágrafo os retardados pedagógicos:

Crianças de menos de 12 anos, que tenham sido reprovadas três vezes consecutivas numa mesma série, e as crianças de menos de 12 anos, que se revelaram fisicamente inaptas ou marcadamente defectivas, por defeitos de percepção, debilidade de atenção, instabilidade mental e emocional e outros índices de incapacidade de esforço mental (COSTA, 1993, p. 31).

No mesmo artigo 377, o segundo parágrafo recomenda que a identificação das crianças a serem encaminhadas para o ensino especial seja feita por meio de testes de inteligência e não apenas pelo critério de reprovações consecutivas, com intuito de “[...] determinar o quociente de inteligência, depois de que serão os alunos submetidos a exame médico minucioso para verificação da existência de defeitos orgânicos removíveis por meios terapêuticos” (COSTA, 1993, p. 31). A partir de então, só se expandiram as categorias incluídas no rol de problemas a serem encaminhados às classes especiais, com o conseqüente aumento do número dessas classes, ainda dentro do ensino regular.

Na década de trinta, surgem as escolas especiais. É nessa época que chega ao Brasil, mais precisamente a Belo Horizonte, Helena Antipoff, russa de nascimento, europeia de formação. Psicóloga e educadora, faz sua formação no circuito Paris-Genebra, trabalhando com Theodore Simon (um dos criadores do teste Binet-Simon). Muda-se para o Brasil em 1929 a convite do governo mineiro, tendo por incumbência implantar a Escola de Aperfeiçoamento – considerada por muitos como a primeira Faculdade de Educação brasileira –, o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental

e o Museu da Criança. Com o seu dinamismo, contribui para a difusão do ideário da psicologia diferencial e da psicometria; preconiza o uso de testes para a formação de classes homogêneas no ensino regular, para a seleção de crianças retardadas e anormais, que deveriam ser encaminhadas às classes especiais e para o conhecimento das aptidões.

Para ela, a pedagogia deveria submeter-se, hierarquicamente, aos conhecimentos da psicologia. Em pouco tempo, está presente em toda a rede educacional de Belo Horizonte, através de suas alunas da Escola de Aperfeiçoamento, que observam e aplicam testes nos alunos (CAMPOS, 1977). A partir daí, da testagem de crianças e da homogeneização das classes regulares, as classes especiais surgem como inevitáveis. Em 1932, Helena Antipoff funda a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, rapidamente transformada em Sociedade Pestalozzi do Brasil, sob o lema “Proteger a infância anormal é preservar a sociedade e a raça das influências nocivas da anormalidade mental” (ANTIPOFF *apud* CAMPOS, 1977, p. 99). Em 1935, refletindo suas concepções sobre normal/anormal, cria o Instituto Pestalozzi de Belo Horizonte, que abrigaria, como externato, crianças que não aprendiam nas escolas regulares.

Sem dúvida, Helena Antipoff só foi convidada pelo governo mineiro a se transferir para Belo Horizonte porque o *campo médico-pedagógico* já estava posto, na mente de educadores e médicos brasileiros. Também sem dúvida, ela reforçaria ainda mais esse campo, dando-lhe maior visibilidade na sociedade. Por uma conjunção especial de fatores, cuja análise escapa aos objetivos deste trabalho, Minas Gerais acabou tornando-se um polo de difusão desse ideário.

Nessa época, mais precisamente em 1939, Artur Ramos publica seu livro *A criança problema*, referência obrigatória para médicos e pedagogos nas décadas seguintes. Nele, relata sua experiência no Serviço de Higiene Mental da Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais, instalada em 1934, no Rio de Janeiro. Artur Ramos foi discípulo de Nina Rodrigues, porém afasta-se de suas concepções racistas, pela aproximação com a antropologia e a psicanálise, substituindo a concepção *de mentalidade primitiva* pelas de *inconsciente primitivo* e de *cultura primitiva*; associa a *cultura verdadeira* com a *cultura lógica* e as ditas *primitivas* com a *cultura ilógica*. Artur Ramos defendia a substituição do conceito de *criança anormal* pelo de *criança problema*, assim como a mudança dos estudos dos determinantes da personalidade, da hereditariedade para o meio.



Adepto da psicanálise, criticava os excessos da psicometria e do peso atribuído à inteligência no entendimento do comportamento e seus desvios. Contrapunha-se às concepções de hereditariedade no desenvolvimento humano, intelectual e emocional, que considerava levarem ao reforço de explicações racistas (PATTO, 1990).

A importância de Artur Ramos para o pensamento educacional e médico brasileiro não deve ser minimizada, sendo responsável por propostas de mudanças do olhar clínico. A substituição da concepção de *anormal* pela de *problema* representa um avanço inegável. Porém, dois pontos merecem ser destacados. Em primeiro lugar, essa nova concepção sobre a criança é construída pelo mesmo olhar clínico que criou a *criança anormal*; aconteceu, apenas, um giro desse olhar, significativo sem dúvida, porém apenas um giro. Não se trata de uma nova forma de olhar a criança, que continua abstraída e silente, com suas individualidades transformadas em perturbações ou acidentes. A essência da doença continua centrada em uma abstração, o *quadro*, de que nos fala Foucault (1980); a criança consistirá, ainda, na *abstração da abstração*. O segundo ponto refere-se ao fato de que não ocorre a substituição de uma concepção por outra; ao conceito de *criança anormal*, agrega-se o de *criança problema* e ambos passam a conviver, aparentemente de forma pacífica, sem conflitos, nos discursos médicos, psicológicos e pedagógicos sobre a criança.

A criação do Centro Psicopedagógico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, nos anos 1940, é exemplo modelar de como a medicina cria sua própria demanda. Foi a primeira clínica pública voltada ao atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem em Minas Gerais, criada por iniciativa médica, com o objetivo de prevenir problemas psiquiátricos futuros. Consta nos documentos de criação do Centro:

[...] Ao instalarmos uma clínica para atendimento gratuito às crianças com problemas de aprendizagem, demos um passo pioneiro na área de assistência psiquiátrica pública [...]. Sabíamos que o atendimento à criança, em todas as suas dificuldades, inclusive as escolares, era a mais perfeita e eficaz forma de prevenção de desajustes emocionais e, logicamente, de problemas psiquiátricos na vida adulta (COSTA, 1993, p. 33).

Não se pode esquecer que a democratização real do ensino brasileiro somente aconteceu nos anos 1960, além disto, fica evidente o caráter de *promessa de soluções* implícito no discurso médico, caráter que vimos frisando neste trabalho. A proposta tem por objetivo não a garantia de aprendizagem para

as crianças das camadas mais pobres, mas garantir um futuro saudável a toda comunidade, pela prevenção de doenças psiquiátricas, o que, em última análise, mais uma vez, justifica os gastos das camadas mais ricas, que nunca irão usar essa clínica.

Porém, a implantação da clínica não foi tarefa fácil, sendo necessário

[...] convocar várias vezes diretores das escolas públicas para falar-lhes dos objetivos da instituição, dos seus serviços, da necessidade de se encaminhar crianças, dos *problemas* que poderiam surgir em decorrência do *não-encaminhamento* etc. Foram, ainda, criadas equipes (constituídas de médicos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais) para irem às escolas a fim de explanar sobre o funcionamento da instituição, esclarecer a respeito dos critérios de encaminhamento etc. O que se deu, enfim, foi um verdadeiro recrutamento (COSTA, 1993, p. 34).

A atuação medicalizante da medicina consolida-se ao ser capaz de se infiltrar no pensamento cotidiano, ou, mais precisamente, no conjunto de juízos provisórios e preconceitos que regem a vida cotidiana (HELLER, 1989). A extensão (e a intensidade) em que esse processo ocorre pode ser apreendida pela incorporação do discurso médico, não importa se científico ou preconceituoso, pela população. A medicina constrói, assim, artificialmente, as *doenças do não-aprender-na-escola* e a conseqüente demanda por serviços de saúde especializados, ao se afirmar como instituição competente e responsável por sua resolução. A partir desse momento, a medicina se apropriará cada vez mais do objeto aprendizagem. Sem mudanças significativas, apenas estendendo seu campo normativo.

## Referências

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BASAGLIA, Franco. O homem no pelourinho. **Educação e Sociedade**, v. 25, p. 73-95, 1986.

BISSERET, Noëlle. A ideologia das aptidões naturais. *In*: DURAND, José Carlos. **Educação e hegemonia de classe**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BOLTANSKY, Luc. **Puericultura y moral de classe**. Barcelona: Laia, 1974.

CAMPOS, Maria Imaculada. **A educação especial em Minas Gerais: redescobrimo Helena Antipoff**. 1977. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Campinas, Campinas, 1977.

COSTA, Dóris Anita Freire. **Fracasso escolar: diferença ou deficiência**. Porto Alegre: Kuarup, 1983.

DONNÂNGELO, Maria Cecília Ferro. Saúde e sociedade. *In*: DONNÂNGELO, Maria Cecília Fero; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAUL, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. **Educación médica y salud**, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

GUILHON DE ALBUQUERQUE, José Augusto. **Metáforas da desordem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LIMA, Gerson Zanetta. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; LIMA, Gerson Zanetta. Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? **Revista da ANDE**, v. 5, p. 56-62, 1982.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos Cedes**, v. 28, p. 31-48, 1992.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, n. 8, p. 63-89, 1997.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Desnutrição, fracasso escolar e merenda. *In*: PATTO, Maria Helena Souza. **Psicologia escolar**. 3. ed. São Paulo: TA Queiroz, 1998. p. 133-146.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. 2. ed. Campinas: Mercado de Letras - Fapesp, 2008.

MUEL, Francine. La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal. *In*: VARELA, Julia; ALVAREZ-URÍA, Fernando. **Espacios de poder**. 2. ed. Madrid: La Piqueta-Endymion, 1991.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutihl. **Puericultura em questão**. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: TA Queiroz, 1990.

PONCE, Aníbal. **Educação e luta de classes**. São Paulo: Cortez - Autores Associados, 1982.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

VIAL, Monique. La création du perfectionnement en 1990 et les débilés des Psychologies – ou comment s'écrit l'Histoire. **Collection CRESAS**. Paris: CRESAS, 1983.

---

## Notas

1. Este texto foi apresentado originalmente à Sessão Especial “A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente”, dentro da 31ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), realizada em de 19 a 22 de outubro de 2008, em Caxambu/MG, com o tema “Constituição Brasileira, Direitos Humanos e Educação”. Devido ao formato dos Anais da Anped, o texto apresentado foi publicado com o nome da expositora, constando apenas em rodapé a coautoria. Na presente edição, as duas autoras agradecem à oportunidade de republicar em clara coautoria. Passados 14 anos, o tema não perdeu atualidade, em que pese pertencer à luta pela despatologização da educação por todo esse tempo. Esperamos que sua divulgação ajude a todos nós na construção de outros futuros e de outros mundos possíveis.

2. Nos momentos de tensões sociais, de movimentos reivindicatórios importantes, as respostas da sociedade passarão a ser no sentido de biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflitos. E nesse processo, haverá o respaldo de uma ciência positivista, cujos interesses coincidem com os de uma determinada classe social Assim, nos anos 1960, período de intensa agitação social em todo o mundo, as “pesquisas científicas” comprovaram: a) a natural superioridade intelectual do homem branco sobre o negro; b) uma diferença neurológica, também natural, explicaria as diferenças intelectuais e de papel social entre o homem e a mulher; c) os efeitos benéficos e necessários da psicocirurgia (lobotomia), preconizada como solução para os conflitos sociais nos guetos. No final do século 20, outro momento de tensionamentos, a biologização retorna com força, agora ancorada em uma genética mais reconhecida e divulgada, o que lhe empresta maior cientificidade (MOYSÉS, 2008).
3. Neste trabalho, não cabe aprofundar essa trajetória, toda a história de construção artificial de uma entidade nosológica, pois nosso objetivo é a maneira da medicina olhar a aprendizagem. Sem qualquer fundamentação, empírica ou teórica, indo mesmo contra todas as evidências em contrário constantemente colocadas pela realidade, constitui-se uma espiral viciada, em que, a partir de um olhar balizado por uma crença, deforma-se a realidade e a realidade deformada passa a ser apresentada como a comprovação empírica da crença. Ao longo de mais de um século, vêm sucedendo-se as explicações e os nomes, sempre sem comprovação; a cada crítica, transforma-se em uma nova entidade, com explicações fisiopatológicas mais sofisticadas, mais atraentes, omitindo-se a ausência de alicerces científicos. E a lesão cerebral mínima é substituída pela disfunção cerebral mínima, que dá lugar aos distúrbios por déficit de atenção, que cedem espaço aos transtornos por déficit de atenção e hiperatividade. A cegueira verbal congênita, por sua vez, é transformada em strephosymbolia, que vira dislexia específica de evolução. Esta história já foi objeto de estudo, sendo publicada, em 1992, no artigo A história não contada dos distúrbios de aprendizagem, de nossa autoria. O que é importante ressaltar é que, ao longo desses 112 anos, ocorreram apenas mudanças de nomes; a forma como a aprendizagem foi vista, transformada em doença do não-aprender pelo olhar clínico, mantém-se inalterada até nossos dias (MOYSÉS; COLLARES, 1992).
4. Em sua publicação *Les enfants anormaux: guide d'admission pour les classes de perfectionnement*, de 1907. Lembre-se que seu teste foi publicado dois anos antes.
5. A discussão das relações entre desnutrição, fome, sistema nervoso central, cognição e aprendizagem é periférica ao objetivo deste trabalho e, por isto, não será aqui desenvolvida, embora constituam objeto de estudo privilegiado em nossa trajetória acadêmica. Duas publicações sintetizam nossas pesquisas na área: *Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples?* (MOYSÉS; LIMA, 1982) e *Desnutrição, fracasso escolar e merenda* (MOYSÉS; COLLARES, 1998).

## **(Des)medicalização da educação: deslocamentos a partir da potência da ação pedagógica**

Clarissa Haas

A informação consta de diferenças que formam uma diferença

(BATESON, 1986, p. 107)

Gregory Bateson (1986, p. 107)<sup>1</sup> entende a informação como a notícia de uma diferença, ou seja, de uma mudança no estado de relacionamento entre as partes de um sistema, o que torna possível diferenciar um evento antes e um depois, um evento mais e um menos, um evento interno e um externo etc. Penso que podemos substituir a palavra informação por práticas pedagógicas e ler a assertiva da seguinte forma: as práticas pedagógicas constam de diferenças que formam uma diferença, ou seja, as práticas pedagógicas produzem diferença. Proponho o seguinte questionamento: como as práticas pedagógicas podem constituir-se como a diferença capaz de deslocar um sujeito da condição de patologização e fracasso escolar a de sujeito de aprendizagem?

Reconheço que a pergunta se torna muito ambiciosa, quanto mais longe se olha para a história da instituição escolar e na sua relação com a temática “currículo e Educação Especial”. Quando olho para trás, lembro-me que o modelo curricular que temos hoje, que fragmenta o conhecimento e o tempo em partes, remonta ao século XVII, desde a Didática Magna, de Jan Amos Comenius (1592-1670), e percebo que a produção de diferença em Educação é um processo lento e delineado por mudanças sutis. A produção do sujeito patológico como incapaz descreve todos os sujeitos que desviam da norma ou dos padrões de normalidade atestados como contrato de convivência social em um momento histórico. Neste estudo, dirijo meu olhar à patologização dos sujeitos que são público-alvo da Educação Especial, buscando construir um lugar de implicação e de engajamento da educação no apontamento de alternativas a partir da ação pedagógica.

Em estudos anteriores, nos quais me dedico à articulação entre currículo e Educação Especial (HAAS; BAPTISTA, 2016; HAAS, 2016, 2019, 2021a), identifico o olhar reducionista e simplificador às práticas pedagógicas direcionadas aos estudantes com deficiência. Observo que esse quadro decorre de muitos fatores, em âmbitos político, pedagógico e cultural, intimamente relacionados. Destaco, neste estudo, a dimensão cultural manifesta em uma racionalidade que interfere no reconhecimento do outro como legítimo outro, sendo aquela que delimita as possibilidades de acesso do estudante ao currículo escolar. Percebo que a restrição do acesso ao currículo escolar é tangenciada pela leitura patologizante dos sujeitos, ou seja, a aposta nas práticas pedagógicas e no aprender desses estudantes é afetada pela produção de diagnósticos que insistem em compreender a singularidade como desvio ou incapacidade dos sujeitos (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013; FREITAS, 2013; ANGELUCCI, 2015).

Em Haas (2019), analiso o currículo praticado no ensino de Matemática para estudantes dos anos finais do Ensino Fundamental em uma turma com a presença de estudantes com deficiência intelectual. A partir da pesquisa-intervenção realizada, observo que mesmo nas situações em que foi possível identificar a vinculação do estudante com deficiência intelectual como protagonista de sua aprendizagem, a professora justificou o sucesso da intervenção no fato dele estar medicado naqueles dias. Portanto, percebo que a lógica da racionalidade médica é prejudicial, inclusive para o docente que não reconhece a ação pedagógica como competente para promover a aprendizagem dos estudantes com deficiência.

Compreendo necessária a aproximação da pesquisa aos cotidianos escolares, com especial atenção ao público a partir dos anos finais do Ensino Fundamental, Ensino Médio e/ou articulado à Educação Profissional. Analiso que nessas etapas de ensino em que a organização curricular assume maior complexidade do ponto de vista da disciplinarização, fragmentação do conhecimento e do aprofundamento dos conceitos, os desafios para o acesso ao currículo na Educação Básica são aumentados (HAAS, 2021b). Soma-se a isso, o olhar estigmatizante àqueles cuja história escolar pregressa, anuncia o fracasso escolar juntamente à passagem do tempo de vida do sujeito (HAAS, 2016).

Proponho-me a abordar a medicalização da educação, tratando acerca do papel da ação pedagógica para a produção do deslocamento da condição de sujeito patológico à condição de sujeito de aprendizagem. Como sujeito patológico, trato aquele cuja humanidade é resumida a uma descrição fixa e limitadora, a partir da supremacia do diagnóstico clínico ou, na ausência desse último, por uma demarcação simplificadora que impõe ao sujeito a condição de fracasso escolar por seu não ajuste aos tempos escolares do currículo do modo esperado.

Nomeio como sujeito de aprendizagem aquele a quem a ação pedagógica incide a partir da crença da sua educabilidade, por meio de múltiplos dispositivos e estratégias identificadas na memória dos fundamentos da educação e no “momento pedagógico” (MEIRIEU, 2002, p. 56-57). Compreendo que a patologização do sujeito opera na lógica do individual, desresponsabilizando o contexto, ao passo que o espaço para que se manifeste o sujeito de aprendizagem é dependente de uma dinâmica contextual. Desse modo, o contexto de investigação é o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). A pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa “Memória pedagógica sobre os processos escolares inclusivos: documentar para comunicar e incluir” desenvolvida nesta instituição, sob minha coordenação<sup>2</sup>.

À luz de Certeau (2012), opero com os conceitos de lugar e espaço. O autor define lugar como uma configuração instantânea de posições e de estabilidade; e espaço como um lugar praticado, no qual ocorre uma confluência de operações que o orientam, temporalizam, circunstanciam, levando a agir como uma unidade complexa, cujos arranjos de convivência ora são contratuais, ora são conflituosos. Para forjar um espaço, Certeau nomeia a criação cotidiana e criativa de táticas e estratégias pelos sujeitos do cotidiano. Portanto, identifico as narrativas e a documentação pedagógica como princípios metodológicos orientadores da presente pesquisa e, também, como táticas ou estratégias no contexto investigado, a fim de sustentar a hipótese de que a construção de alternativas está para o contexto escolar tanto quanto à restrição delas, sendo dependentes do espaço que a ação pedagógica ocupa nas narrativas.



## A medicalização da educação a partir da literatura

Conforme Schneider (1985), a nomeação do suposto desvio individual do padrão de normalidade mascara uma “patologia social” (SCHNEIDER, 1985, p. 67), ou seja, o sujeito é desviante porque foi contaminado por um ambiente patológico que busca critérios objetivos para classificar comportamentos impossíveis de serem interpretados objetivamente. “O desvio não é uma característica que seja encontrada no indivíduo, mas um veredicto anunciado acerca desse indivíduo por um grupo social” (SCHNEIDER, 1985, p. 71). As investigações no campo da educação têm dado visibilidade a essa temática nos últimos anos, apontando a estreita participação da instituição escolar na construção do discurso de normalidade. No âmbito do Grupo de Trabalho da Educação Especial (GT 15), da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), este assunto teve destaque em dois anos consecutivos nas reuniões nacionais, por meio das pesquisas de Freitas (2013) e Angelucci (2015).

Freitas (2013) afirma que a medicalização vai além do ato de prescrever medicação, tratando-se de uma engrenagem que coisifica a vida ao transformar as problemáticas de âmbito social em problemas de saúde. A autora destaca o aumento expressivo do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) tutelando os modos de ser e viver das crianças pequenas na escola. Enfatiza que uma cultura da medicação reconhece sinais e sintomas e esquece o sujeito. Conforme Freitas (2013):

Quando nos perguntamos por que há um excesso de diagnósticos, surge uma variedade de razões. Por um lado, existe toda esta tendência à biologização por parte dos médicos. Por outro, uma tendência das escolas em encontrar explicações rápidas sobre o que não entendem. A escola, muitas vezes, busca “diagnosticar patologias” nos alunos, quando estes não aprendem ou têm problemas de conduta. Não mais se questionam métodos educacionais, condições de ensinagem ou de aprendizagem, mas se busca na criança, em seu cérebro, seu comportamento, as causas das dificuldades (FREITAS, 2013, p. 11).

Angelucci (2015) aborda a influência dos *processos de patologização da vida* na identificação do público-alvo da Educação Especial, instigando a reflexão quanto à classificação da diferença ou da singularidade como expressão de estado patológico do sujeito. Afirma que a medicalização da vida generaliza e naturaliza os ideais de corporeidade, analisando a submissão da educação aos saberes da saúde.

## O currículo na perspectiva da educação inclusiva

No que se refere às políticas nacionais de inclusão escolar, identifiquei saltos qualitativos, embora os direcionamentos do Governo Federal (a contar de 2016) venham ameaçando a perspectiva da educação inclusiva. Portanto, com relação à defesa da aprendizagem para todos na escola, independente de condições ou pré-requisitos individuais, compreendo que temos potentes dispositivos legais e orientadores da política nacional da Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva, nos quais reconheço premissas pedagógicas para pactuar a defesa da aprendizagem como um direito inegociável. Elejo o documento orientador da política de 2008 (BRASIL, 2008), o Decreto Federal 6949 (BRASIL, 2009) que reconhece e promulga a convenção internacional das pessoas com deficiência como lei federal e a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015) para delinear e traduzir os fundamentos pedagógicos a partir dos dispositivos políticos na defesa da escola como local de promoção de aprendizagens a partir de um currículo traduzido como um artefato social e histórico que busca afirmar a possibilidade de um mundo compartilhado pela via do conhecimento.

Recorto dos documentos orientadores da política os termos ou conceitos que busco traduzir nos fundamentos pedagógicos à ação educativa e disponho na forma de síntese no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Diretrizes orientadoras e premissas pedagógicas para a garantia do direito à aprendizagem dos estudantes público-alvo da Educação Especial

<b>Diretrizes orientadoras da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva</b>	<b>Premissas pedagógicas para orientar o currículo na perspectiva da educação inclusiva</b>
“Uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação” (BRASIL, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizagem como direito incondicional.</li> <li>• Acessibilidade curricular.</li> </ul>
Desenho universal (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de um currículo comum a todos.</li> </ul>
Adaptações razoáveis sem causar <b>ônus indevido ou desproporcional</b> (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedagogia diferenciada, pluralidade metodológica e equiparação de oportunidades.</li> </ul>
Medidas de apoio individualizadas e efetivas (BRASIL, 2009). Medidas individualizadas e coletivas (BRASIL, 2015).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento Educacional Especializado.</li> <li>• Profissionais de apoio.</li> <li>• Tecnologia Assistiva.</li> <li>• Trabalho colaborativo.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em linhas gerais, aproprio-me dos princípios da inclusão escolar para construir a defesa da aprendizagem como a função da escola. Identifico nas diretrizes supramencionadas uma orientação de um currículo na perspectiva da educação inclusiva que deve procurar atender a todos os sujeitos a partir do desenho universal da aprendizagem, traduzido no entendimento de que a deficiência não está nos sujeitos e, sim, nos currículos que têm dificuldade de se adaptarem às diferenças individuais (SEBASTIÁN-HEREDERO, 2020). A diversificação dos perfis de aprendizagem não é uma exceção, mas a regra geral; logo, quem deve ser modificado e ajustado é o currículo e não os sujeitos, primando por modos múltiplos de apresentação dos conteúdos, expressão e engajamento das aprendizagens (SEBASTIÁN-HEREDERO, 2020).

As adaptações razoáveis devem ser apropriadas ao contexto de aprendizagem como estratégias que não ocasionem prejuízos indevidos aos estudantes na continuidade de seus estudos, de modo que entendemos que um caminho eficaz é aquele que reconhece a contribuição da pedagogia diferenciada na diversificação ou pluralidade metodológica para equiparação de oportunidades aos estudantes com deficiência e, simultaneamente, como benefício na progressão da aprendizagem para todos. Descrevo o Atendimento Educacional Especializado (AEE), a Tecnologia Assistiva (TA) e a dimensão do trabalho colaborativo como princípios da educação inclusiva, que traduzem as medidas de apoio individualizadas, coletivas e efetivas previstas em lei para assegurar um currículo para todos.

Buscando sintetizar o conjunto de premissas para garantia do direito à aprendizagem dos estudantes público-alvo da educação especial apoio-me no termo acessibilidade curricular, descrevendo-o como o trabalho docente em uma dimensão simultaneamente individual e coletiva, ou seja, como a ação que prima para que cada estudante, a partir das suas singularidades e necessidades, participe como sujeito de aprendizagem do projeto educativo nomeado como currículo escolar (HAAS; SOZO, 2020; HAAS, 2021a). Considero, ainda, que enfrentamos muitos desafios nos cotidianos ao problematizar o currículo de modo contextual a partir da proposta pedagógica ou do plano de ensino de uma determinada etapa/ano escolar contemplando as diferenças individuais. O caminho da individualização dos currículos segue como sendo aquele percorrido em detrimento de um debate mais amplo, que mantém a lógica medicalizante da educação.

## **O cotidiano escolar como ocasião às narrativas e a documentação pedagógica**

O contexto que permitiu o encontro com o sujeito que protagoniza a narrativa é o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). A instituição conta com 17 campi distribuídos no Rio Grande do Sul. O Campus Caxias do Sul (RS), localizado na Serra gaúcha, é o cotidiano escolar tratado como ocasião para a reflexão das narrativas e da documentação pedagógica. O ano de 2018 marca o início oficial da história da Rede Profissional e Tecnológica e converge com a divulgação do documento orientador da política nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva. Portanto, os institutos surgem em um contexto político propício à democratização da educação e da defesa dos direitos humanos.

Os institutos federais diferem das demais redes de Educação Básica quanto aos dispositivos para assegurar a inclusão escolar. A política do Atendimento Educacional Especializado não está assegurada na maioria dos institutos no país. No IFRS, esse serviço pedagógico especializado não foi implementado. Em contrapartida, existem nas unidades do IFRS os Núcleos de Atendimento às Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas (NAPNE)<sup>3</sup>. Esses núcleos estão vinculados à Coordenadoria de Extensão e sua estrutura em cada campi é bastante singular, uma vez que as orientações institucionais preveem a vinculação de membros da comunidade acadêmica e da comunidade externa, a partir da manifestação de interesse. No Campus Caxias do Sul, o NAPNE não conta com servidores de dedicação exclusiva às atividades do núcleo e os profissionais especializados são contratações temporárias. Analiso que a configuração política dos NAPNE precisa adequar-se às necessidades dos processos escolares inclusivos na instituição, intensificadas pela ampliação das matrículas dos estudantes com deficiência, a partir da política institucional de ações afirmativas. Essa configuração traz muitos desafios para a implementação de um projeto de educação inclusiva sem descontinuidades (HAAS; SOZO, 2020).

Portanto, meu lugar de fala é como pesquisadora e coordenadora deste Núcleo no Campus Caxias do Sul – IFRS, desde 2019. Para fortalecer o trabalho colaborativo entre os membros que integram o Núcleo, propus como metodologia de trabalho, a estruturação de Grupos de Trabalhos (GT): GT – Ensino, GT – Pesquisa e GT – Extensão. A maioria dos membros do

Núcleo colabora com as ações participando de um dos GT. No âmbito desses grupos de trabalho são estabelecidas conversações regulares e criativas na busca de alternativas à escolarização dos estudantes tratados como “difíceis” de aprender. Pactuo do entendimento de Angelucci (2015) quanto ao papel formativo das narrativas. A autora sinaliza a necessidade de que as conversações sejam utilizadas como dispositivo educativo e evidencia a complexidade que envolve garantir o compartilhamento de experiências entre os educadores. “Experiências que [...] implicam disposição de conhecer o(a) outro(a) e que pede tempo para construir aproximações entre nós” (ANGELUCCI, 2015, p. 13).

A composição da narrativa da trajetória escolar dos estudantes com deficiência na instituição torna-se possível a partir dos movimentos articulados pelo NAPNE, mediante registros orais do testemunho do vivido e, principalmente, por meio de escritos, a partir da documentação das ações do Núcleo e da trajetória escolar dos estudantes com necessidades educacionais específicas (NEE) na instituição. Especificamente, no âmbito do GT – Ensino, cujos membros são docentes e técnicos vinculados ao Departamento de Ensino do campus, os sentidos com relação aos processos escolares inclusivos são seguidamente negociados, a partir do estudo de casos dos estudantes com NEE pautado na orientação institucional de implementação do Plano Educacional Individualizado (PEI) para os estudantes que necessitem de medidas de adaptações razoáveis, a contar de 2019 (IFRS, 2019; IFRS, 2020). Como agente do cotidiano nesta instituição, entendo a orientação institucional como uma forma de dar visibilidade às necessidades e singularidades dos estudantes com NEE e incentivar os docentes à adoção de medidas de apoio coletivas e individualizadas, atuando como protagonistas do processo pedagógico, uma vez que não há o AEE na instituição. Como pesquisadora da área, tensiono os sentidos do PEI como um instrumento que favorece e instiga a individualização do currículo para esses estudantes em uma perspectiva medicalizadora das práticas docentes. Assim, a partir da mediação do NAPNE no campus, busca-se construir um entendimento do PEI como uma documentação pedagógica, afirmando o caráter processual do registro como:

[...] um documento que recolhe do cotidiano da sala de aula as *pistas* dos caminhos e estratégias possíveis; que tem caráter de um “rascunho” permanente ou de uma narrativa que cabe atualização constante, cuja memória do vivido pode antecipar estratégias para o período/ano escolar seguinte (HAAS; RODRIGUES; SOZO, 2021, p. 74).

Para aqueles estudantes que o GT – Ensino, em articulação com os professores, compreende que há a necessidade de adaptações razoáveis, indica-se a documentação no PEI como registro individualizado das ações e estratégias que favoreçam a aprendizagem dos estudantes com deficiência, em vez da individualização do currículo. Contudo, os sentidos do PEI necessitam ser constantemente negociados, sendo uma pauta que nem sempre revela de um entendimento consensual e põe em evidência o olhar à deficiência como limitação. Além disso, o GT – Pesquisa do NAPNE, composto por estudantes dos ensinos Médio Técnico e Superior na condição de bolsistas, apoia a documentação pedagógica dos estudantes com NEE, mantendo a atualização da sistematização das estatísticas educacionais desse público e atuando na produção de audiovisuais que são divulgados no canal do YouTube do NAPNE<sup>4</sup>.

Apartir do ensino remoto, observo a necessidade de contemplar a linguagem do audiovisual como um recurso para comunicação e compartilhamento das ações na instituição. Logo, o GT – Pesquisa vem dedicando-se à produção de uma série de audiovisuais intitulada “Conversas de docentes sobre estratégias de acessibilidade curricular e inclusão escolar”. Esses episódios são baseados nos relatos das práticas pedagógicas exitosas realizadas pelos docentes em turmas com a presença de estudantes com NEE. A idealização da série surge como uma “tática” para buscar assegurar o espaço de sujeito de aprendizagem aos estudantes com NEE a partir do agravamento das barreiras no ensino remoto. Também trato esses vídeos como uma “tática” de cunho político e pedagógico, buscando dar visibilidade a um projeto pedagógico a favor da inclusão escolar como defesa do direito à aprendizagem e ao acesso ao currículo de sua etapa/ano escolar.

Assim, buscando desconstruir os efeitos de uma narrativa que opera com os diagnósticos e com o fracasso escolar em uma ótica individual, identifico as narrativas e sua respectiva documentação pedagógica como a forma de experienciar e dar visibilidade às singularidades dos sujeitos em vez da suposta incapacidade.

## **A trajetória escolar do estudante que protagoniza a narrativa**

O relato que passo a fazer baseia-se em fonte oral, pela via do testemunho próprio daquilo que permanece como rastro do vivido; e em fontes escritas, por meio dos registros pedagógicos existentes no NAPNE a respeito da história de Alberto (nome fictício). O principal registro pedagógico que articula a construção da narrativa é o PEI do estudante. Também é material empírico para a produção da narrativa de sua trajetória escolar a documentação das práticas de dois docentes de Matemática que atuaram com o estudante durante o ensino presencial e relatam suas práticas em um dos episódios da série “Conversas de docentes sobre estratégias de acessibilidade curricular e inclusão escolar”, divulgados no canal do YouTube do NAPNE. A escolha pela história desse estudante deve-se ao fato de ter acompanhado essa narrativa ao longo dos três últimos anos, permitindo um olhar longitudinal ao caso.

### **Ano de 2018: o “lugar” do estudante na narrativa**

Alberto ingressa no instituto federal em 2018, com 15 anos de idade, como estudante do curso de Ensino Médio integrado ao técnico de fabricação mecânica. Tem limitações motoras dos membros superiores e inferiores. Seus movimentos nas mãos são mínimos e tem certa dificuldade para segurar os objetos. Faz uso de uma cadeira de rodas motorizada. Tem comprometimentos fonológicos que repercutem em limitações na linguagem oral, mas com a convivência com o estudante e a escuta atenta, é possível compreender a sua fala. Realiza diversos tratamentos clínicos de reabilitação com equipe multiprofissional. No campo do PEI do estudante, referente ao seu histórico escolar, mediante dados colhidos pela Assistência Estudantil em entrevista com a família, lê-se, após a caracterização de sua deficiência física como decorrência da paralisia cerebral: “mas não tem comprometimento cognitivo”.

À primeira vista, esse complemento parece desnecessário. Contudo, o primeiro ano de Alberto na instituição confirma a necessidade de reiterar o reforço positivo. Na escola de Ensino Fundamental, conforme narrativa de

sua mãe, seu lugar de sujeito era aquele a quem se atribui um tratamento de “coitadinho”. No instituto federal, inicialmente, seu corpo estranho aos padrões da normalidade, causou insegurança aos professores. Sua limitação oral produzia a leitura equivocada de sujeito ausente de linguagem e de processos mentais complexos, sustentando a hipótese de comprometimento intelectual em um primeiro momento.

A alternativa imediata foi “colar” uma monitora junto ao estudante, como acompanhante em tempo integral nas aulas e intervalos. Logo, o estudante tornou-se dependente da monitora para tudo, sendo essa a realizar os registros em seus cadernos em formato físico, mesmo o estudante tendo recebido os recursos de Tecnologia Assistiva (TA) da própria instituição (*notebook* e mouse adaptado à sua cadeira de rodas). Fica evidente que a mera disponibilização dos recursos não basta, sem a mediação pedagógica. Naquele ano, o estudante é retido e inicia 2019 novamente no 1º ano do Ensino Médio. Percebe-se, ao longo desse ano letivo, que a prática pedagógica não produz a diferença para compor uma diferença na trajetória escolar do estudante.

### **Ano de 2019: o “espaço” da ação pedagógica na narrativa**

A potência de estar na escola é que o contexto das relações que se travam entre os diferentes atores ultrapassa as expectativas do currículo prescrito. O currículo vivenciado e manifesto cotidianamente nas dinâmicas relacionais permite observar os sujeitos em sua humanidade para além da deficiência, evidentemente para quem estiver disposto a escutar e suspender as certezas reducionistas. Conforme Ferraço e Carvalho (2012), a produção de um currículo comum é potencializada pela experiência compartilhada (FERRAÇO; CARVALHO, 2012). O lugar de Alberto começa a ser alterado a partir das cenas possíveis nos intervalos das aulas, na docência de algumas áreas curriculares, na resistência do próprio sujeito à condição que lhe foi originariamente imposta utilizando-se de “táticas” (CERTEAU, 2012) para confrontar os limites a ele impostos; e no papel sustentado pelos profissionais da educação e membros do NAPNE, que estiveram abertos à escuta sensível, compartilhando as narrativas nas reuniões docentes e em outros momentos coletivos.



A professora de Educação Física observa que o estudante sabe jogar xadrez. Adapta as peças e o tabuleiro do jogo para que ele possa jogar e o convida a integrar o Projeto de Ensino de Xadrez, organizado por ela. O professor de Matemática questiona-se e afirma, em momentos de reunião coletiva: se o estudante é capaz de jogar um jogo de regras complexas, como o xadrez, deve ser capaz de aprender Matemática. A mãe narra que o estudante usa com muita desenvoltura as redes sociais. Os agentes que compõem a equipe do NAPNE ouvem os relatos da mãe e dos docentes e compartilham com os demais professores, buscando provocar a dúvida perante as certezas de um suposto diagnóstico de deficiência intelectual que aniquila as possibilidades de aprender.

Estar na escola permite ao Alberto conviver com seus pares de idade e interesses próximos. O estudante demonstra aprender com o contexto, passa a valorizar cada vez mais a companhia de seus colegas e refutar a presença constante da monitora. Entende essa vigília permanente como cerceamento. Em certa ocasião, tranca-se no banheiro adaptado para despistar a monitora. São refeitos os combinados quanto à intervenção desta agente. Para Certeau (2012), as maneiras de forjar movimentos criativos e autônomos pelos sujeitos cotidianos, ou seja, por aqueles que não detêm as estratégias ou cálculos das relações de forças que tornam possíveis a circunscrição de um lugar como próprio, é dependente da adoção de táticas por esses mesmos sujeitos.

Para Alberto ser mais independente, torna-se necessário que comece a utilizar os recursos de Tecnologia Assistiva regularmente em aula. A partir da rede dialógica que se estabelece para apoiar a inclusão escolar do estudante, os docentes compreendem que não há motivo para o estudante ter um caderno físico se não acessa este material. Seu caderno deve ser um documento digital no *notebook*. É preciso que ele ocupe seu espaço de aluno, mesmo que demande maior tempo para digitar seus trabalhos. A ação pedagógica passa a ter mais visibilidade que a condição da deficiência e, aos poucos, somam-se os relatos positivos das intervenções docentes no que concerne à acessibilidade curricular. O estudante passa a frequentar uma oficina de informática acessível no contraturno das aulas, ministrada por estudantes na condição de bolsistas de ensino sob orientação da equipe do NAPNE.

Nas aulas de matemática, conforme os registros do PEI e documentação em audiovisual com a participação dos docentes, para acessar o conteúdo estudado no 1º ano do Ensino Médio, o estudante passa a utilizar um *software* matemático nomeado como Geogebra, por meio do qual pode ter acesso aos conteúdos de sua etapa/ano escolar. Nos horários de estudos individualizados no contraturno, com seus professores, o professor de Matemática explorou a venda de doces feita pelo próprio estudante nos intervalos de recreação das aulas, como estratégia para contextualizar o conteúdo. Os dois professores destacam as potencialidades do estudante no audiovisual. Reconhecem a sua capacidade intelectual e afirmam a importância da TA como recurso pedagógico em sala de aula para otimizar o acesso ao currículo pelo estudante. Também tratam sobre a associação dos conhecimentos do cotidiano ao aprendizado dos conhecimentos acadêmicos na área da Matemática; sobre o apoio do Projeto de Ensino Tutoria de Pares<sup>5</sup>, desenvolvido naquele ano sob a coordenação do NAPNE para fomentar as práticas pedagógicas colaborativas entre os estudantes; sobre a utilização do PEI como registro das estratégias pedagógicas para comunicação entre os docentes do percurso acadêmico do estudante.

Além de integrar a equipe de xadrez, o estudante passa a fazer parte da equipe de bocha paralímpica da instituição e participa de campeonatos municipais e estaduais. Os professores passam a falar mais com ele e dispensam a tradução da monitora. O estudante precisa esforçar-se e usar a sua placa do alfabeto para soletração das palavras, quando não é compreendido na sua fala.

### **Anos de 2020 e 2021: O ensino remoto e as barreiras à aprendizagem**

Ação pedagógica amplia o espaço de Alberto como estudante e produz o seu reconhecimento na instituição como um sujeito de aprendizagem. Contudo, esse espaço não está garantido, precisa ser construído constantemente pelos docentes e pelo próprio estudante, frente aos elementos de imprevisibilidade. A narrativa e a constituição de memória pela via da documentação pedagógica auxiliam a sustentá-lo como sujeito de aprendizagem no ano letivo seguinte, perante os novos desafios intensificados pelo contexto do ensino remoto decorrente da pandemia de covid-19. Com a implementação do ensino

remoto e a retomada do calendário letivo no IFRS, o currículo escolar foi flexibilizado e os estudantes do Ensino Médio tiveram a oportunidade de realizar um plano de estudos para a complementação da carga horária relativa ao período letivo de 2020, concomitante ao ano escolar de 2021 (IFRS, 2021a).

Para Alberto, essa organização curricular impôs-se como uma barreira, somada ao fato de que a maior parte da carga horária das aulas foi realizada na forma assíncrona. Em 2021, o estudante seguiu realizando a complementação da carga horária relativa ao ano escolar de 2020, sem avançar para o ano escolar seguinte. Portanto, no âmbito do ensino remoto, tornou-se mais evidente a necessidade de uma postura reflexiva e dialógica dos agentes de ensino, pautada no entendimento de que as dificuldades enfrentadas por Alberto (e pelos demais estudantes) foram decorrentes das mudanças organizacionais nos tempos e espaços do currículo praticado, a partir da pandemia covid-19. Neste sentido, o quadro de instabilidade e arranjos curriculares emergenciais que se impuseram nas formas de ensinagem, trouxeram um aprendizado de que a prevalência do foco na condição da deficiência constitui-se como uma “armadilha” que anula a construção de alternativas em prol da educabilidade de todos.

Para minimizar as barreiras curriculares agravadas pelo ensino remoto, foram oferecidos, pela maioria dos docentes, atendimentos individualizados síncronos ao Alberto, com foco no reforço e/ou na revisão de conteúdos, bem como outras formas de apresentação do conteúdo, não previstas nas aulas coletivas realizadas com a turma de pertença do estudante. O projeto Tutoria de Pares foi revitalizado durante o ensino remoto, tornando-se um dispositivo importante para Alberto, que passou a contar com atendimentos individualizados síncronos de seus pares para explicação de conteúdos e apoio na realização de atividades. Vale ressaltar que essas medidas foram adotadas com Alberto e com os demais estudantes, público das ações do NAPNE, que necessitaram desse acompanhamento mais próximo durante o ensino remoto.

Ainda, no que se refere ao Alberto, na busca por possibilitar ao estudante formas de protagonismo nas relações de aprendizagem, fortalecendo a sua autoestima e a sua percepção pelos outros como um sujeito de aprendizagem, ele foi convidado a atuar como bolsista de pesquisa<sup>6</sup> vinculado ao GT – Pesquisa do NAPNE, passando a desempenhar atividades semanais de modo colaborativo junto às demais bolsistas do projeto.

## “Uma arte do dizer”

Ao nomear o conjunto dos fatos referentes à vida escolar de Alberto como “trajetória”, reflito sobre o papel da escola como instituição onde todos aprendem juntos, tornando-se sujeitos de aprendizagem. Trato a narrativa como a forma com a qual experienciamos nossa humanidade, apoiando-me na pista de Certeau (2012) de que o relato oferece ao discurso científico um modelo metodológico ou “uma arte do dizer” (CERTEAU, 2012, p. 142).

Articulo a hipótese de que a construção de alternativas está para o contexto escolar tanto quanto a restrição delas, tratando a ação pedagógica como potente para forjar espaços relacionais para os sujeitos e operar a des(medicalização) da educação pela educação. Confirmando esta premissa oferecendo à reflexão a história de Alberto. Sua narrativa anuncia o deslocamento de um sujeito patológico a um sujeito de aprendizagem, por meio de uma ação educativa que dispensa as certezas e passa a tratar o cotidiano escolar como espaço de conversações. A abordagem contextual constrói a responsabilização dos docentes pela trajetória de Alberto no Ensino Médio, independente da sua história pregressa. Certamente, o desejo do sujeito em tornar-se um estudante autônomo, provocando o contexto a olhar para as suas necessidades, também foi um aspecto determinante.

Identifico que a ação pedagógica da maioria dos docentes no caso de Alberto passa a contemplar os fundamentos pedagógicos descritos a partir das diretrizes orientadoras da política nacional de Educação Especial. No caso em específico, foram ações relevantes para apoiar o sujeito de aprendizagem: a postura docente que reconhece a pessoa antes da deficiência; a adoção da Tecnologia Assistiva e das tecnologias de informação e comunicação como ferramentas de mediação da aprendizagem; e os arranjos institucionais e pedagógicos para favorecer a acessibilidade curricular a partir da ação do núcleo de acessibilidade. Portanto, percebo a aposta nas narrativas e na documentação pedagógica como “táticas” para “jogar com os acontecimentos e transformar em ocasiões” (CERTEAU, 2012), que possam instigar a construção de uma cultura permanente ou de um “lugar próprio” a um projeto pedagógico a favor da inclusão escolar na instituição analisada. Nos informes divulgados pelo NAPNE – Campus Caxias do Sul, dirigidos prioritariamente aos docentes, percebe-se os esforços envidados na construção de um currículo como uma narrativa cujos sentidos são reiteradamente pactuados no coletivo.

Estamos nomeando como estratégias de acessibilidade curricular as práticas pedagógicas que garantem o acesso do estudante ao currículo comum da turma e o direito de aprenderem junto com seus pares, respeitada a necessidade de adaptações razoáveis para equiparação de suas oportunidades. Portanto, estratégias de acessibilidade curricular podem ser aquelas que beneficiam toda a turma e não necessariamente apenas o estudante com NEE (IFRS, 2021b, n.p.).

*Análise com cautela* a necessidade de adoção de estratégias individualizadas. Seu objetivo deve ser a equiparação de oportunidades aos estudantes com NEE, buscando sustentar a função da escola como espaço social de aprendizagem e o direito desses estudantes (IFRS, 2021c, n.p., grifo da autora).

Entendo que o cotidiano escolar, ao sustentar a ocasião para a construção da narrativa e da documentação pedagógica, oferece ferramentas consistentes à formação em serviço e ao fomento à mudança de perspectivas no modo de olhar as pessoas caracterizadas como público-alvo da Educação Especial. Embora não tenha sido intento desse texto analisar com profundidade a identificação do público-alvo, observo que a adoção da nomenclatura Necessidades Educacionais Específicas (NEE) proposta pela instituição, bem como o amplo espectro de sujeitos possíveis de serem contemplados perante tal nomenclatura, intensifica os desafios para assegurar a dimensão coletiva do trabalho docente, assim como a ação pedagógica constituir-se como potência nos processos de (des)medicalização da educação.

Por último, como pano de fundo à composição da narrativa, defendo a necessária articulação entre currículo e Educação Especial, entendendo que o currículo praticado e narrado articula um processo de subjetivação dos sujeitos que não pode ser ignorado como temática dos processos formativos na escola.

## Referências

ANGELUCCI, Carla Biancha. A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a Educação Especial. *In*: Reunião Nacional da ANPED, 37, 2015, out. 4-8, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2015. Trabalho Encomendado GT15 – Educação Especial. Disponível em: <https://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

BATESON, Gregory. **Mente e natureza**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília: Presidência da República, 2015a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20%C3%89%20institu%C3%ADa%20a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20%C3%89%20institu%C3%ADa%20a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico). Acesso em: 04 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: Artes de fazer**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

COLLARES, Cecília A. Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida. Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

FERRAÇO, Carlos Eduardo; CARVALHO, Janete Magalhães. Currículo, cotidiano e conversações. **E-Curriculum**, v. 09, n. 02, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/curriculum/article/view/10985>. Acesso em: 22 maio 2021.

FREITAS, Cláudia Rodrigues. A medicalização escolar: epidemia de nosso tempo – o conceito de TDAH em debate. *In*: Reunião Nacional da ANPED, 36, 2013, set. 29 – out. 04, Goiânia, GO. **Anais** [...]. Goiânia: UFG, 2013. Trabalho. GT15 – Educação Especial. Disponível em: [http://36reuniao.anped.org.br/pdfs\\_trabalhos\\_aprovados/gt15\\_trabalhos\\_pdfs/gt15\\_3149\\_texto.pdf](http://36reuniao.anped.org.br/pdfs_trabalhos_aprovados/gt15_trabalhos_pdfs/gt15_3149_texto.pdf). Acesso em: 06 jun. 2021.

HAAS, Clarissa. A docência e a ação pedagógica nos processos escolares inclusivos: uma aula de Matemática nos anos finais do Ensino Fundamental com a presença de estudantes com deficiência intelectual. *In*: Reunião Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), 39., 2019. **Anais** [...]. Niterói, RJ: Universidade Federal Fluminense (UFF), 2019. Disponível em: [http://39.reuniao.anped.org.br/wp-content/uploads/sites/3/trabalhos/4933-TEXTO\\_PROPOSTA\\_COMPLETO.pdf](http://39.reuniao.anped.org.br/wp-content/uploads/sites/3/trabalhos/4933-TEXTO_PROPOSTA_COMPLETO.pdf). Acesso em: 16 set. 2021.

HAAS, Clarissa. Docência, escola e acessibilidade curricular em notas: as premissas ante os aprendizados da pandemia covid-19. *In*: HAAS, Clarissa (org.). **Cotidianos de inclusão escolar na educação básica e profissional: a acessibilidade curricular como diretriz da ação pedagógica**. São Paulo: Pedro & João Editores, 2021a. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/site/cotidianos-de-inclusao-escolar-na-educacao-basica-e-profissional-a-acessibilidade-curricular-como-diretriz-da-acao-pedagogica/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

HAAS, Clarissa. **Isto é um jogo**: imagens-narrativas do currículo, tempo e trajetórias escolares de estudantes com deficiência. 2016. 217 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/153024>. Acesso em: 16 set. 2021.

HAAS, Clarissa. Sobre os cotidianos de inclusão escolar: pesquisa e produção de conhecimento em educação (especial). *In*: HAAS, Clarissa (org.). **Cotidianos de inclusão escolar na educação básica e profissional: a acessibilidade curricular como diretriz da ação pedagógica**. São Paulo: Pedro & João Editores, 2021b. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/site/cotidianos-de-inclusao-escolar-na-educacao-basica-e-profissional-a-acessibilidade-curricular-como-diretriz-da-acao-pedagogica/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

HAAS, Clarissa; BAPTISTA, Claudio Roberto. Educação Especial, currículo e Atendimento Educacional Especializado: memória e documentação dos dispositivos pedagógicos para inclusão escolar no Brasil. *In*: CHAVES, Vera Lucia Jacob; SOUZA, Elizeu Clementino (org.). **Documentação, memória e história da educação no Brasil**: educação especial, questões étnico-raciais e de gênero. Santa Catarina: Gráfica Copiart, v. 2, 2016. p. 117-136.

HAAS, Clarissa; RODRIGUES, Eduarda Andréia Pedron; SOZO, Carolina Mross. O plano educacional individualizado como estratégia e documentação pedagógica à acessibilidade curricular. *In*: HAAS, Clarissa (org.). **Cotidianos de inclusão escolar na educação básica e profissional**: a acessibilidade curricular como diretriz da ação pedagógica. São Paulo: Pedro & João Editores, 2021. Disponível em: <https://pedroejoaoeditores.com.br/site/cotidianos-de-inclusao-escolar-na-educacao-basica-e-profissional-a-acessibilidade-curricular-como-diretriz-da-acao-pedagogica/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

HAAS, Clarissa; SOZO, Carolina Mross. Políticas e práticas pedagógicas de educação inclusiva no Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS): em foco o papel do núcleo de acessibilidade. **Revista Educação Especial em Debate**, Espírito Santo, v. 5, n. 10, p. 52-72, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/reed/article/view/32150>. Acesso em: 16 set. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Conselho Superior. **Resolução nº 15, de 19 de fevereiro de 2021**. Bento Gonçalves: IFRS, 2021a. Disponível em: [https://ifrs.edu.br/wpcontent/uploads/2021/02/Resolucao\\_015\\_2021\\_Aprova\\_retomada\\_calendario\\_academico.doc.pdf](https://ifrs.edu.br/wpcontent/uploads/2021/02/Resolucao_015_2021_Aprova_retomada_calendario_academico.doc.pdf). Acesso em: 03 set. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Instrução Normativa PROEN nº 07, de 04 de setembro de 2020**. Regulamenta os fluxos e procedimentos de identificação, acompanhamento e realização do Plano Educacional Individualizado (PEI) dos estudantes com necessidades educacionais específicas do IFRS. Bento Gonçalves: IFRS, 2020. Disponível em: <https://ifrs.edu.br/wp-content/uploads/2020/09/IN-07-2020-Plano-Educacional-Individualizado-PEI.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.



INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Instrução Normativa PROEN nº 12, de 21 de dezembro de 2018**. Regulamenta os fluxos e procedimentos de identificação, acompanhamento e realização do Plano Educacional Individualizado (PEI) dos estudantes com necessidades educacionais específicas do IFRS. Bento Gonçalves: IFRS, 2018. Disponível em: <https://ifrs.edu.br/wp-content/uploads/2019/02/IN-12-2018-PEI-publicacao.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. NAPNE Campus Caxias do Sul. **Informe nº 01/2021. À comunidade acadêmica do Campus Caxias do Sul – IFRS**. Caxias do Sul: IFRS, 2021b. Disponível em: <http://napne.caxias.ifrs.edu.br/wp-content/uploads/2021/09/INFORME-NAPNE-2021-5.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. NAPNE Campus Caxias do Sul. **Informe nº 02/2021. À comunidade acadêmica do Campus Caxias do Sul – IFRS**. Caxias do Sul: IFRS, 2021c. Disponível em: [http://napne.caxias.ifrs.edu.br/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-02\\_2021\\_F.pdf](http://napne.caxias.ifrs.edu.br/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-02_2021_F.pdf). Acesso em: 15 dez. 2021.

MEIRIEU, Philippe. **A pedagogia entre o dizer e o fazer: a coragem de recomeçar**. Tradução de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SCHNEIDER, Dorith. Alunos excepcionais: um estudo de caso de desvio. *In*: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 62-96.

SEBASTIÁN-HEREDERO, Eladio Sebastián. Diretrizes para o Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA). **Revista Brasileira de Educação Especial**, Bauru, v. 26, n. 4, p. 733-768, out./dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/F5g6rWB3wTZwyBN4LpLgv5C/>. Acesso em: 16 set. 2021.

## Notas

1. O cientista social Gregory Bateson contribuiu amplamente para a construção e difusão dos pilares de uma nova abordagem científica tratada como pensamento sistêmico, holístico ou ecológico.
2. O projeto de pesquisa “Memória pedagógica sobre os processos escolares inclusivos: documentar para comunicar e incluir” conta com os apoios da FAPERGS e do CNPq (fomentos à pesquisa estadual e nacional).
3. Nas normativas da instituição abordada nesta pesquisa, Necessidades Educacionais Específicas (NEE) são pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação, transtornos funcionais específicos ou qualquer outra condição limitante da aprendizagem.
4. Canal disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCys7PEN0eRN29n-cO01ROQA>.
5. A Tutoria de Pares trata-se de uma modalidade de monitoria acadêmica iniciada pelo NAPNE – Campus Caxias do Sul, em 2019, com o objetivo de estimular as práticas pedagógicas colaborativas entre os próprios pares.
6. O estudante foi vinculado como bolsista de pesquisa, modalidade Ensino Médio, com apoio de fomento CNPq, ao projeto de pesquisa “Memória Pedagógica sobre os processos escolares inclusivos: documentar para comunicar e incluir”.

## **Processos de medicalização de bebês e de crianças bem pequenas: pistas e reflexões sob a ótica da Educação**

Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila; Sheyla Werner;  
Cláudia Rodrigues de Freitas

Como a infância se tornou alvo de tanta “preocupação”? Como, figurada na criança, a infância passou a ter tanta visibilidade no tecido social contemporâneo? Como a infância passou a ser a “prioridade absoluta” nesta sociedade? E o que todo esse alarde tem produzido? O que temos feito da criança e com a infância? (TAVARES, 2012, p. 61).

Os processos de medicalização de bebês e de crianças bem pequenas (0 a 3 anos) é o tema deste texto, no qual objetivamos oferecer e analisar pistas para a reflexão sob a ótica da Educação, tomando como contexto o espaço da escola e as vivências comuns de professoras para a análise teórico-reflexiva apresentada, sendo esta escrita parte de uma pesquisa maior em andamento. Recorrendo à cartografia como caminho metodológico, partimos de nossos questionamentos e das experiências como professoras em escolas de Educação Infantil, em especial na etapa em que se é vivenciada na creche, tendo como aporte teórico os estudos foucaultianos, pesquisadores e teóricos da área.

Reforçamos a última questão de Tavares (2012) na epígrafe: “o que temos feito da criança e com a infância?”, pois trata-se de uma pergunta necessária para ecoar nos espaços das escolas, das famílias e de toda rede que envolve esses sujeitos. Junto dos ecos, esperaríamos respostas ou ainda outras questões, muito mais diversificadas do que comparações/associações/descrições/olhares repetidos entre e sobre as crianças (quase que em cima mesmo!) que (re)produzimos e ouvimos recorrentemente: “Mariana ainda não caminha, já o Heitor tem a mesma idade e corre por tudo”, “Augusto já tem 3 anos e chora pra dormir que nem bebê”, “João – de dois anos de idade – não para quieto, não presta atenção em nada”, e poderíamos seguir listando comentários/frases rotineiros a respeito de crianças e de suas infâncias.

Para além do que é dito para e sobre os bebês e as crianças bem pequenas, referente aos seus modos/tempos de ser e de estar no mundo, buscamos refletir como os processos de medicalização de sujeitos tão pequenos e no início de suas vidas vão se dando e se fortalecendo, entendendo que esses não se dão exclusivamente por meio das narrativas dos adultos, mas também a partir do que delas se desencadeia. A narrativa sobre uma criança ocupa um lugar de destaque tanto no processo de desenvolvimento do sujeito quanto nos processos de medicalização produzidos, influenciando o modo como olhamos para esse bebê/criança bem pequena, assim como as interações, as apostas e as convocações que fazemos na relação com esse/essa.

A medicalização trata-se muito mais do que apenas a prescrição de medicamentos, estando associada, também, a estratégias de controle social. Dessa forma, a medicalização pode ser compreendida a partir de um caráter mais analítico, como o um dispositivo que atribui problemas políticos, sociais e culturais a questões pessoais, gerando rótulos, classificações e/ou explicações patológicas a serem tratadas ou medicadas (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015; SILVA; SZYMANSKI, 2020; SCARIN; SOUZA, 2020).

É através da linguagem que nos tornamos sujeitos (DOLTO, 2021). A partir das histórias narradas para nós e sobre nós, vamos nos constituindo. Somos a partir de nossos desejos, crenças, alegrias, angústias e incertezas. Somos a partir das convocações que nos são feitas, das possibilidades que nos são colocadas e dos lugares que assumimos. Inventamos nossa história de forma única, mas não de forma individual, estamos vinculados a outros, produzimos esses vínculos, necessitamos deles desde a mais tenra idade.

A linguagem se manifesta, igualmente, através do uso da palavra, acompanhando-nos diariamente, principalmente em nosso fazer profissional enquanto educadoras. Utilizamos da fala para explicar, para acolher, para consolar, para ensinar, para cuidar de nossos bebês e de crianças bem pequenas na Educação Infantil. Através da palavra, nomeamos processos e narramos desenvolvimentos e aprendizagens. Talvez isso tenha relação direta com o fato de nossa angústia e inquietação, enquanto docentes, por trazer à palavra a nomeação de algo que nos intriga, de algo que ainda não sabemos nomear, de tentar buscar, de fato, um nome para algo que ainda não foi dito, mas que percebemos que está ali.

Compreendemos que a palavra possibilita a oportunidade de elaborarmos de forma racional nossas emoções e sentimentos, e permite que estabeleçamos relações, buscando alternativas para lidar com diversas questões. No entanto, por vezes, algumas palavras levam mais tempo para se tornarem palatáveis aos nossos lábios, como se a buscássemos em um processo de curadoria. Durante esse processo, podemos nos atentar, de forma mais inclinada, a outras percepções como o ouvir, o olhar e o tatear, buscando, a partir desses sentidos, diferentes maneiras de percorrer caminhos e relações aparentemente já trilhados. A partir disso, podemos inclusive inventar novos rumos que conduzam “*àquela palavra que falta*” até nossa boca, inventar um novo encontro com aquilo que julgávamos até então (des)conhecido.

Com as palavras que nos são balbuciáveis e sob a ótica da Educação, objetivamos, neste artigo, oferecer e analisar pistas para a reflexão sobre os processos de medicalização de bebês e de crianças bem pequenas (0 a 3 anos) no contexto educacional, ou seja, a partir da etapa da creche. Salientamos que esta escrita é parte de uma pesquisa maior em andamento, sendo foco de estudo de uma das autoras.

Como caminho metodológico, inspiramo-nos na cartografia para amparar essa conversa frente à possibilidade de investigação em movimento, à medida em que se entende o quanto nada está dado, mas sim em movimento, em constante processo de modificação a partir das potências as quais circulam, sendo essas as reflexões de professoras na interlocução com as análises teóricas. A cartografia permite a investigação de um campo, nesse caso, o dos processos de medicalização na creche. Para amparar a análise teórica, buscamos publicações dos últimos dez anos na base de dados Scielo, propondo combinações de palavras que circulam em torno do objetivo deste artigo, bem como perpassam o viés de desenvolvimento infantil, aprendizagem de bebês e de crianças pequenas e o cuidado, elementos importantes e presentes da etapa da creche.

Diante do anseio de oferecer pistas não somente para a reflexão, mas também para a invenção de novos caminhos, consideramos necessário que nossas vivências, lembranças e – muitas – escutas enquanto docentes, pudessem compor uma mesma história, a qual desse conta de certa similaridade que rotineiramente professores, famílias e, principalmente, crianças experimentam no espaço da escola. Dessa forma, apresentamos trechos de uma mesma história inventada, pintando um cenário que, por

vezes, confunde-se entre ficção e realidade. Essa história fictícia com esteios conceituais sobre medicalização aproxima a teoria e a prática, mostrando o quanto nossas ações, palavras e práticas pedagógicas compõem-se não apenas pelo que consideramos, mas igualmente pelo que desconhecemos. Afinal, são nos movimentos, nas retomadas, nas reflexões, na curiosidade do por vir que também vamos nos compondo, aprendendo e inventando. Vamos juntas?

### **Pistas históricas: origens dos processos de medicalização**

Vitória atualmente tem sete meses de idade. Filha única, ao nascer prematura de sete meses ficou internada na UTI neonatal enquanto não tinha o peso necessário para ir para casa com seus pais. Ao completar cinco meses de vida, a mãe precisou voltar a trabalhar, pois apenas com a renda mensal de seu companheiro não estava sendo possível sobreviver. A família matriculou Vitória na escola de Educação Infantil do bairro. Lá, Vitória passou a frequentar o período integral, encontrando diariamente a professora Marinês pela manhã e a professora Vânia à tarde. As despedidas entre mãe e filha demonstravam ser difíceis, e Vitória chorava muito ao longo da manhã. Marinês, tomada pela demanda de atender aos outros cinco bebês da turma, deixava Vitória em uma espécie de bebê conforto no qual a própria se balançava, acalmando-se por vezes. No entanto, passadas quatro semanas, Marinês comenta com Vânia, a colega do turno da tarde: “Eu acho que a Vitória tem alguma coisa. Não é normal tanto choro assim... alguma coisa na barriga ou, sei lá, né... até é normal as crianças chorarem no período de adaptação, mas já faz um mês e ela continua assim! Tem alguma coisa, mas não sei o quê!” (HISTÓRIA INVENTADA 1 – produzida a partir de escuta de outras tantas no cotidiano escolar).

É notável a relação dessa “história inventada” com a realidade presente entre famílias e escolas de Educação Infantil. Embora totalmente fictícia, a narrativa sobre a vida de Vitória se confunde com a vida de tantos outros bebês e de crianças bem pequenas. A partir de recortes dessa existência inventada, percorreremos alguns caminhos possíveis de nos conduzirem a pistas para compreender os processos de medicalização de bebês e de crianças bem pequenas.

Entendemos como necessário compreender historicamente os percursos que nos conduziram até aos processos de medicalização na infância, mais especificamente de bebês e de crianças bem pequenas. Analisando o

caminho histórico da psiquiatria infantil, percebemos diferentes períodos e olhares acerca dos sujeitos da infância. Em meados dos anos de 1930, época de um amplo movimento higienista, a saúde mental estava relacionada à prevenção e aos tratamentos de sintomas ligados às perturbações mentais (GARCIA, 2014). Nesse cenário, destacava-se Artur Ramos, um jovem médico responsável pelo Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental (SOHM) do Instituto de Pesquisas Educacionais da Secretaria da Educação do Rio de Janeiro. Como responsável por esse serviço, Ramos desenvolveu um trabalho com “[...] crianças tidas como agressivas, de comportamento difícil e com dificuldades de aprendizagem para um diagnóstico e possível tratamento” (GARCIA, 2014, p. 956). No entanto, o médico percebeu que a maioria delas manifestava tais características em virtude de suas vivências e condições sociais, não se tratando de “anormais” como eram nomeadas pelas escolas na época (GARCIA, 2014).

Outra figura importante neste mesmo período, sustentando o surgimento da psiquiatria infantil de forma autônoma e amparada na psicanálise como principal referência para compreender a vida mental – normal e patológica – da criança, foi o psiquiatra Durval Bellegarde Marcondes, responsável pela Inspeção de Higiene Escolar e Educação Sanitária da Secretaria de Educação de São Paulo em 1924 (GARCIA, 2014).

Segundo Garcia (2014), a psicanálise, nesse contexto, apresentava uma relação bem próxima com a chamada área da higiene mental, sendo essa percebida como um modo terapêutico para prever e prevenir situações mais complexas de reversão na idade adulta.

Em concordância com Ramos, Marcondes (1946), de modo semelhante, observou em sua prática, que parte significativa das questões apresentadas pelas crianças estavam relacionadas às suas questões sociais ou psicológicas. De acordo com Garcia (2014), para ambos, a infância era visualizada como período fundamental ao desenvolvimento de um futuro adulto, podendo o zelo pelo crescimento em harmonia evitar que se tornassem pessoas desajustadas ou despreparadas para o convívio social. Dessa forma, pais, professores e médicos “moldavam” a criança. Tanto a medicina quanto a psicanálise possuíam papel importante na orientação da educação dos pequenos à medida que ofereciam subsídios ao trabalho pedagógico, além de suas intervenções, as quais poderiam solucionar casos em que um problema já estava instalado (GARCIA, 2014).

Contemporânea, ainda, à ideologia higienista, em 1923, surgia a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada por Gustavo Riedel e colaboradores, a qual, a partir de 1925, produziu Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, convocando as famílias, principalmente as mães, a um olhar voltado à identificação de questões desviantes nos comportamentos de seus filhos – expressas em um encarte que lhes fora entregue – culpabilizando-as, de certo modo, caso não percebessem algo.

No entanto, com o passar das décadas, a área da psiquiatria infantil foi transformando-se e, a partir dos anos de 1980, passou a apresentar tendências presentes da psiquiatria geral. Dos anos de 1990 em diante, o referencial psicanalítico e de teorias e práticas ligadas ao campo das humanidades que sustentavam a origem da psiquiatria infantil sofreu declínio significativo, ao contraponto do fortalecimento dos discursos organicistas, da ampliação de psicofármacos e da ascensão da psicopatologia descritiva através de manuais (DSM-III, 1980; CID 10, 1992). Tomando por base esse momento, houve uma expansão da psiquiatria com crianças direcionada pela ampliação de transtornos, diagnósticos e intervenção medicamentosa em situações ou em quadros que fugissem do que era considerado “normal” (LIMA, 2016, p. 66).

Gaudenzi e Ortega (2012) indicam que a contar da medicina moderna e da Higiene, profissionais da saúde e educadores passaram a ser considerados especialistas a quem a sociedade deve recorrer em busca de respostas para os males que a afligem. Uma das principais preocupações de Ivan Illich (1975), nesse período, estava relacionada à dependência das pessoas em relação ao cuidado da própria saúde a um saber especialista, perdendo sua autonomia e participando, assim, de um consumo intensivo da medicina moderna. Já Foucault (1989, 2006) indicava o processo de medicalização social, ou seja, uma sociedade entendida e manipulada por meio da medicina, tornando-se, dessa forma, uma prática social para controle dos indivíduos e da sociedade, sendo o desenvolvimento de um poder sobre a vida (biopoder) a partir da disciplina. Ao escrever sobre a crescente de diagnósticos infantis, identificados cada vez mais presentes no campo da infância, com início na década de 90, Lima (2016) indica que, frente ao que era considerado “normal”, há relação direta da medicalização com o fenômeno do aumento de diagnósticos.



No tocante aos processos de medicalização aos quais estão sujeitas as crianças, Conrad e Schneider (1992) apontam como estas estão mais vulneráveis a esse fenômeno à medida que são consideradas dependentes, imaturas, inocentes e não responsáveis pelos seus atos, sendo alvos de ações de “proteção”. Dessa forma, a medicalização na infância pode ser ainda mais expressiva quando bebês e crianças têm seus desenvolvimentos e comportamentos “desviantes” narrados e classificados por adultos e/ou instituições, não se ouvindo ou não se considerando o que as próprias crianças têm a oferecer sobre a questão, sobre o seu viver.

Se na década de 20 tivemos a convocação de mães para a identificação de patologias ou sinais desviantes (FOUCAULT, 2006) em seus filhos, poderíamos pensar que hoje, quase cem anos depois, temos essa convocação enquanto docentes? Quantas de nós possuem bebês ou crianças bem pequenas que realizam atendimento neurológico ou psiquiátrico em nossas turmas? Existe diálogo com tais profissionais? Se sim, de que ordem? Quantas de nós já receberam a informação de diagnósticos de bebês e de crianças bem pequenas por algum profissional da saúde sem ao menos ter consideradas/ouvidas/lidas nossas observações enquanto profissionais da Educação que estão diariamente com essas crianças por um período significativo de horas?

Silva e Szymanski (2020) apresentam dados recentes e interessantes para pensarmos e problematizarmos a questão dos diagnósticos e os impactos em nossas práticas pedagógicas cotidianas. As pesquisadoras, ao ouvirem narrativas de professoras, identificaram que para estas educadoras o diagnóstico tem um importante lugar no que se refere à segurança para a realização do planejamento de intervenções e de ações cotidianas com crianças com necessidades educacionais especiais. No entanto, a pesquisa também apresentou outro ponto que chama muito a atenção: diante da nomeação de um diagnóstico – nomeação científica de algo que existe – as narrativas sobre as crianças passam, inevitavelmente, por seu quadro nosológico, reduzindo-se a esse por vezes. Ao contrário disso, aquelas que não receberam – ainda – um diagnóstico, são narradas de modo complexo pelas docentes a partir de suas várias características, inclusive dos seus potenciais.

Dessa maneira, percebe-se que os discursos produzidos na/pela escola reverberam de diferentes modos, inclusive, como já apontava Freitas (2013) em seus estudos, na identificação de um número expressivo de crianças com variados diagnósticos. Caliman (2016), corroborando com essa discussão, sinaliza que os encaminhamentos para atendimentos médicos e psicológicos de alunos com dificuldades de aprendizagem são práticas frequentes pela maioria dos profissionais da educação, visto que, como nos aponta Barbosa (2019), “a escola ocupa um lugar de destaque ao ser responsável pelo papel de triagem que lhe confere o mercado do adoecer psíquico e de encaminhamento aos serviços públicos de saúde toda e qualquer criança cujo comportamento não estivesse dentro dos padrões estipulados”. Azevedo (2018, p. 453) convida a refletir acerca de dois lados sobre os protocolos e as avaliações diagnósticas: um, no qual possibilitam a identificação inicial; e outro, no qual favorecerão o entendimento de problemas infantis como sendo de ordem individual e vinculados a aspectos neurológicos dos sujeitos.

Se o processo de medicalização pode ser compreendido como uma tentativa de homogeneizar padrões de ser, viver, aprender e comportar-se, poderíamos pensar que um diagnóstico também padroniza os sujeitos? Por exemplo: “*tem síndrome de down, por isso é assim*”, anulando toda a subjetividade do sujeito e o reduzindo a um padrão diagnóstico?

Beltrame, Gesse e Souza (2019) apontam sobre o quanto crescem os processos sociais e políticos de homogeneização da diversidade humana estabelecidos a partir de normas sociais, as quais passam a definir o que é considerado adequado – ou não – quanto a comportamentos e a modos de aprender. Os autores apontam, ainda: “quando o sujeito não se ajusta a essas normas, ele é considerado desviante, levando-o, muitas vezes, a usar medicamentos prescritos por um especialista na tentativa de ‘eliminar’ o problema” (2019, p. 3). Nesse sentido, temos o aumento considerável do consumo de medicamentos por parte de crianças, ministrados, muitas vezes, no intuito de corrigir comportamentos indesejáveis, que colocam em risco os padrões convencionalmente chamados de normais em nossa sociedade (BARBOSA, 2019).

Angelucci (2015) discute sobre a lógica medicalizante e patologizante que rege a Educação, levando-nos a crer, por exemplo, que para trabalharmos com um aluno com deficiência intelectual necessitamos saber tudo sobre a temática. Isso não é verdade. Se somos professoras, em nosso exercício

cabe a reflexão sobre as questões educacionais de nossos alunos, como se constituem seus processos de ensino-aprendizagem, como se interessam pelo mundo, como constituem seus saberes no campo da Educação. Tal processo de patologização dos sujeitos é duplamente perverso, pois se, em um sentido, rotula crianças sem nenhuma questão como doentes, por outro, intima os profissionais da Educação a expressarem preocupações sobre essas e as encaminharem para o Serviço de Saúde (COLLARES; MOYSÉS, 1996). Nesse aspecto, frequentemente nos deparamos com docentes que

[...] têm sido alijados(as) de seus saberes, em nome de uma necessidade de conhecimentos de um determinado extrato do campo da saúde, sem os quais não seria possível escolarizar a parcela – cada vez maior – de educandos(as) com algum diagnóstico. São profissionais com estudo e experiência, mas cuja especificidade, que é a formação em Educação, tem sido dispensada, em nome de uma formação paramédica. E assim, legitima-se ainda mais a lógica médica, pelo discurso da desnecessidade dos saberes educacionais, que devem ser substituídos por processos de triagem, intervenção breve e encaminhamento de estudantes portadores de patologias para serviços de saúde. E tal subalternização não se trata de erro de percurso, mas de resposta a um projeto político (ANGELUCCI, 2014, p. 124-125).

Na direção de Angelucci (2014, 2015), reforçamos a questão da Educação enquanto campo de ciência, de conhecimento, de lugar produtor/produtivo de saber e não apenas receptor/receptivo. Enquanto professoras, necessitamos (re)afirmar de onde falamos, produzir pesquisas, ecoar nossas vozes para que estejam presentes nas engrenagens que movem a Educação. Vygotsky (2004) já nos dava pistas da potência dos encontros e do estar com o outro quando colocava que a cognição se constitui na interação por meio do olhar do outro. Sendo assim, acreditamos, igualmente, que nossas práticas podem se constituir a partir dessa interação, reflexão, construção e fortalecimento com o outro.

Ressaltamos não estarmos negando a existência de questões que, de fato, requerem atendimentos com profissionais da saúde ou uso de medicamentos por bebês e por crianças bem pequenas. A intensão deste artigo é provocar a reflexão sobre a construção dos processos de medicalização nessa tenra etapa da vida, que, por vezes, são concebidos à margem das práticas sociais e afetivas que envolvem esses sujeitos tão pequenos. A partir dessas provocações, ampliamos a conversa a outro caminho importante a ser percorrido na continuidade de nossas discussões, possibilitando-nos mais perguntas e mais inquietações.

## Pistas reflexivas: a medicalização nos primeiros anos de vida

Após dois meses frequentando o berçário e ainda chorando constantemente, Vitória passa a ser assunto nas conversas das professoras da turma. Marinês, comenta com a colega Vânia, que percebe a bebê desinteressada e acha que a mesma fica olhando muito tempo para “o nada”. Vânia, no entanto, relata sobre Vitória gostar de estar com os colegas, principalmente nos momentos em que a professora canta com a turma. Marinês, mantém-se firme em suas suspeitas: “A gente precisa conversar com a professora do AEE e com a coordenadora pedagógica, porque quanto antes um bebê for diagnosticado ou se tem alguma coisa é melhor pra estimulação, então é melhor descartar do que depois descobrir tarde demais, né?” Rebeca, professora do AEE da escola, vai até a turma do berçário conhecer Vitória, ao adentrar na turma pela manhã percebe que Vitória está no bebê conforto, brincando com um chocalho. Rebeca senta-se começa a conversar com ela, questionando em seguida se pode colocá-la no tapete junto com as demais crianças. A professora concorda, mas avisa: “Pode colocar ela no tapete, mas ela gosta mais de ficar no bebê conforto mesmo”. Rebeca a pega no colo e a coloca sentada, apoiada em algumas almofadas. A bebê choraminga, reclamando do desafio da nova posição, mas Rebeca conversa e a convoca a participar de uma brincadeira musical. Vitória para de chorar e passa a prestar atenção em Rebeca. A professora do AEE combina com Marinês que voltará na semana seguinte, assim como irá no turno da tarde. Pede que a docente invista mais na aproximação com Vitória a partir das músicas, já que é algo de seu interesse, assim como a convoque a ocupar outros espaços da sala da turma” (HISTÓRIA INVENTADA 2 – produzida a partir de escuta de outras tantas no cotidiano escolar).

Ao nos depararmos com a história inventada de Vitória, encontramos-nos, de igual forma, com a história criada de Marinês, professora experiente, que ao deparar-se com uma criança a qual a inquieta com um comportamento, de certa forma, diferente em relação aos demais bebês de sua turma, move seu olhar em direção ao fato de que essa possa “ter alguma coisa”.

Brzozowski e Caponi (2013) apontam que os processos de medicalização na infância podem se dar a partir de um olhar que reconhece o comportamento de uma ou outra criança como desvios de comportamentos – entendendo esses desvios na infância como comportamentos que quebram as normas e as regras impostas socialmente. Pensemos de forma prática tais processos voltados a bebês e a crianças bem pequenas: está demorando além do esperado para caminhar? Atenção, pode ter alguma coisa! Não está falando como era o esperado? Cuidado, pode ter alguma coisa! Não está aceitando bem a introdução alimentar? Atenção, pode ter alguma coisa!

Não aceita bem quando alguma outra criança pega seu brinquedo? Fique de olho, pode ter alguma coisa! Chora, faz birra, grita, respira? Opa, pode ser só uma criança pequena.

Chamamos a atenção para os processos de medicalização que vêm ocorrendo com bebês e crianças bem pequenas à medida que, a todo o momento enquanto sociedade, esperamos sempre mais de todos os sujeitos, inclusive deles. Na ansiedade pelo amanhã, torna-se necessário lembrarmos constantemente que as crianças na Educação Infantil são crianças no hoje, estão no hoje e não na preparação ou na estimulação para o depois, para o amanhã.

Ao relacionarmos tal questão à história de Vitória, podemos perceber a preocupação de Marinês com o desenvolvimento da bebê, no entanto Azevedo (2018, p. 453) nos atenta ao fato de que é evidente “a necessidade do diagnóstico precoce para o tratamento de determinados quadros clínicos e da devida intervenção médica, contudo, a obsessão por identificar cada pequeno desvio parece surgir como uma tentativa de solapar a diferença entre as diversas formas de ser criança”.

Como dito anteriormente, não se visa negar a existência de demandas de bebês e de crianças bem pequenas à área médica, até porque inegavelmente elas existem. O convite aqui é lançarmos nosso olhar como professoras para os processos de medicalização que vivenciamos em nossos espaços de trabalho na creche que por vezes, por desconhecermos suas discussões, reproduzimo-los de forma involuntária. Nesse sentido, a discussão sobre os processos de medicalização na primeira infância é de extrema importância visto que a problemática dessa questão se torna ainda maior quando percebemos que: 1. Os processos de medicalização, de fato, vêm ganhando cada vez mais força em todas as camadas e as instâncias sociais; 2. Duplica-se a problemática quando se trata de seus efeitos na infância visto ser uma etapa de constituição psíquica, a qual está diretamente relacionada aos desejos e às convocações dos adultos que lhe cuidam (DOLTO, 2021; WINNICOTT, 1975, 1983, 2020).

Lacan (1949/1998) diz que o bebê humano, diferente dos animais, nasce biologicamente imaturo, sem a instituição de uma identidade a priori. Precisa para sobreviver, de ser cuidado por alguém que realize a função materna: ao grito do bebê, decorrente de um incômodo gerado por um excesso de excitação, é necessário que se tome o grito como um apelo, respondendo não apenas com a eliminação dessa excitação, mas inserindo-o numa rede de significados. A partir desse encontro, que ocasionam vivências de satisfação e insatisfação,

se produzem no bebê marcas, as quais eroginizam o seu corpo, tirando-o do campo da necessidade e instalando o circuito de demanda e desejo. Esse processo possibilita ao bebê a construção de sua identidade e a formação de um “eu”, no processo denominado por Lacan (1949/1998) de Estádio do Espelho, onde o bebê reconhece sua imagem, identificando-se com ela, a partir da palavra da mãe. A primeira imagem do bebê é portanto dada a partir do olhar desejante da mãe (LEITE, 2016, p. 596).

Tomando os entendimentos dos teóricos citados, bem como nos aproximando das discussões de Vygotsky (2004, 2021), entendemos o quanto estão atrelados os processos de desenvolvimento dos bebês e de crianças bem pequenas com a relação ao desejo e convocação do outro para o desenvolvimento de sua constituição enquanto sujeito; da necessidade da relação com o outro para o desenvolvimento de sua cognição e dos processos de aprendizagem. Tendo esse entendimento, logo podemos dimensionar o quanto um olhar medicalizante sobre esse sujeito recém-chegado ao mundo pode acarretar uma problemática maior ainda do que em sua origem supostamente pretendia solucionar.

Vorcaro (2011) coloca que ao oferecer aos pais uma resposta frente à falta de (re)conhecimento parental, ocasionada pelo estranhamento diante de alguma dificuldade do filho na fala, na aprendizagem, na coordenação motora, entre outros aspectos, o discurso psiquiátrico – e acrescentamos os processos medicalizantes – vão produzindo ainda mais inseguranças e incertezas, além de conduzirem perspectivas futuras, padrões de conduta ou modos de ação no trato àquela patologia específica. De acordo com Leite, (2016) ao enquadrar uma criança em diagnóstico nosográfico, temos um problema posto à medida que, se já existia uma vacilação parental, isso de fato se concretizará.

Embora as autoras referidas conduzam suas narrativas permeando as relações familiares, um processo semelhante presenciamos na creche e também na relação professora-bebê, professora-criança pequena. À medida que processos de medicalização vão sendo produzidos, as angústias, as inseguranças e as incertezas das docentes aumentam (ANGELUCCI, 2015; SILVA; SZYMANSKI, 2020), afetando diretamente seu olhar, expectativas e interpretações na relação produzida e estabelecida com o pequeno sujeito que ali está sob seus cuidados. Dessa forma, as interações e as intervenções criadas enquanto professora de creche perpassam diretamente sobre as

suposições que se tem sobre o bebê/criança bem pequena, sobre suas necessidades, suas potencialidades e dificuldades, seu desejo e interesse por essa, ou seja, vai-se imprimindo nesse pequeno sujeito a marca das próprias suposições e as expectativas do adulto cuidador (DE ARAUJO, 2016).

Com esse fio tecido, retomemos a “história inventada” de Vitória. Nela, temos pistas de expectativas, dúvidas, inquietações que Marinês possuía frente ao bebê, inclusive em seu desejo por “descartar alguma coisa”. Enquanto professoras da creche, será que já não nos identificamos em algum momento com Marinês? Quando conversamos com alguma família sobre o desenvolvimento de algum de nossos bebês ou de crianças bem pequenas, já não fizemos a indicação a alguma consulta com algum profissional da Saúde? Acreditamos que, a grande maioria de nós, sim; é aí que entra uma figura de relevante importância nesse processo: a figura médica.

A figura médica pode atravessar de distintas maneiras na vida dos sujeitos, apresentando assim diferentes possibilidades para seu desenvolvimento frente ao fato de entendermos que o exercício médico, tal como é feito, traz em si mesmo a medicalização. A extensão da atenção médica é indissolúvelmente ligada à extensão da normatividade médica (MOYSÉS, 2001).

Entendendo a figura do médico especialista inserida nesse enredo de cuidado da criança, bem como o significativo valor de suas falas aos familiares e às professoras, recorremos ao estudo que Gomes *et al.* (2015) realizaram buscando compreender sentidos e significados sobre saúde mental infantil dos profissionais médicos da atenção primária à saúde por meio de seus discursos. Dentre os resultados, destacamos que, durante os relatos dos médicos entrevistados, o discurso referido à criança apresentava-se de forma genérica, não exibindo elementos da singularidade desse sujeito atendido, sugerindo assim, de fato, limitações de implicação no acompanhamento dessas questões. Não se sabia referir a algo específico de alguma criança frente à justificativa de que todas as histórias são sempre parecidas.

Nessa linha, Miranda (1994) coloca que, ao supor a igualdade de todas as crianças, levamos a uma naturalização – padronização normativa, diríamos – de sujeito criança e de processo de desenvolvimento infantil, bem como um imaginário social único de infância, não considerando que há, ali, uma criança única, cuja história de vida é construída num contexto histórico e sociocultural específico. Desse modo, indagamo-nos: ao generalizarmos determinado

período da vida, o que geramos nos bebês e nas crianças bem pequenas? Estabelecemos modos e tempos precisos de como viver e comportar-se nos primeiros meses e anos de vida? Produzimos estranhamentos e processos de medicalização com aqueles que se afastam dessa lógica imaginária e, logo inalcançável, de bebê/criança bem pequena ideal?

Pande, Amarante e Baptista (2020) também direcionam seus olhares à primeira infância, mais especificamente, ao tecer sobre a prescrição de psicofármacos nessa tenra etapa da vida. Os pesquisadores apontam a naturalidade de como informações sobre diagnósticos de transtornos mentais vêm sendo produzidas e difundidas em nossa sociedade, estando esse movimento relacionado à inflação diagnóstica ou à epidemia de doença mental, inclusive na infância. Os processos de medicalização relacionam-se tanto com a produção de diagnósticos quanto com a farmacologização – sendo essa “a transformação ou a tradução de condições, habilidades e capacidades humanas em oportunidade para intervenções farmacêuticas” (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011, p. 117). Além disso, Pande, Amarante e Baptista (2020) indicam a insuficiência de pesquisas de nível “A” (ensaios clínicos controlados, randomizados, duplo-cego) em relação ao uso de psicotrópicos para diversos transtornos mentais na infância ao contraponto que há uma crescente prescrição e uso de psicotrópicos por crianças menores de seis anos de idade.

Os pesquisadores apontam outro ponto importante de discussão referente ao uso de psicotrópicos na primeira infância: a regulamentação e a orientação para aplicação. Segundo eles, parte significativa dos psicofármacos ministrados a crianças é definida como *off label*, ou seja, não são aprovados por agências de regulação haja vista diferentes questões na indicação do medicamento, como a frequência, a via de administração, a faixa etária, o peso, a dose. Em outras palavras, “o uso *off label* de um medicamento (não apenas psicotrópicos, nem apenas na infância) implica em não haver indícios satisfatórios da eficiência, eficácia e segurança necessárias para a sua autorização” (PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020, p. 2309), porém cabe frisar que essa prática não é proibida, visto o entendimento de que os médicos possuem o direito de prescrever medicamentos para outros usos além dos autorizados.

Mas por que trazemos essa questão do uso de medicamentos por bebês e crianças bem pequenas para nossa conversa? Porque torna-se importante



atentarmos a esses processos psicofármacos, a partir dos processos de medicalização, na primeira infância, à medida que vínhamos discutindo até aqui o quanto os processos medicalizantes influenciam no olhar, na expectativa, no discurso e nos cuidados dos adultos envolvidos na vida desta criança, inclusive a nós professoras.

Se, por um lado, os processos de medicalização de bebês e de crianças bem pequenas passam a afetar nosso comportamento e narrativa sobre esse sujeito, refletindo, assim, em nossa relação com o mesmo e, conseqüentemente, no desenvolvimento desse a partir disso, não seria ingenuidade (ou negligência) de nossa parte fecharmos os olhos frente às marcas que podem ser deixadas por psicofármacos quando entram em cena? Atualmente, há poucas literaturas relatando ensaios clínicos com crianças menores de seis anos, sendo que, o pouco que há, apresenta dados de um corte de tempo de testes muito estreito, não possibilitando, de fato, o conhecimento sobre os efeitos frente ao uso continuado (PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020).

Diante dos apontamentos e das pesquisas apresentadas, podemos entender que os processos de medicalização nos primeiros anos de vida, por vezes, acarretam diagnósticos, muitas vezes dados rapidamente, transformando questões que podem ser de ordem social, temporal ou relacional a questões biológicas atreladas exclusivamente ao bebê e/ou à criança bem pequena, desconsiderando o contexto no qual esse sujeito se insere, sendo cuidado e tendo suas primeiras experiências de vida. Desconsiderando, em outras palavras, de certa forma, sua história de vida até o momento.

Azevedo (2018, p. 454) coloca que, ao lançar um olhar medicalizante sobre a criança, “o cuidador não promove um enigma que permite o vir-a-ser infantil e despertar sua singularidade”. Leite (2016), nessa direção, aponta que um ponto problemático de diagnósticos tão precoces na primeira infância dirige-se ao discurso que se passa a ter sobre o futuro desse sujeito. Assim, certas vezes – para não dizer muitas – é reduzido a um prognóstico patológico, deslocando a narrativa sobre a subjetividade, características, jeitos, preferências para uma narrativa distante e generalista de um saber anônimo do especialista, que sabe falar, é claro, sobre um diagnóstico, mas que não possui a vivência necessária com a criança para saber mais sobre ela do que seus próprios pais, por exemplo.

Quando nos deixamos envolver pelo olhar e pela narrativa medicalizante não estamos respeitando o bebê/criança bem pequena a nossa frente e, ao invés de marcarmos sua subjetividade e o desenvolvimento de modo acolhedor, vamos cristalizando “a criança em uma patologia, dificultando a saída/resgate dela por meio de uma assunção subjetiva” (LEITE, 2016, p. 599).

Supomos, anteriormente, que talvez, movida por uma ideia de cuidado, Marinês tenha lançado seu olhar preocupado com o desenvolvimento de Vitória, necessitando descartar “alguma coisa” do bebê. É necessário atentarmos como a lógica medicalizante se mascara como cuidado quando falamos de bebês e de crianças bem pequenas. Azevedo (2018) expõe isso quando discorre que a partir da proliferação de diagnósticos e de prescrições de medicamentos, medidas interventivas médico-pedagógicas assumem relevância no cuidado com crianças, simplificando, explicando e restringindo, assim, possíveis “sofrimentos ocorridos na infância sob a insígnia de um quadro patológico, fazendo com que existam cada vez mais crianças “cuidadas”, ou seja, medicalizadas (e cada vez mais cedo)” (AZEVEDO, 2018, p. 453).

Se somos mobilizadas a identificar precocemente sinais de possíveis doenças ou de transtornos em nossas crianças da creche a fim de garantir um bom tratamento, também sabemos que “a obsessão por detectar precocemente transtornos mentais na infância parece ser o eixo nevrálgico em torno do qual se articula o DSM-V e o CID 11, o que produz uma tensão significativa” (AZEVEDO, 2018, p. 456) e a incidência de processos de medicalização e de inflação diagnóstica que recaem tanto sobre adultos, quanto crianças, crianças bem pequenas e até mesmo bebês.

Torna-se importante, enquanto docentes da creche, estarmos atentas a esses mecanismos e processos que engendram nossa sociedade e se refletem em nossas práticas, estando cientes e cautelosas de suas lógicas a fim de que quanto mais os expusermos e os fizermos presentes e evidentes em nossas discussões pedagógicas, mais os tornaremos visíveis e perceberemos as marcas que produzem na constituição das subjetividades de nossos bebês e de nossas crianças bem pequenas.

## Pistas finais ou pistas que produzem brechas

Ao adentrar na sala da turma, na semana seguinte, Rebeca encontra Vitória no tapete brincando interessada no corpo de outro bebê. Marinês ao ver a colega do AEE dispara: “A Vitória está outra! Desencantou! Hoje chorou um pouquinho na despedida, mas estava há três dias sem chorar. Está até brincando com os coleguinhas... Vou te dizer, eu estava até achando que ela tinha alguma coisa” (HISTÓRIA INVENTADA 3 – produzida a partir de escuta de outras tantas no cotidiano escolar).

Na história aqui contada, o desfecho da investigação findou-se no diálogo e no apoio encontrado com a professora do AEE – porque esse existia nessa escola inventada – não sendo a criança encaminhada a algum serviço de saúde. No entanto, nem sempre e nem em todos os casos, histórias semelhantes a essa se encerram dessa forma. Por vezes, continuam e vão seguindo outros rumos, perpassando esse olhar patologizante de “tem alguma coisa” a outros núcleos que a criança habita e criando narrativas patologizantes ou medicalizantes sobre tais sujeitos. Em alguns casos, pelo discurso que vai se seguindo, pelas intervenções – ou faltas dessas – mobilizadas a partir dessas narrativas criadas, o que não existia – ou não estava instalado – passa a tomar forma e/ou a ser criado.

Angelucci (2015), ao discorrer sobre a influência dos processos de patologização da vida, convida-nos a pensar o quão atrelada está a diferença ou a singularidade de um sujeito com a classificação de um estado patológico. A autora nos convoca a perceber que há uma generalização e naturalização da medicalização da vida no contexto educacional, no qual a Educação submete seus saberes aos saberes da saúde, transformando uma narrativa, que deveria ser pedagógica, em médica. Tal narrativa médica, embora não se constitua a partir dos saberes da Educação, nem esteja relacionada aos processos de aprendizagem das crianças, vai definindo a trajetória escolar.

Nesse viés, lançamos nosso olhar e propomos a atenção sobre o papel formativo das narrativas sobre os sujeitos, visto que possamos entender a importância dos discursos sobre o desenvolvimento infantil de bebês e de crianças bem pequenas ao ponto “que as narrativas podem ser uma forma de pôr em destaque as singularidades do sujeito ao invés da suposta incapacidade” (HAAS, 2021, p. 03), sendo essas consideradas, desse modo,

dispositivo educativo. Por conseguinte, considerando a narrativa uma ação pedagógica de grande valor e potencial, podemos utilizá-la como uma forma de experienciar nossa humanidade ao ponto que percebemos a utilização dessas no contexto escolar tanto na construção de alternativas quanto à restrição delas, “tratando a ação pedagógica como potente para forjar espaços relacionais para os sujeitos e operar a des(medicalização) da educação pela educação” (HAAS, 2021, p. 04).

Estaria, assim, em nossas narrativas, em nossas mãos, em nossos corpos, em nossos olhares, em nossas práticas a possibilidade de reapropriação de nosso capital cognitivo docente, a fim de lançá-lo em discussões de rede coletiva “evocando enunciados de acolhida de funcionamentos atencionais outros e de revolta à lógica da hiperestimulação, da demanda desenfreada por acúmulo de informação e por resposta automática” (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013, p. 456)? Estaria conosco, professoras, a oportunidade de reinventarmos nossas práticas pedagógicas, nosso olhar sobre as crianças, para que essas possam também, através de nossas interações e relações, (re)apropriarem-se de seus corpos, de seus modos de ser/viver/estar no mundo? Estaria em nosso fazer profissional a possibilidade da elaboração não mais de processos de medicalização, mas sim de singularização, ou seja, de processos em que “tudo que é do domínio da ruptura, da surpresa e da angústia, mas também do desejo, da vontade de amar, de criar” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 52) possam emergir e se fortalecer?

O que, enquanto Educação, escola ou creche, viemos fazendo com as diferenças de nossas crianças? Como temos lidado com elas? Temos valorizado as diferenças existentes entre cada um de nós ou estamos colocando nosso “aparato técnico-ideológico a serviço da busca, identificação e aprisionamento simbólico – por enquanto – dos(as) diferentes” (ANGELUCCI, 2015, p. 03)? Até onde nosso olhar identifica fatores de risco e até onde ele os cria, os produz? Estaríamos buscando, por vezes, a medicalização de nossas crianças? Aqui não nos referimos a fármacos, mas falamos de correções, comportamentos padrões esperados, intervenções e planos de aula elaborados a partir da falta da normalidade de nossas crianças. Como pensarmos nossas crianças por outra lente, a não ser da que nos mostra ela como incapaz, como indivíduo a ser corrigido?

Enquanto professoras, acreditamos na necessidade de responder a esse projeto político que patologiza a Educação por outra lógica, posicionando-nos com nossos saberes para então elaborar e construir práticas significativas nos contextos em que estamos inseridas com nossas crianças, considerando-as e respeitando-as. Em nossos encontros profissionais, nos encontros com as leituras, nos encontros nas escolas, podemos ir movimentando a engrenagem de outra forma, resistindo ao que a sociedade nos convoca, tornando-nos resistência a esse movimento medicalizante da Educação, entendendo que “para resistir é preciso que a resistência seja como o poder [...] tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele [...] que, como ele, venha de “baixo” e se distribua estrategicamente” (FOUCAULT, 2004, p. 241).

Nesse sentido, podemos nos autorizar a criar e a inventar nossas práticas a partir de nossos olhares, saberes e estudos comprometidos com nosso fazer e com o desenvolvimento e aprendizagens das crianças, dialogando com os saberes médicos/psi a partir de um movimento de interconsulta, entendendo como um diálogo entre profissionais, no qual “é necessário um espaço onde as posições ensinantes e aprendentes de cada um possam circular, onde haja uma transmissão recíproca” (FERNANDEZ, 2003, p. 42), ou seja, um diálogo onde cada profissional possa sair com uma pergunta que até aquele momento não se fazia.

E como queremos mais pistas – e/ou encontrar as que nos faltam – sobre os processos de medicalização dos bebês e das crianças bem pequenas e, principalmente, como reduzi-los nos espaços da escola, o diálogo pode ser o caminho. Diálogo da Educação com as demais áreas, mas, principalmente, da Educação consigo mesma, visto que isso é um elemento fundamental na relação com o outro e se constitui por palavras/narrativas – que, ao longo de todo este artigo, viemos apontando como objetos constituintes importantes dos processos que aqui nos propomos a refletir. A partir da escuta das palavras/narrativas da própria Educação sobre seus processos de medicalização, podemos refletir, questionar e buscar alternativas e pistas para nos distanciarmos dos processos de medicalização aparentemente tão corriqueiros. É exatamente por isso que precisamos assumir o nosso lugar, por nossos próprios saberes docentes, compondo e constituindo a rede nos espaços da escola. Que possamos seguir nos indagando, colocando nos pontos de interrogação a possibilidade de um não final em nossos processos de reflexão. Sigamos juntas.

## Referências

ANGELUCCI, Carla Biancha. A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial. **37ª Reunião Nacional ANPEd. GT15 – Educação Especial**, 2015, p. 01-20. Disponível em: <https://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

ANGELUCCI, Carla Biancha. Medicalização das diferenças funcionais: continuísmos nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. **Revista Nuances: estudos sobre educação**, v. 25, n. 1, p. 116-134, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2745>. Acesso em: 22 jan. 2022.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 451-458, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420180107>. Acesso em: 28 out. 2021.

BARBOSA, Saionara Aparecida. Mapeando as controvérsias que envolvem o processo de medicalização da infância. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, p. 01-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31213211>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 01-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42566>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRZOWSKI, Fabiola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>. Acesso em: 28 jan. 2022.

CALIMAN, Luciana. Infâncias medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes? *In*: CAPPONI, Sandra; Vasquez, Maria Fernanda; VERDI, Marta (org.). **Vigiar e medicar**: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs, 2016.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Cláudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos modos de ser e de aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/42057>. Acesso em: 28 jan. 2022.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and medicalization**: from badness to sickness, with a new afterword by the authors. Philadelphia: Temple University Press, 1992. Disponível em: [https://halasocialdeviance.files.wordpress.com/2011/09/peter\\_conrad\\_joseph\\_w\\_schneider\\_deviance\\_and\\_medicalization\\_from\\_badness\\_to\\_sickness\\_\\_with\\_a\\_new\\_afterword\\_by\\_the\\_authors\\_-\\_2nd\\_expanded\\_edition\\_\\_1992.pdf](https://halasocialdeviance.files.wordpress.com/2011/09/peter_conrad_joseph_w_schneider_deviance_and_medicalization_from_badness_to_sickness__with_a_new_afterword_by_the_authors_-_2nd_expanded_edition__1992.pdf). Acesso em: 28 jan. 2022.

DE ARAUJO, Gabriela Xavier. A intervenção do analista com crianças com autismo. **SIG: revista de psicanálise**, v. 5, p. 47-60, 2016.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder, notas sobre clínica e política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DOLTO, Françoise. **Tudo é linguagem**. São Paulo: Martins fontes, 2021.

FERNANDEZ, Alícia. **Os idiomas do aprendente**. Porto Alegre: Penso, 2003.

FOUCAULT, Michel. Não ao sexo rei. *In*: MACHADO, Roberto (org.). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 229-242.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973- 1974). São Paulo: Marins Fontes, 2006.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de. A medicalização escolar: epidemia de nosso tempo, o conceito de TDAH em debate. **36ª Reunião Nacional da ANPEd**, Goiânia – GO, 2013. Disponível em: [http://36reuniao.anped.org.br/pdfs\\_trabalhos\\_aprovados/gt15\\_trabalhos\\_pdfs/gt15\\_3149\\_texto.pdf](http://36reuniao.anped.org.br/pdfs_trabalhos_aprovados/gt15_trabalhos_pdfs/gt15_3149_texto.pdf). Acesso em: 22 jan. 2022.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de; CHRISTOFARI, Ana Carolina; TEZZARI, Mauren Lucia. Atendimento Educacional Especializado e a possibilidade de sustentação da aprendizagem: outras formas de fazer. **Revista Reflexão e Ação**, v. 24, n. 2, p. 137-155, 2016.

GARCIA, Ronaldo Aurélio Gimenes. Arthur Ramos e Durval Marcondes: higiene mental, psicanálise e medicina aplicadas à educação nacional (1930-1950). **Educação & Sociedade**, v. 35, n. 128, p. 951-966, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302014121543>. Acesso em: 12 out. 2021.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>. Acesso em: 11 out. 2021.

GOMES, Fernanda Márcia de Azevedo *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 244-258, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>. Acesso em: 7 jan. 2022.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HAAS, Clarissa. (Des)medicalização da educação pela educação: a potência da ação pedagógica na construção do sujeito de aprendizagem. Resumo expandido, **40ª Reunião Nacional ANPED GT15 – Educação Especial**, 2021.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.



LEITE, Monica Fujimura. Medicalização da infância e seus efeitos. **Colloquium Humanarum**, v. 13, n. Esp., p. 595-600, 2016. Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2016/suplementos/area/Humanarum/Psicologia/MEDICALIZAÇÃO%20DA%20INFÂNCIA%20E%20SEUS%20EFEITOS.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. **Conversações em psicologia e educação**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016.

MARCONDES, Durval. **Noções gerais de higiene mental da criança**. São Paulo: Martins, 1946.

MIRANDA, Marília Gouvea. O processo de socialização na escola: a evolução da condição social da criança. *In*: CODO, Wanderley; LANE, Silvia (org.). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 125-135.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: FAPESP, Mercado das Letras, 2001.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2305-2314, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>. Acesso em: 7 jan. 2022.

SCARIN, Ana Carla Cividanes Furlan; SOUZA, Marilene Proença Rebello. Desmedicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, p. 01-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/NK7KFMcM8Wb9fYrhQgpwj5c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2022.

SILVA, Lia Spadini da; SZYMANSKI, Luciana. Crianças e seus diagnósticos no cenário da educação inclusiva: a perspectiva de mães e professoras. **Educação e Pesquisa**, v. 46, p. 01-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046225328>. Acesso em: 7 jan. 2022.

TAVARES, Gilead Marchezi. Carta à infância. *In*: TAVARES, Gilead Marchezi; MORAES, Marcia, BERNARDES, Anita Guazzelli (org.). **Cartas para pensar: políticas de pesquisa em psicologia**. Vitória: EDUFES, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort\\_%20by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0](https://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_%20by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0). Acesso em: 7 jan. 2022.

VORCARO, Ângela. O efeito bumerang da classificação patológica da infância. *In*: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Silvia (org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 219-230.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **Problemas da defectologia**. São Paulo: Expressão Popular, 2021.

WILLIAMS, Simon; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of health & illness**, v. 33, p. 710-725, 2011.

WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, Donald Woods. **Bebês e suas mães**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

## **Estudantes com autismo e a universidade: conversações**

Daniele Noal Gai

Este texto parte da transcrição de uma conversa, um diálogo sobre o tema “estudantes com autismo e a formação acadêmica na universidade”. O presente texto foi organizado como uma conversação instigante, complexa e atual. Foram realizados alguns pequenos movimentos de escuta, usando a gravação da conversa, a transcrição de aspectos significativos e, posteriormente, ajustes, com a inclusão de referenciais teóricos, a complementação de termos, o adensamento de exemplos, a ilustração com situações vivenciadas e com testemunho de atividades na universidade. Optou-se pelo formato de pergunta, provocação, questionamento e isto gera respostas, diálogo, exemplificações. Este texto e a sua autora afirmam a conversa para produção de pensamento, assim como afirmam o bate papo formal ou informal como disparador de pensamento, portanto, respeita-se as repetições, os silêncios, as pausas, a conversa acontecendo. A aula cheia e planejada está em destaque. A aula aconteceu.

### **Provocações sobre a escolarização das pessoas com autismo**

*Provocação:* – Começo a conversa buscando referências no campo da educação especial na perspectiva da educação inclusiva. Dentre experimentações, escritos, estudos, leituras, orientações é que encontrei argumentos e ações propositivas para a inclusão de pessoas com transtorno do espectro autista na universidade.

*Diálogo:* – E este é o tema que nós estamos trabalhando, que embora tema antigo em minha formação e estudos, ainda seguimos com várias problemáticas, com poucas proposições sociais efetivas. Em certa época, entendia-se a pessoa com transtorno do espectro autista a partir de níveis de habilidades, níveis de desenvolvimento, níveis de complexidade, e olhava-se para as limitações da pessoa, desconsiderando uma estrutura social

excludente, porém, atualmente, sabemos que se trata de um espectro amplo, dentro do espectro reconhecemos diferentes modos de ser, existir, aprender e narrar. Outra aprendizagem importante que tivemos recentemente refere-se ao apoio e suporte para cada uma das pessoas que estão no espectro autista, e não se trata de níveis que limitam ao ponto de inferir ou diagnosticar incapacidade. Se pensarmos o que significa espectro, talvez, entendamos melhor as múltiplas possibilidades de ser, de se compor e existir no autismo. Existe uma variedade de modos de ser – variadas maneiras de se apresentar, variadas condições, atitudes, comportamentos, sensações, inteligências, hábitos, costumes, culturas. Para cada modo um ethos. Seria necessário, se não urgente, uma comunidade inteira comprometida, para não apenas problematizar e questionar, mas para alterar perspectivas, mudar estruturas discriminatórias, normalizadoras, medicalizadoras e despotencializadoras das pessoas com deficiência.

Como transpassar a linha da deficiência, a marca de incapacidade, o diagnóstico de debilidade mental, de inaptidão física ou inépcia sensorial? Como tal homem inventa-se, transpõe tal linha, resiste aos discursos vigentes sobre a deficiência? Como ele confronta o poder da marca, da tarja, da classificação e ultrapassa as suas próprias relações de força? Quais as matrizes de experiência na deficiência [...]? Como, na deficiência, tornar-se sujeito de si mesmo? Como abrir as possibilidades de um aluno com deficiência na contemporaneidade? Como produzir um corpo sempre prestes a epifanizar-se? Como produzir um corpo com deficiência na deficiência [...]? (NOAL-GAI, 2014, p. 02)

*Ponderações:* – De que modo pensar e estruturar a inclusão e a permanência dos estudantes com transtorno do espectro autista na universidade? A inclusão pode se dar, mas como pode ser trabalhado em um ambiente como o próprio do contexto universitário? Como contemplar os estudantes que estejam dentro do espectro no contexto de formação universitária?

*Argumentações:* – É importante afirmarmos o espaço da educação com um espaço que precisa construir pensamento, precisa construir ações, precisa construir arenas, estruturar espaços para incluir o estudante com deficiência, assim como a pessoa com autismo. Quando digo que precisa, é por constatar que há muito a ser realizado, nada está dado, pronto, assentado. Costumo pensar que a educação produz aberturas, não necessariamente abertura de processos pedagógicos, estes são artesanizados por uma comunidade inteira em ação. A educação faz aberturas tanto dos espaços físicos como

dos currículos e possibilidades de mudança de cada envolvido. Existe um espectro, pensemos nisto, pois exemplificamos acima. Existe uma grande possibilidade de encontros com pessoas muito diferentes daquelas que encontramos regularmente, tanto nas escolas que são inclusivas quanto nas universidades que em geral são excludentes. Teremos uma grande possibilidade de encontrar pessoas e este ponto é muito simples. E mais, não temos conhecimento a priori sobre cada pessoa e isto é básico para a compreensão do tema. Existe uma possibilidade muito grande de um estudante passar pela universidade sem qualquer apoio pedagógico, sem suporte ou mediação de seus professores. O que não significa que este estudante não encontrou impedimentos, barreiras estruturais excludentes. Podemos sim encontrar estudantes com autismo que irão dialogar, que experimentarão, que com suporte específico e apoio pedagógico especializado farão importantes entradas no currículo da sua graduação, concluindo a formação com adequações que são parte de seus direitos.

*Diálogo:* – Se pensarmos na escola, em crianças e jovens, esta perspectiva mudará?

*Exemplificação:* – Podemos também encontrar crianças com autismo que brincam, que vão construir relações, que com o encontro alegre e potente, que tanto a professora quanto o professor poderão explorar inúmeras possibilidades de encontro, de partilha, de troca, de comunicação, de ensino-aprendizagem. As entradas no currículo escolar são diversas e inesgotáveis, tanto quanto as habilidades de pensamento e planejamento das professoras e professores. As condições para a formação e planejamento docente precisam ser asseguradas, pois destes momentos é que partirão diferentes respostas aos desafios e aos problemas enfrentados na sala de aula. E os problemas podem ser muito simples, como organizar a rotina, falar com cada estudante de forma a afirmar e reconhecer as singularidades. Também é possível encontrar um outro, uma pessoa com outras características, com outra presença, em que o estranhamento por parte das professoras e dos professores se sobreponha, pois pulsa, pulula, e toca profundamente. Imaginemos que estamos em um processo de adaptação, em que ambos se estranham, mas que não têm escolha, devem se respeitar e conviver. Não parece simples e não podemos minimizar as sensações deste encontro estranhado. E não vamos deixar de dizer que a escola é um espaço, sim, de acolhimento, é um espaço, sim, de inclusão.

Nós confiamos no acolhimento e na comunicação para a inclusão escolar e social das pessoas com deficiência. Quando digo *nós*, estou falando das professoras da área de Educação Especial e Inclusão, do Departamento de Estudos Especializados, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nós acreditamos que a escola é um espaço que acolhe, um espaço de refúgio, um espaço de cuidado também. Isto na universidade, na escola, na educação infantil, por exemplo, em que as crianças estão chegando com diagnósticos de autismo muito pequenas. E se este diagnóstico não é apresentado pela família, imediatamente recorre-se a um. Estamos presenciando mudanças também, em que docentes fazem as suas observações, os seus registros, as suas inferências, constroem hipóteses e diagnósticos pedagógicos baseados nas possibilidades, em estímulos básicos externos, nas potencialidades das crianças.

Docentes, assim como a família, precisam entender um bebê, uma criança pequena, sua repetição de expressões, a sua gagueira, a sua demora, o silêncio, a espera, um atraso, um momento para descansar, um tempo para sentar-se, aquele dia para esperar mais um tempo. Parece-me necessário, e tão simples, entender um ritmo. Afirmar o seu próprio ritmo, de uma de nós, de cada uma de nós, o ritmo que é meu, que é o nosso. Nós que estamos aqui conversando, nessa entrevista, nós que estamos aqui aproveitando deste diálogo, este ritmo é de cada qual. E se pensarmos no ritmo de crescimento, de florescimento, da natureza, não serão diferentes a compreensão e o raciocínio realizados. Pensar espaços de acolhimento e refúgio na escola é pensar e produzir com o movimento, com certa bagunça, com pouca harmonia, com nenhuma homogeneidade. Cada qual vai existir, habitar, aprender, produzir com/no/o seu ritmo. Há que se pensar em cada qual de acordo com as suas singularidades e potencialidades. Há que se pensar e propor espaços escolares que acolham e sejam refúgio de toda e qualquer pessoa. Ter um ritmo próprio, está aí uma característica a ser assegurada às pessoas com autismo.

*Inquietações:* – E os estereótipos e os estigmas?

*Poucas Respostas:* – Trata-se de uma dificuldade historicamente perpetuada, a incapacidade da afirmação da diferença em si, da multiplicidade e dos modos outros de existir. Encerra-se as pessoas em estereótipos e estigmatiza-se. A partir de um diagnóstico de autismo imediatamente estabelece-se uma imagem generalizada e homogeneizadora das

peças com autismo, e esta imagem vem carregada de uma valorização social negativa e excludente. Os estereótipos em torno do transtorno do espectro autista ressaltam estereotípias, ecolalias, vocalizações, embalos, manias, obsessões, gestos, agitações do corpo, restrições à convivência e à participação, restrições a contextos e trocas sociais etc. E no caso dos estigmas, são marcas advindas de preconceitos, de impressões equivocadas sobre a deficiência, construções religiosas sobre a deficiência, em geral marginalizadoras. A estigmatização pode ser entendida, para ser combatida, se refletirmos sobre o quanto segrega-se socialmente as pessoas com autismo.

Inclusive nós questionamos as marcas da deficiência, as marcas estigmatizadoras, as marcas incapacitantes e lutamos contra, ainda mais nestes tempos sombrios e de fascismos. Isto para que as pessoas com deficiência não sejam limitadas aos estereótipos, a uma característica marcadamente incapacitante, a um modo de ser prescrito pelas narrativas biomédicas, por exemplo. Socialmente e comumente circulam narrativas e narratividades que acabam classificando as pessoas com deficiência de modo despotencializador, embasando-se em saberes e produções cognitivistas, comportamentalistas, normalizadoras, medicamentosas etc.

Clinicamente, pela ótica contrária a uma clínica da vida, autoriza-se modos despotencializadores, especialmente pelo imediatismo, pela precarização do atendimento clínico, pelo fato de a educação permanente em saúde não vigorar nos espaços de gestão e assistência, nas unidades de saúde e nas clínicas de saúde. Percebemos que para a execução de um atendimento, da assistência e do cuidado em saúde, os manuais são praticados. É bastante comum a classificação e nomeação dos casos de autismo com base nos manuais para elaboração de diagnósticos, a partir das queixas dos familiares, e em alguns casos complementa-se com as queixas brevemente relatadas por docentes da pessoa com deficiência. Nas formações nos cursos de graduação na área da saúde parte-se da objetividade dos manuais e da objetividade das práticas de cuidado. E para isto chamamos a atenção, e realmente precisamos estar alertas, é que podemos criar formas de organizar o modo de dizer sobre/das/as pessoas, mas que acabam notadamente limitando as potencialidades de ser. A nomeação de um estudante a partir de um diagnóstico pode limitar e não qualificar o processo de inclusão social e escolar. Vejamos o que disse Deleuze em *Conversações sobre medicina e que nos serve para pensar* (1992, p. 170-171):

Existe um problema muito importante na medicina, que é a evolução das doenças. [...] A história da medicina é feita desses agrupamentos, desses isolamentos, desses reagrupamentos, que os meios tecnológicos, ainda aqui, possibilitam, mas não determinam. O que aconteceu desde a guerra em relação a isso? A descoberta das doenças de “estresse”, onde o mal não é mais engendrado por um agressor, mas por reações de defesa não específicas que se precipitam ou se esgotam. [...] Talvez estejamos indo em direção a doenças sem médico nem doente, como diz Dagognet em sua análise da medicina atual: existem imagens mais do que sintomas, e portadores mais do que doentes. Isso não convém à seguridade social, mas também é inquietante sob outros aspectos. É impressionante que esse novo estilo de doença coincida com a política ou as estratégias mundiais.

*Questionamentos:* – Queria dizer também que é importante olhar para as pessoas com autismo a partir da educação e suas perspectivas?

*Possibilidades:* – As pessoas com deficiência têm direitos. Primeiramente pensemos na equidade, que seria pensar de modo muito simples em aplicar o direito de forma justa. Garantir direitos dentro da justa análise de processos humanos singulares, fazer apreciação do humano em si, da diferença em si, respeitando a igualdade de direitos. A educação vai muito além da escolarização. E, por isto, não neguemos a educação comunitária, a educação social, a educação familiar, a educação embasada nos direitos humanos e nos direitos da natureza.

A educação, em sua perspectiva filosófica, não é técnica, mas sim prática, ação, processo, acontecimento, vivência, duração. A educação é direito de todas as pessoas, é dever do estado (instituições) garantir. As pessoas com deficiência, os estudantes com autismo, as mulheres e os homens, as meninas e os meninos, os brancos e os negros, a população LGBTQ+, todos, todas, todes devem ter garantidos os seus direitos fundamentais. Desde a moradia à alimentação, embora a miséria que se instala mais uma vez em nosso país e na vida das pessoas com deficiência. E o que queremos ressaltar são os cuidados substanciais, sustentados pelo afeto e estímulos ao desenvolvimento e aprendizagem: trata-se de direitos inegáveis! Não estamos prescrevendo, não é uma diretriz medicalizadora, não é uma condição imposta: trata-se de direito! A Lei Brasileira de Inclusão no Capítulo II, Da Igualdade e da Não discriminação, diz o seguinte:



Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades como as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.

§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas (BRASIL, 2015).

*Retomemos:* – Sim, é importante olhar para as pessoas com autismo a partir da educação e suas perspectivas, sobretudo das condições de acesso à escola e à escolarização. Podemos pensar que não é suficiente para a aprendizagem que o estudante com autismo esteja dentro da escola. Para chegarmos à escola e à escolarização das pessoas com autismo foram inúmeras e diferentes lutas. Precisamos pontuar que são conquistas, narrativas, proposições e movimentos de pessoas com deficiência, familiares e trabalhadores da área da educação especial na perspectiva da educação inclusiva. E há anos acompanhamos os movimentos internacionais das pessoas com deficiência com marcos significativos em conferências, fóruns, assembleias, reuniões e mobilizações mundiais. Sugeriria o documentário “Crip Camp: revolução pela educação” (2021). Vejamos a educação como direito a partir das narrativas das pessoas com deficiência, além da potência da mobilização coletiva. Não podemos ignorar as narrativas sobre como é vivenciar a luta por direitos frente a tantos processos sociais excludentes.

## **Por uma vida escolar e aprendizagens para todas as pessoas**

*Repetição:* – E no caso das pessoas com autismo, é frequente o relato sobre escolas que não são inclusivas, mas o que significa isto?

*Constatações:* – O que vai muito além dos materiais, das questões físicas, das questões arquitetônicas, para além do acesso físico a um lugar, do acesso a uma estrutura com pátio, portas, janelas e paredes. O que vai muito além de entrar dentro de um casco, uma casca, um invólucro, um teto. É necessário planejamento para que os processos de escolarização das pessoas com autismo sejam inclusivos. E esta é uma constatação: deixamos de lado o

planejamento que considera aspectos complexos, aspectos gerais, aspectos específicos e aspectos locais de um planejamento escolar. Planejamento sobre a vida escolar, planejamento dos processos de escolarização de crianças, jovens e adultos, planejamento do trabalho e do fazer pedagógico de professoras e professores. O planejamento responsável, ético e inclusivo de um ponto complexo da vida humana na contemporaneidade: a vida escolar. E este aspecto sim, retomando uma provocação anterior, é parte das técnicas e modos de fazer educação. Fazer um planejamento envolve a complexidade da vida escolar e, também, questões objetivas da vida escolar. Estamos pensando em um planejamento estruturado a partir de processos educacionais inclusivos, políticas educacionais, projeto pedagógico e ações estruturadas em um documento basilar que dê condições para uma vida escolar.

*Seguindo:* – E isto serve tanto para a escola quanto para a universidade?

*Ponderações:* – E isto constatamos na escola, a partir de nossas ações e atividades de ensino, pesquisa e extensão, quanto na universidade, principalmente pela experiência da docência universitária há tantos anos. Um planejamento consistente requer a gestão dos processos de formação continuada, com incentivo aos processos coletivos de planejamento. Tudo isso com resguardo de carga horária, reserva de tempo de trabalho, para estabelecimento de diálogo, criação, escrita, leitura e estudo, para a construção de planos para uma escola ou universidade. E pensemos que é necessário aproximar a palavra escola da palavra inclusiva, a palavra universidade da palavra inclusiva. Para além das palavras compostas, ações! O que parece tão próximo não é, o que parece tão óbvio, não é. Uma escola não é inclusiva por natureza, por território, por localização, por sua história, por sua gestão, por ter casco, por suas paredes. Uma universidade não é inclusiva por sua história, por sua excelência, por seus prêmios, por seu corpo docente, por sua gestão.

*Voltando:* – É muito bonito vivenciar a formação de professores. Existem sim as pessoas que não se implicam, que não se reúnem, que não têm disposição para fazer ações e projetos coletivamente. Para parar e planejar! E nós conhecemos, testemunhamos ações, assim como as que descrevi acima: um planejamento com a gestão dos processos de formação continuada, com incentivo aos processos coletivos de estudos e criação. Existe a implicação da grande maioria dos profissionais responsáveis pela

liderança dos processos de planejamento, principalmente nas escolas públicas. As professoras e os professores se reúnem com/nos seus coletivos, fazem formação, estudam muito, tanto individualmente (buscando cursos de pós-graduação, cursos de extensão, cursos de aperfeiçoamento, cursos de especialização em atendimento educacional especializado) quanto no grupo docente, sobretudo, pensando na aprendizagem dos estudantes. Para que a pessoa com deficiência seja incluída em uma comunidade de relações complexas, com participação, com ação, em atividades, nas aulas, nas vivências, nas experiências coletivas, na vida escolar.

E a nossa pesquisa tem feito esta relação e parceria, com os sistemas de ensino, com as escolas públicas, se aproximando do planejamento, da estruturação do currículo, da organização didática e da sistematização da avaliação. A pesquisa e extensão que coordeno dedica-se há muitos anos ao processo de escolarização das pessoas com deficiência, avançando na discussão da política em direção ao planejamento, ao estabelecimento de um currículo e uma didática inclusiva. Recebemos em nossa equipe de pesquisa e extensão estudantes de graduação com deficiência. Orientamos estudantes com autismo em seus processos de estudos, formação e graduação em licenciatura. Um privilégio para a vida ter condições de ser escolhida e orientar estudantes com autismo em formação em licenciatura. Sair, ir, vir, mobilizar, estudar, ir até escolas, ver suas construções de subjetividade e identidade docente. Estudantes que tiveram a experiência da escola inclusiva, com experiências potenciais no atendimento educacional especializado, por exemplo. Trata-se de algo importante para começarmos a desmistificar impressões sobre o tema de nossa conversa, que é a formação de estudantes com transtorno do espectro autista.

*Afirmção:* – E falamos da inclusão de indivíduos historicamente apartados da universidade.

*Pergunta:* – Nos tempos sombrios e de pouco investimento em processos coletivos e inclusivos ainda é possível uma afirmação deste tipo? Estes são os tempos em que vivemos, de desqualificação da escola inclusiva, uma vez que o Ministro da Educação atual declarou que as pessoas com deficiência atrapalham seus colegas sem deficiência. As mudanças, as lindezas, as conquistas, são inúmeras e os retrocessos, as violências, a destruição de planejamentos, são tão expressivas e devastadoras quanto. Em termos de pesquisa, o avanço é considerável, as proposições para

a educação têm sido atenção de pesquisadores importantes do cenário acadêmico nacional. Nos números das pesquisas oficiais, com dados dos sistemas de ingresso nas redes de ensino, temos a mostra tanto do acesso das pessoas com autismo na escola na educação básica quanto na universidade. Desde os anos 1990, com números expressivos, e depois da política de educação especial na perspectiva da educação inclusiva de 2008, com a construção e investimento do atendimento educacional especializado, estes números aumentaram potencialmente. Hoje testemunhamos uma volta aos processos de segregação, diria até de enclausuramento e privação de liberdade, porque o investimento em políticas inclusivas diminuiu em relação a outros investimentos também emergenciais. As políticas públicas inclusivas, de uma forma geral, foram desinvestidas em períodos autoritários como este em que estamos sitiados. O investimento na formação docente, para que esse corpo profissional possa planejar um trabalho que acolha e inclua, que possibilite o acesso, a permanência e a aprendizagem dos estudantes com deficiência, diminuiu muito, desviado do objetivo subsumiu. Falamos também de investimentos financeiros e orçamentários – salário, materiais, recursos, instrumentos, estruturas. O mínimo considerado, é a garantia da qualidade, o que é muito diferente do mínimo investimento precarizado.

Hoje (2021-2022) muitas pessoas estão ficando fora da escola, porque as condições da escola também mudaram com essa falta de recursos, com o cancelamento de algumas ações que estavam previstas nas políticas de educação inclusiva. O que não é diferente na universidade, com certo agravamento por não considerarmos a reparação, a equidade e as memórias das populações, para assegurar o ingresso no ensino superior. O que na escola consideramos como acesso e permanência do estudante com autismo pelo direito de todas as pessoas à uma vaga em uma unidade escolar. Na universidade consideramos a reserva de vagas, pelo direito afirmado nas políticas afirmativas. Na universidade reivindicase a permanência dos estudantes com deficiência e na escola objetiva-se, atualmente, aprendizagens significativas. É o que temos observado: educação básica com mais tempos de efetivação e experimentação de processos inclusivos potentes. Sugiro pensarmos o que assegura a Lei Brasileira de Inclusão no que se refere aos processos seletivos para ingresso no ensino superior:

Art. 30. Nos processos seletivos para ingresso e permanência nos cursos oferecidos pelas instituições de ensino superior e de educação profissional e tecnológica, públicas e privadas, devem ser adotadas as seguintes medidas:

I - atendimento preferencial à pessoa com deficiência nas dependências das Instituições de Ensino Superior (IES) e nos serviços;

II - disponibilização de formulário de inscrição de exames com campos específicos para que o candidato com deficiência informe os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva necessários para sua participação;

III - disponibilização de provas em formatos acessíveis para atendimento às necessidades específicas do candidato com deficiência;

IV - disponibilização de recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva adequados, previamente solicitados e escolhidos pelo candidato com deficiência;

V - dilação de tempo, conforme demanda apresentada pelo candidato com deficiência, tanto na realização de exame para seleção quanto nas atividades acadêmicas, mediante prévia solicitação e comprovação da necessidade;

VI - adoção de critérios de avaliação das provas escritas, discursivas ou de redação que considerem a singularidade linguística da pessoa com deficiência, no domínio da modalidade escrita da língua portuguesa;

VII - tradução completa do edital e de suas retificações em Libras (BRASIL, 2015).

Em relação à pesquisa, aos dados de pesquisas e aos processos escolares inclusivos, precisamos tencionar, problematizar, pensar o que temos de ambivalente atualmente. Praticamente tudo que falamos aqui é ambivalente. Ao mesmo tempo que retrocedemos em algumas práticas, temos muitas conquistas, qualidades, potencialidades e melhoramentos em outras. Quando falamos que a educação cria espaço de acolhimento, de cuidado, de incentivo, de afeto, de hospitalidade, de refúgio, uma arena de troca, arenas que possibilitam encontros, espaços que possibilitam a construção de vínculos e de aprendizagens, ao mesmo tempo que afirmamos tudo isto, também precisamos dizer que testemunhamos absurdos. Semanalmente acontecem desligamentos da universidade, a desistência de estudantes universitários de seus cursos, o trancamento e cancelamento de algumas disciplinas de seus cursos. Devido à organização e estrutura burocrática, engessada e excludente da instituição, devido às práticas excludentes de docentes, e até mesmo da falta de suporte similar ao que recebiam na escola inclusiva, como o acompanhamento pedagógico a partir de um

plano individual, além do atendimento educacional especializado. Assim como podemos retomar a memória e reforçar, para não esquecermos, uma matéria recente que revelou o enclausuramento em jaulas, em condições absurdamente precárias, de mulheres com deficiência. Outra notícia, que não pode ser esquecida, é a dos discursos e práticas do Ministro da Educação do país, amplamente discutida pelo movimento das pessoas com deficiência, pelos coletivos de estudantes autistas de diferentes universidades, que se reorganizaram no ano de 2021 e que denunciaram a irresponsabilidade perante a tantos documentos oficiais que asseguram e legitimam a educação inclusiva em nosso país e no mundo. Conforme a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015) em seu art. 5º: “a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante”.

São inúmeros movimentos, são muitas pesquisadoras e muitos pesquisadores envolvidos, a pensar possibilidades, não apenas para a escola inclusiva, mas para a vida. Afinal, iniciemos pelo planejamento básico: por uma vida escolar para todas as pessoas. Por uma vida não medicalizada na universidade. A rotina, a existência, a convivência, no cotidiano, no mundo, na unidade, têm muitos professores, trabalhadores do campo da educação inclusiva, pesquisadores do campo da educação inclusiva, dedicados a tudo isto. São investimentos de esforços para apontar questões básicas, que para alguns são óbvias e redundantes, são esforços para criar possibilidades, para confrontar práticas segregacionistas e excludentes. Confrontar os retrocessos, algo que escuto diariamente na minha área, ainda que com sons, gestos e vozes cansadas, pois estamos esgotados. São muitos argumentos, sistematizações, organização de formações, produção intelectual, reuniões estratégicas e aulas cheias, para que derrubemos com força o preconceito, a banalização da potência de cada corpo, de cada pessoa, de cada estudante, de cada pessoa com deficiência.

Precisamos de muitos argumentos vivos, de experiências potenciais, de relatos dignos e justos, de acontecimentos reais e locais, que passam pelos números, passam por uma pesquisa quantitativa, mostrando o acesso potencial de estudantes com autismo na escola e na universidade. Precisamos também todo tempo dizer como fazer, como potencializar, como produzir potência, construir a permanência desses estudantes na escola. Buscar as experiências sobre o que estamos vivendo, sobre o que se vive numa universidade, que também retrocede e se confronta com as suas limitações.

No nosso grupo, o Projeto Geringonça - Pedagogias da diferença, ecologias da vida (2022), as pessoas com deficiência são parte da equipe, atuam em todo o processo de planejamento e intervenção das ações de pesquisa e extensão. Os graduandos e os egressos, os mestrandos e doutorandos se encontram para produzir percursos comuns e um convívio que envolve a formação acadêmica e transpassa até a vida para além da universidade. Destacamos um participante, um estudante com autismo que com a convivência super afetiva, divertida, altamente inteligente, muito intuitivo e criativo, trazia para o grupo muitos desafios. Um grupo que está ou esteve na universidade, em contato com esta universidade deste tempo, que ainda precisa se pensar muito, a ponto de garantir que um estudante com autismo faça seu processo de graduação, de formação acadêmica, sem risco de evasão, sem risco de abandono, sem risco de cancelamento, sem risco de desligamento, por motivos diferentes daqueles do seu desejo. Testemunhamos nesses anos de universidade a evasão, o abandono, o cancelamento, o desligamento, justamente por falta de acompanhamento e escuta das questões individuais, e por vezes negligenciando respostas a questões fáceis de solucionar como, por exemplo, adequando instrumentos de avaliação para um estudante com deficiência. Convocar a universidade a se pensar é chamar a comunidade a se pensar. “Pensar é sempre experimentar, não interpretar, mas experimentar e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer” (DELEUZE, 1992, p. 136).

*Questão:* - E se incentivassem os estudantes universitários, tal como incentivam as crianças, a serem receptivos e acolhedores?

*Pensamentos:* – Uma proposta relevante. Sim. Vou acolher o meu colega, vou acolher para quem está aqui, para quem está chegando, para quem ainda não conseguiu realizar todas as atividades e avaliações por falhas na comunicação, por entraves na didática, por conflitos nos tempos e cobranças... acolher com cuidado e com respeito a essa pessoa e incentivar as pessoas sem deficiência a estarem abertas para esses aprendizados, para que o acolhimento também aconteça mutuamente, dos dois lados. Todas estas proposições alteritárias, relacionais, atitudinais, mobilizam aprendizagens com a outra pessoa.

Pensem na potência da diferença, na potência de diferir, na potência do devir. Se encontro algo que me compõe de outra forma, construo em mim outras possibilidades de ser, estar e aprender na universidade.

Sobre os tempos, as formas de comunicação, a forma como a gente faz as coisas, como a gente vive cada situação, as nossas experiências, sejam elas no espaço escolar, sejam elas no espaço acadêmico da universidade, sejam elas na vida... está diretamente relacionado a quanto isso agrega e contribui para nosso crescimento pessoal, individual, singular, de ambas as partes. Quanto a universidade e a escola regular ganham e crescem com a presença das pessoas com deficiência, das pessoas com autismo?

A amizade pode acontecer e é urgente incentivarmos estas trocas na universidade. Não estamos em uma empresa, não estamos organizados para uma competição, não queremos e não podemos querer ganhar notas e prêmios isoladamente ou solitariamente. Um movimento bonito e benéfico, que agregue, que realmente inclua - para uma vida potente, para uma vida não medicalizada na universidade.

Nós vamos, dessa forma, tencionar a ponto de ser feita uma concentração de esforços, e estamos nos referindo às professoras e aos professores, para conseguir ampliar o acesso, a permanência, a aprendizagem e a vida não medicalizada na universidade. Para que os estudantes se sintam confortáveis, mais encorajados durante as aulas. Consideramos importante dizer que são as professoras e os professores que podem agir sensivelmente, a partir de uma pedagogia sensível. E isto no currículo das áreas das linguagens, nas áreas das ciências, nas áreas das ciências da saúde, em diferentes cursos de graduação ou pós-graduação. A docência na universidade importa muito para o que se dá nas relações entre pessoas, a atuação destas pessoas em seus campos de estágio e trabalho, na vida profissional e relacional de inúmeros egressos da universidade. Se pensarmos na artesanaria, que como docente artesã cria sua aula e sua didática, muitas possibilidades podemos encontrar para a educação de pessoas com deficiência. Estávamos há pouco no grupo de orientação, na aula que ministro, do estágio docente intitulado educação especial, processos e práticas, e justamente sobre isso que falávamos: como produzir um planejamento, uma intervenção pedagógica e uma avaliação inclusiva? Não existe uma prescrição, é necessário estudo e pesquisa docente sobre a sua prática pedagógica na universidade. Se seguirmos todos o mesmo modelo engessaremos os processos de entrada no currículo e a experimentação de cada estudante. Um percurso é sempre pensado. Um percurso, sim, um caminho para cada estudante.



*Questão:* – E se incentivassem as professoras e os professores universitários, tal como incentivam as crianças, a serem receptivos e acolhedores?

*Sugestões:* – A professora e o professor também podem pensar dentro de um coletivo as suas disciplinas, produzindo as suas aulas na universidade dentro de um grupo interdisciplinar, por exemplo. É possível planejar a sua aula, planejar o seu semestre, planejar o seu ano, de uma forma que flexibilize, mobilize, complexifique os conteúdos e as entradas dos estudantes no currículo, na ementa, nos conteúdos das disciplinas. As aulas podem ser pensadas com momentos em que os aspectos mais simples e práticos são demonstrados e experienciados, até o momento em que os aspectos mais complexos e abstratos vão ficando mais familiares aos estudantes, consolidando a aprendizagem com aspectos compreensíveis para qualquer estudante/aprendiz. Significa que o docente pode estar todo tempo junto, dialogando com todos, construindo espaços de diálogo sobre o que está sendo dito, demonstrado, exemplificado, decodificado, explicado... Não se trata de minimizar informações ou retirar informações. Ter os conhecimentos movimentados do simples ao complexo, é sobre como modelar uma aula, como modelar um encontro de trocas de aprendizagens, modelar cada proposta didático-metodológica. Tornamos a dizer que não existe uma prescrição, realmente não tem um formato, um modelo, o que é importante é o estudante com deficiência chegar como ele é, ser como ele é e poder tornar-se outro, se sentir acolhido do seu jeito, ter sua diversidade afirmada e nunca ter as suas necessidades diminuídas ou expostas. O que significa dizer que a aprendizagem na universidade comporá o estudante com deficiência a ponto de suas perspectivas e práticas se transformarem - a sua condição e deficiência não.

Sendo, dessa forma, imprescindível assegurar o que está na lei, que os estudantes tenham a garantia, inclusive na universidade, do apoio pedagógico, do atendimento educacional especializado. E a educadora e o educador do apoio pedagógico especializado darão suporte para a professora e o professor da sala de aula comum. O professor de sala de aula não pode se eximir do compromisso de fazer uma aula que inclua o estudante com deficiência, e neste caso, o estudante com autismo. Possibilitar o apoio pedagógico, a comunicação entre educadores deste apoio e professores da sala de aula comum, fará com que sejam ampliadas as condições de aprendizagem. O que se quer, objetivamente, é que o estudante com autismo permaneça, aprenda, estagie e se forme.

Inclusive, façamos uma ressalva, não se trata de invadir a privacidade de estudantes ou se deixar ser invadido em sua privacidade também. Aproximar-se e acolher os estudantes não significa apadrinhamento, maternagem ou paternalismo. Aproximar-se de forma hospitaleira e sensível, é o mesmo que esperamos em todo e qualquer lugar em que chegamos pela primeira vez. É um processo de aproximação em que a professora e o professor poderão aprender mais sobre as necessidades educativas de seus estudantes, os percursos que eles percorreram até chegar à universidade.

A primeira sugestão, o que sempre funciona, é a conversa com escuta. E então, para traçar um plano, uma estratégia singular para estes estudantes com deficiência, é importante que entendamos o contexto, o território, de onde são, qual escola frequentaram, como foi o seu processo de escolarização. Saber qual a distância que percorre, se utiliza transporte público, se necessita de acompanhante, se faz uso de recursos de acessibilidade. O que cabe perguntar é se a professora e o professor universitários, dentre todas as suas atividades, de gestão, ensino, pesquisa e extensão, conseguiriam fazer essa conversa com escuta. Quem trabalha no apoio pedagógico especializado, no atendimento educacional especializado, também precisa conhecer essa malha complexa da vida das pessoas com deficiência, além de saber um pouco sobre a família ou comunidade em que o estudante vive.

Algumas adequações na avaliação podem ser combinadas com o estudante com transtorno do espectro autista e também podem ser explicadas, conversadas e ditas quais foram as adaptações realizadas, dividindo com a turma, para os outros estudantes se apropriarem, porque eles vão fazer isto na sua vida profissional, como educadoras e como educadores. Quando não se tornarem trabalhadores e colegas de pessoas com deficiência fora da universidade. Precisamos reforçar que existem, estão registradas, estão sistematizadas, as flexibilizações e as adequações nas avaliações para estudantes com deficiência. Como conversamos aqui, longamente, trata-se de um direito dos estudantes, e eles não podem ter essas adequações negadas. O que avançamos, parece-nos, é que as adequações podem ser explicadas de uma forma didática, todos os estudantes de uma turma ou curso precisam aprender sobre os processos complexos para a permanência e aprendizagem de seus colegas com deficiência. Defendemos que a complexidade do planejamento pode ser mostrada, não é uma coisa velada, assim como não é um privilégio a avaliação diferenciada e adequada às necessidades dos estudantes com autismo.

Infelizmente isso tudo tem tomado tempo de pessoas perversas, tornando perigoso o cuidado em produzir condições legais e práticas para a inclusão de pessoas com deficiência na universidade. As pessoas que não têm se preparado para a educação inclusiva entendem – afirmemos novamente, perversamente – que fazer uma aula diferente vai privilegiar um único estudante. A aula diferenciada, uma pedagogia diferenciada, comprovadamente, privilegia a todos e a cada um. Vai facilitar, sim, e obviamente, todos aprenderão com o processo. Exatamente por este motivo que se faz um planejamento, que vai do enunciado simples ao mais complexo, que aqui chamamos de aula modelada. Podemos exemplificar pensando uma aula com conteúdo que pode ser dialogado, numa aula com conversação. E isso pode ser repensado durante todo o tempo, dentro do período previsto para as aulas e a transmissão de conteúdos, junto com a avaliação que também pode ser adequada, por exemplo, para um estudante que é mais interessado nas produções audiovisuais que tematizam os conteúdos abordados. Para que uma pessoa com autismo tenha seus direitos assegurados corramos perigos junto dela!

Tais movimentos de aproximação, reconhecimento e busca de estratégias específicas fortalecem tanto estudante quanto docente, e na universidade, os setores responsáveis pela acessibilidade e as coordenações de curso fomentam, ou poderiam fomentar, uma prática sustentada na conversa com escuta. Entendemos a necessidade e a relevância da construção, estruturação e realização de concursos específicos para técnicos-administrativos em assuntos educacionais, na perspectiva da educação superior inclusiva. Todavia, a universidade passou por mudanças significativas com a pandemia de covid-19, a necessidade de adotarmos medidas de segurança sanitária, e com isso nos dedicarmos ao ensino remoto emergencial, necessariamente nesta ordem. Os desafios e as limitações para os estudantes com deficiência nas salas de aula e nas aulas presenciais são inúmeros. Contudo, não se compara às limitações advindas das aulas síncronas e dos encontros assíncronos, próprios do ensino remoto emergencial, sobretudo para um estudante com deficiência.

## Por uma vida não medicalizada na universidade

*Provocação:* – Encaminhamentos...

*Conversa:* – Uma pessoa com transtorno do espectro autista tem muito para falar sobre a sua experiência de vida, sobre o seu processo de escolarização, a sua vida acadêmica. Porém, ela também tem interesse nessa temática e pode ser incentivada a pesquisar sobre a inclusão de pessoas com autismo na universidade. De alguma forma estivemos comprometidos com isto, quando vivenciamos a universidade em equipes compostas por pessoas com e sem deficiência. Dizer que a universidade não pode ser um espaço de pesquisa para a pessoa com autismo não cabe mais. Este é um lugar de potência, confiamos na formação e na pós-graduação como espaços a serem fortemente problematizados e ocupados por estudantes com autismo. Urgente, pensemos agora, é priorizarmos uma vida escolar com mais saúde, uma vida acadêmica não medicalizada e, sim, uma vida na universidade potencializada por alegrias, experimentações, aprendizagens e afetos. Urgente parece-nos uma inclusão de estudantes com autismo nas diferentes universidades brasileiras. Com uma formação acadêmica que possa ser balizada por planejamentos e por encaminhamentos afirmativos da diferença, na direção de um currículo experiencial e uma avaliação formativa. Que os corpos são composição, se compõem, entre afetos tristes e alegres, viemos afirmando em diferentes publicações sustentadas pela *filosofia nômade*. Que a universidade seja arena propícia para composições!

*Provocação final:* – E ainda seguiremos a perguntar sobre: como fugir da mediocridade de certas práticas na universidade? E nos comporemos de tantos afetos tristes e sairemos ilesos?

*Incógnita:* – Estamos todos clamando por uma universidade que não seja um espaço tão hostil como este que estamos experimentando amargamente. Uma universidade que seja de excelência na afirmação da vida e de sua potência, tanto para técnicos-administrativos, quanto para docentes e estudantes com ou sem deficiência. E, para uma inclusão de estudantes com deficiência, afirmamos a urgência de concursos, processos seletivos e o acesso para técnicos-administrativos e para docentes com deficiência na universidade, ampliando a representatividade e a multiplicidade no ensino superior.

## Referências

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 22 jun. 2022.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

NOAL-GAI, Daniele. Didáticas do compartilhamento: fotografia, cinema e modos de fazer inclusão escolar. *In: X Anped Sul. Anais [...]*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina, out. 2014. p. 1-12. Disponível em: [http://xanpedsul.faed.udesc.br/arq\\_pdf/1638-1.pdf](http://xanpedsul.faed.udesc.br/arq_pdf/1638-1.pdf). Acesso em: 22 jun. 2022.

NOAL-GAI, Daniele; CASTRO, Karolyne de Oliveira (org.). **Projeto geringonça [pedagogias da diferença. ecologias da vida]**: escritas e memórias de experiências na formação de ludo-arte-educadores. Porto Alegre: UFRGS, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/233594/001135450.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SACAI, Marina. O que aprendemos com Crip Camp, documentário sobre deficiências indicado ao Oscar 2021. **Rollingstone**, 2021. Disponível em: <https://rollingstone.uol.com.br/noticia/oscar-2021-o-que-aprendemos-com-crip-camp-documentario-sobre-deficiencias-da-netflix/>. Acesso em: 22 out. 2021.

## **Pandemia e medicalização: uma narrativa do cotidiano com escolas**

Danielle Marques da Cruz; Micaela Koch Schmitt;

Dorisnei Jornada da Rosa; Ricardo Burg Ceccim

Em nossos cotidianos de trabalho na escola, na assessoria psicopedagógica à educação infantil, no atendimento educacional especializado, nas diversas interlocuções entre saúde e educação na escola pública e na intervenção em saúde mental com crianças, temos estado em contato com diferentes expressões do diagnóstico e prescrição que relacionam comportamento escolar e comprometimento da saúde mental de crianças dos 0 aos 11 anos de idade, uma realidade que vem sendo problematizada por pesquisadores da saúde e da educação como medicalização, farmacologização e patologização (CALIMAN, 20120; CECCIM; FREITAS, 2021; CUNHA, 2021; MACHADO, 2014; MOYSÉS; COLLARES, 2013; PANDE; AMARANTE; BAPTISTA, 2020). Atualmente, em plena pandemia de covid-19, escutamos de muitos educadores que o desenvolvimento das crianças no retorno às aulas presenciais está diferente do comumente encontrado e daquilo que vem descrito nas proposições da pedagogia e psicologia do desenvolvimento, carregando a proposição ou expectativa de novos diagnósticos em saúde mental e desenvolvimento.

Em dezembro de 2019, teve início no mundo a pandemia de covid-19, emergência sanitária que abalou profundamente as relações sociais e humanas, incluindo os aspectos financeiros e políticos. A partir desse momento e, seguindo-se por muitos meses, quase todos os países do mundo restringiram a circulação de pessoas, fecharam o comércio, as escolas, os ambientes de cultura e os espaços de lazer, entre outros. O trabalho assumiu grandes proporções de *home office*. As famílias ficaram restritas às suas casas, com o mínimo de circulação social, inclusive visitas aos familiares e amigos mais íntimos. Eventos foram proibidos e festas canceladas. Idosos e pessoas com deficiência ficaram sem quaisquer alternativas de interação presencial, inclusive sem as alternativas de recreação e cuidados determinantes da sua qualidade de vida. As crianças foram privadas da presença às creches e escolas, do brincar nas praças e parques e do

contato com seus pares. O ensino remoto foi a alternativa para salvaguardar o desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem escolar, fazendo com que a única interação entre colegas se desse por meio de dispositivos de áudio e vídeo, predominantemente smartphones, notebooks e tablets.

Anteriormente à pandemia ou ao afastamento escolar provocado pela pandemia de 2019 e que se prolongou até a segunda metade do ano de 2021, não estando totalmente restaurada a presença à escola neste início do ano de 2022, todo um imaginário do desenvolvimento e progressão escolar davam conta do que seria ou deveria ser considerado “normal em uma criança”. A criança deveria seguir um padrão escolar para “passar de ano” e demonstrar aquisições consentâneas a cada nível escolar, mensuradas por padrões de interação, resposta em coletivos de aprendizagem e parâmetros de comportamento. Todavia, chegaram ou retornaram à escola crianças que viveram por meses ou quase dois anos sem ingresso ou sem presença junto ao cotidiano escolar, abrindo-se uma interrogação: o que é “ser criança atualmente”? Em meio a essas circunstâncias, temos ouvido descrições do alunado da educação infantil e do ensino dos anos iniciais como “bebês da pandemia”, “crianças da pandemia”, “crianças que ficaram autistas na pandemia”, “crianças que emburreceram”, “crianças que agora não param” e “crianças que não sabem ler, que não aprendem nada e só querem o celular”, entre outras etiquetas ao desamparo desse período. Os apontamentos dos educadores dizem respeito a déficits, perdas ou retrocessos relativos ao período em que as crianças ficaram sem ou fora do ambiente escolar.

Diferentes pesquisadores apontam as circunstâncias particulares decorrentes do isolamento físico na infância por força da pandemia, os efeitos da pandemia na saúde mental da criança, os inúmeros desafios para o desenvolvimento de crianças e jovens com deficiência em meio ao impedimento de contato social presencial e os impactos da pandemia na escolarização (DINIZ, 2020; DUTRA; CARVALHO; SARAIVA, 2020; LORZING; NEGRÃO, 2020; OLIVEIRA NETA; NASCIMENTO; FALCÃO, 2020; PASTORE, 2021; PEREIRA; NARDUCHI; MIRANDA, 2020; RIBEIRO; CLÍMACO, 2020; SILVA; BINS; ROZEK, 2020; TORTORA, 2020). A falta de interação infantil e a longa permanência das crianças na frente das telas dos dispositivos eletrônicos contribuíram para o surgimento de especulações e consolidações diagnósticas, psicofarmacologização e indicação de condutas

terapêuticas a serem adotadas pela escola. Todavia, bebês e crianças na primeira infância estão em construção maturativa e psíquica, vivenciando muitas experiências de aprendizagem, portanto diagnósticos de transtorno do desenvolvimento ou psicose não deveriam ser definidos ou fechados nesta época da vida.

Os modos com os quais os educadores têm se referido aos bebês e às crianças quando do ingresso ou retorno à escola mostram a importância de acolher o desconforto, refletir sobre os efeitos constitutivos do psiquismo que a falta da escola pode deixar, discutir o lugar presencial da escola nas marcas sobre o desenvolvimento, ensejar trocas escolares entre seus alunos e infundir processos de subjetivação por interação social. Entretanto, nesse período, ainda existe muita inconstância na frequência escolar, as crianças pequenas intercalam entre estar na escola (em uma semana ou em alguns dias) e estar em casa por razões como infecções, medo e insegurança dos pais e das próprias crianças quanto ao risco de contaminação pela covid-19 ou mesmo pelos protocolos de prevenção da disseminação da covid-19, que limitam a ocupação das salas ou indicam o cancelamento das aulas pela detecção de casos positivos entre educadores ou alunos. Sobretudo na educação infantil, essa inconstância sobressai, somada ao imaginário de que aos bebês não se indica prioritariamente a escola.

Se a estruturação psíquica de bebês e crianças pequenas encontra-se aberta e indecida (WINNICOTT, 1982; STERN, 1992; JERUSALINSKY, 2018; ROSA *et al.*, 2021), nesta época de abalos à subjetividade, desamparo, luto e sofrimento psíquico a presença da pandemia é fator que reatualiza as possibilidades de crianças e adultos em contatarem aberturas, movimentos e saídas criativas, ultrapassando as limitações de diagnósticos taxativos ou de efeito discursivo rotulador. Na infância vemos muitas possibilidades de movimentações psíquicas e de encontros mobilizadores da subjetividade, portanto, por que sentenciar e categorizar bebês e crianças? A ausência da ou à escola reverbera em medicalização e farmacologização de bebês e crianças nascidas ou colhidas na pandemia, assim como a medicalização e farmacologização de bebês e crianças proporcionadas pelo seu contato com o setor da saúde reverbera na escola.



## Os ditos e as implicações diagnósticas

Em nossa atividade de profissionais de referência, temos encontrado bebês e crianças que, ao retornarem à escola, estão constantemente medicados com antibióticos, antitérmicos, anti-inflamatórios e antiparasitários para ocultar sintomas, especialmente do trato respiratório superior, ou para tratar quadros fisiológicos ou patológicos que não requereriam medicamentos. Moysés (2008) vem alertando que há um poder da indústria farmacêutica em fazer as pessoas saudáveis procurarem remédios, mas, além disso, o longo período de afastamento social das crianças evidencia que elas adoecem quando não têm contato com os seus pares e com as possibilidades corporais e afetivas que o meio externo proporciona. O sistema imunológico também responde às experiências afetivas e de relações. O afastamento social evitou o contato com muitos agentes virais e bacterianos, mas de outra parte, para evitar doenças, o sistema imunológico requer atividade e conforto afetivo. O fato é que a automedicação cresceu durante a pandemia, elevando o faturamento da indústria farmacêutica, verificando-se o aumento do uso de antibióticos, antitérmicos, anti-inflamatórios, antiparasitários e outros medicamentos em bebês e crianças, o que também favoreceu o acolhimento da indicação de medicamentos como conduta plausível ou desejável no tratamento ou na prevenção de quadros “de suspeição” ou “com indicativos”. Contudo, não apenas as crianças estão medicalizadas e farmacologizadas nesse momento, pais e educadores igualmente, inclusive para suportarem os desconfortos e incômodos com a sobrecarga trabalho-casa-filhos-estudo, as vivências reiteradas de luto na família, vizinhança e colegas, a busca de brechas para acessar lazer, “namoro” e alívio das pressões cotidianas, além da gestão do conflito entre informação e falsas informações (*fake news*), entre tantos abalos à subjetividade.

De outra parte, analisando que a medicalização atinge os pais e suas suposições diagnósticas sobre seus filhos, Angelucci (2015) nos adverte que também há um processo de medicalização dos pais, quando esses exigem direito ao diagnóstico para seus filhos. A pesquisadora alerta para o uso dos laudos como instrumentos de cunho social, utilizados pelos pais para fins econômicos, uma vez que repercutem na sustentabilidade da família. Ter um filho com diagnóstico também o coloca como sujeito de direitos sociais e capaz de angariar benefício pecuniário que, afinal, contribui à sustentabilidade

da família em meio à generalizada falta de recursos materiais e simbólicos. É muito importante escutar os pais nesses pedidos quando em atividade de assessoria psicopedagógica, atendimento educacional especializado, apoio à saúde escolar e à saúde mental da criança, acolhendo e dando guarida às diversas circunstâncias que levam a essa condição, assim como é muito importante conhecer e problematizar as significações de adoecimento, cuidado e cura presentes na família.

O aumento da emissão de atestados e laudos diagnósticos, principalmente aqueles que se referem ao desenvolvimento infantil, já se observava aumentando a cada ano, porém nesse período após o isolamento e distanciamento determinado pelo controle epidemiológico da pandemia, parece ter ganhado impulso. O prolongado uso de dispositivos eletrônicos e a comunicação concentrada no uso de suas telas, a clausura domiciliar, a falta de encontro com os pares e a educação escolar sem os componentes da interação física repercutiram no comportamento e, também, no desenvolvimento. Com o *home office* disseminado devido ao distanciamento físico, muitos pais, para conseguirem trabalhar em casa, franquearam livremente o uso dos dispositivos eletrônicos, sem supervisão, inclusive no que tange ao acesso ao conteúdo. O amadurecimento psíquico não viria em descompasso das fragilidades da vida e ainda teria de atravessá-las, construindo experimentações e vivências que buscam por contornos e respostas, ou seja, as fragilidades da vida ganharam potência e evidência.

Nas escolas em que atuamos, os educadores nos têm trazido muita preocupação ao se depararem com laudos pediátricos, neurológicos e psiquiátricos das crianças. Uma conduta crescente de emissão de laudos e farmacologização dos comportamentos, incluindo desordem da conduta, crianças que preferem o isolamento e possível diagnóstico de surdez enquadrado como autismo. O problema está em colocar bebês e crianças em classes diagnósticas identitárias em lugar da identidade de escolares em aprendizagem e desenvolvimento, apagando, assim, a singularidade e a diversidade. Pediatras, neurologistas e psiquiatras têm sido instados ao diagnóstico para atender demandas de famílias e de escolas. O fazem no isolamento da formulação de um enquadramento de sinais e sintomas em uma classificação diagnóstica e respectiva prescrição de condutas e fármacos sem o recurso às equipes multiprofissionais, sem acompanhamento longitudinal, sem observação das cenas escolares e sem o atravessamento sensível por intervenções pedagógico-educacionais que desconhecem ou

não acompanham e nem observam, segundo os parâmetros do aprender na escola, com a escola, por causa da escola. Oliveira, Silva e Baptista (2020) dizem que o caso das crianças que “parecem ser autistas” seria hoje uma epidemia e que o diagnóstico estaria passando por um processo de subidentificação, uma vez que se detectam sinais de risco de autismo por meio de protocolos aplicados em consultas pediátricas, não em um processo diagnóstico complexo e dedicado como o quadro a que se referem requer. Essas proposições reverberam, de certo modo, na direção da fabricação de uma nova infância anormal, sujeita à psicofarmacologização.

Deve-se ter muita cautela na configuração de proposições identificatórias em bebês e crianças e, mesmo assim, o que se vê é um grande jogo de palavras: condição, deficiência, desordem, diferença, distúrbio, doença, espectro e transtorno, diante de classificações, diagnósticos, listas e manuais. Uma variedade de termos aparece como: Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e estruturação psicótica, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e Transtorno Desintegrativo da Infância (psicose), entre outros. Essas identificações, uma vez revestidas de instrumentos de rastreamento diagnóstico, servem à compreensão de transtornos do neurodesenvolvimento, o que carrega uma circunstância inescapável, diferente de pensar sob o escopo da neurodiversidade (ORTEGA, 2009) ou da noção de estrutura psíquica indecisa (JERUSALINSKY, 2018).

A dimensão atual da pandemia ocasionou um excesso de exposição da infância às telas e uma proliferação de diagnósticos equivocados de Transtorno Global do Desenvolvimento. Ao trilharmos estes caminhos, parece-nos que a chamada medicalização dos modos de ser e aprender (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015) atinge as escolas de educação infantil e ensino fundamental, considerando parte de seu alunado como os bebês e as crianças “da pandemia”. Em consequência da pandemia, resfriados e doenças corriqueiras na infância tiram esse grupo etário das escolas; com muitos pais trabalhando *on-line*, a televisão e os dispositivos eletrônicos são destinados à maioria das crianças; quando bebês e crianças retornam à escola estão sempre em readaptação ao espaço escolar. Tudo isso é parte do cenário atual.

## **A (ainda) era dos transtornos**

O que está em cena para nós, o que está sendo aqui problematizado, não é a necessidade de definição/delimitação de uma condição que requeira projetos de ensino individualizados, planos de atendimento às necessidades singulares do desenvolvimento de um bebê ou de uma criança, tampouco, estamos nos posicionando contrários à construção de um diagnóstico nessa direção. Justamente, a melhor delimitação das dificuldades levará a melhor intervenção planejada. Reconhecemos a importância de identificar necessidades e traçar um plano de intervenção, sobretudo, porque assim se impõe a ética do acompanhar, do abrir oportunidades e do criar arranjos novos de interação social e aprendizado. O que está em questão são os diagnósticos que limitam, o diagnóstico traduzido em rótulo, como pondera Freitas (2012), aquele que condiciona, aprisiona e reduz o processo de subjetivação à identidade.

Em outras palavras, indagamos a produção excessiva de diagnósticos e de categorizações diagnósticas (medicalização), a exemplo da expressão “como se fossem autistas”, gerada da observação dos efeitos/consequências da pandemia sobre o desenvolvimento e o comportamento. Um risco da medicalização é a sua contraparte na farmacologização e na tutela de saberes externos à escola ou à educação para a organização de intervenções “aprendentes”. Além disso, na medicalização, a formulação de diagnóstico se prende a fatores preditivos alheios aos fatores longitudinais do acompanhamento e da intervenção. Admitir a conduta de crianças hiperfocadas em telas “como se fossem autistas” ou, ao invés disso, tomá-las como “aquelas que requerem maior acolhimento em práticas de interação” pode fazer diferença na intervenção docente e institucional da escola.

Poderíamos colocar em pauta a discussão dos diagnósticos refutáveis e dos diagnósticos de amadurecimento sob condições do desenvolvimento de bebês e crianças. Rocha e Cavalcanti (2014) apontam que os diagnósticos realizados com procedimentos insuficientes para tal são pseudodiagnósticos, embasados em supostos. Merletti (2018) diz que “os profissionais da infância [...] tendem a aderir a esses mandatos sociais sobre a criança classificando-as e normatizando-as” (p. 146). A nova realidade da pandemia nos impõe que, no retorno à escola, entre idas e vindas dos bebês e crianças que vivem entre as participações remota e presencial, venhamos a dar continuidade

aos vínculos com as famílias, organizando suportes que antes não se evidenciavam necessários e organizando intervenções em cada presença que estabeleça a interação com o outro.

De acordo com Rocha e Cavalcanti (2014), os diagnósticos medicalizadores vinham sendo indicados não somente por profissionais da saúde, como pediatras, neurologistas e psiquiatras, mas igualmente por profissionais da educação, como educadores de escolas infantis e de ensino fundamental e psicólogos escolares ou educacionais, além de amigos, familiares e pessoas próximas das crianças, todos influenciados pelas informações acessadas nas mídias. É como se diagnosticar, nos dias de hoje, tivesse se tornado “uma tarefa fácil e ao alcance de todos” (ROCHA; CAVALCANTI, 2014, p. 233). Se antes já éramos provocados a refletir sobre a produção excessiva de pseudodiagnósticos, com o advento da pandemia há de se destacar e colocar em pauta a proliferação de indicativos e suspeições sob a categoria “como se fossem autistas”, ademais, quais as implicações e os mecanismos discursivos colocados em ação, principalmente no campo da indústria farmacêutica, sobre os bebês e crianças sob este perfil de interpretação.

Para Freitas (2012) e para Collares e Moysés (2021) os modos de ser, agir, reagir, sentir e aprender vêm sendo moldados, construídos e fabricados através de diferentes marcas, rótulos, atributos e classificações, em um amplo processo de medicalização, ancorados em uma teia de fundamentações patologizantes. Esse processo de medicalização é percebido, também, como um dos dispositivos atuais de controle dos corpos, que não se reduz ao ato de prescrever medicação, podendo-se pensá-lo como uma engrenagem, como máquina que transforma a vida em objeto (FREITAS, 2012). Christofari (2014) diz que esse sistema de engrenagem pode ser entendido como “um dispositivo pelo qual a diversidade humana e os modos de ser passam a ser definidos segundo um problema a ser resolvido por meio da intervenção”, estando esta embasada “na racionalidade médica”, afirmando que este mesmo processo “no interior da escola” é construído com base nessa racionalidade, a qual se apoia tanto no funcionamento biológico como no comportamental para definir as capacidades de aprendizagem dos indivíduos. Essa concepção produziria “efeitos de verdade no ambiente escolar” e construiria “espaços de elaboração e manutenção de discursos médicos que atravessam e passam a compor os discursos pedagógicos” (p. 20). Como aponta Angelucci (2013), a prevalência da existência de indivíduos que, não raro, não se enquadram no padrão estabelecido, “tem mais servido para pensar políticas de conformação à regra do que para fazer pensar e reconstruir ou abolir a própria regra” (p. 11).

## Considerações finais

Com esses apontamentos, trouxemos os processos de medicalização e farmacologização de bebês e crianças no confronto com o período histórico mais recente, segundo uma convivência com escolas. Eis que nossas inquietações hoje, no contexto de pandemia, mais do que nunca trazem desafios: propor, repensar e articular um trabalho no campo educacional sob o olhar das intervenções singulares. Precisamos apostar na diversidade de encontros entre as crianças na medida do afrouxamento possível das restrições sanitárias da pandemia. Precisamos romper com os estereótipos do “normal de uma criança” e acolher o “ser criança atualmente”, sendo agentes de um projeto pedagógico capaz de reinventar caminhos. A intervenção pode ser como a nossa, de apoiadores para educadores, ou a boa roda de conversa entre pares com sentido de problematização-ação-problematização. Em ambos os casos demover a tendência às categorizações e à inscrição em diagnósticos identitários (com uma profecia de futuro em seu interior) para alcançar o lugar da organização de projetos de ensino individuais (PEI) e projetos terapêuticos singulares (PTS).

Na perspectiva da não categorização e da abertura para o encontro e a criação, direcionada para localizar a ação pedagógica que se faça necessária às demandas de aprendizagem e desenvolvimento, devemos buscar a construção de coletivos de aprendizagem. Podemos recriar os modos de ensinar e aprender e podemos descobrir os modos de estar e de viver nesta pandemia, como nas situações inéditas ou inesperadas em que nos vemos colhidos tantas vezes. Entre os alunos de cada escola estão aqueles cujo relacionamento foi mantido por meio do ensino remoto mediado por tecnologias digitais de informação e comunicação, aqueles que atravessaram a pandemia sem aula remota síncrona, ou seja, só receberam tarefas e trabalhos a serem entregues ou estabeleceram interações assíncronas via plataformas digitais, mensagens instantâneas em aplicativos ou interações em plataformas de redes sociais, e aqueles que se evadiram nesse período e precisam ser recuperados ao encontro com a escola, seduzidos ativamente à permanência, ou seja, descobrirem que a escola pode e deve corresponder às suas necessidades e interesses.

No que diz respeito à organização e estrutura do ensino, conteúdos previstos e currículo escolar por ano/ciclo, os ditos sobre o aluno, como “crianças que emburreceram”, “crianças que agora não param”, “crianças que não sabem ler, que não aprendem nada e só querem o celular”, “crianças

da pandemia” devem ser esquecidos e a pesquisa sobre aquisições e lacunas empreendida. Cientes de que essas problematizações são fruto da experiência de um grupo com afinidades de trabalho e pesquisa, propomos que os velhos dispositivos das rodas de conversa ocupem seu lugar de interação, intercâmbio e trocas, ainda que com o uso das tecnologias digitais de comunicação, mas que também as redes sociais ganhem mais seletividade e que trocas entre educadores não se ocupem da pergunta “que diagnóstico eles têm”, mas das perguntas sobre o que tem sido mais difícil ensinar e o que cada um está ensinando, o que tem sido mais difícil aprender e o que cada um está aprendendo, o que fazemos e faremos em conjunto e como nos desafiaremos a fazer o necessário. O que acontece quando o eu e o tu se encontram senão aquilo que aprendemos um do outro, senão a emergência de um terceiro em nós? Não mais eu ou tu, mas algo *entre* que entra em nós e nos desfaz ou refaz.

## Referências

ANGELUCCI, Carla Biancha. A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial. *In: 37ª Reunião Nacional ANPED*, Florianópolis. 2015. Disponível em: <https://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ANGELUCCI, Carla Biancha. Prefácio. *In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França (org.). Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 9-13.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 30, p. 46-61, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Cláudia Rodrigues de (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?** Porto Alegre: Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/farmacos-remedios-medicamentos-o-que-a-educacao-tem-com-isso/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e aprender na escola: medicalização (in)visível?** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos modos de ser e de aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623642057>. Acesso em: 12 fev. 2022.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Medicalização: o obscurantismo reinventado. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França (org.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 41-64.

CUNHA, Maicon. A banalidade do mal psicofarmacológico em tempos de performance. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 32, e200052, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200052>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DINIZ, Nelson. Reestruturação do trabalho docente e desigualdades educacionais em tempos de crise sanitária, econômica e civilizatória. **Revista Tamoios**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 138-144, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/tamoios/article/view/50253>. Acesso em: 18 fev. 2022.

DUTRA, Joyce Luzia Chaves; CARVALHO, Natália Cristina Correa; SARAIVA, Thamires Aparecida Rodrigues. Os efeitos da pandemia de covid-19 na saúde mental das crianças. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 293-301, 2020.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de. A “normalidade”: conceito de quantas faces? **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 44, p. 483-498, 2012. Disponível em: [https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/6874/pdf\\_2](https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/6874/pdf_2). Acesso em: 12 fev. 2022.

JERUSALINSKY, Julieta. Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/2017, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 83-99, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282018000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100006). Acesso em: 12 fev. 2022.



LORZING, Renata de Moura Santos; NEGRÃO, Vanessa Aparecida Marconato. Pedagogia e pedagogos da educação infantil em tempos remotos. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 217-225, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23765/16780>. Acesso em: 09 fev. 2022.

MACHADO, Adriana Marcondes. Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatórios. *In*: VIÉGAS, Lygia Souza; RIBEIRO; Maria Izabel Souza; OLIVEIRA, Elaine Cristina de; TELES, Liliane da Luz (org.). **Medicalização da educação e da sociedade**: ciência ou mito? Salvador: EdUFBA, 2014. p. 93-105.

MERLETTI, Cristina. Autismo em causa: historicidade diagnóstica, prática clínica e narrativas dos pais. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 146-151, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/pwHyXyXB3Vknq7cg7m5wwSk/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2022.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível**: crianças que não-aprendem-na-escola. 2. ed. revista e ampliada. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Diferenças, desigualdades e direitos: raízes da medicalização/patologização da vida e na escola. *In*: CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Cláudia Rodrigues de (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos**: o que a Educação tem com isso? E-Book: 4,36 Mb; PDF. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 65-83.

OLIVEIRANETA, Adelaide de Sousa; NASCIMENTO, Romária de Menezes; FALCÃO, Giovana Maria Belém. A educação dos estudantes com deficiência em tempos de pandemia de covid-19: a invisibilidade dos invisíveis. **Revista Interações**, Santarém, v. 16, n. 54, p. 25-48, 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/21070>. Acesso em: 06 fev. 2022.

OLIVEIRA, Anié Coutinho de; SILVA, Carla Maciel da; BAPTISTA, Claudio Roberto. Infância e medicalização da vida: uma análise sobre a produção diagnóstica e seus nexos com os processos de escolarização. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. esp. 5, p. 2803-2819, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/14559>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ORTEGA, Francisco. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CPcMbsxxyfF3CXSLwTcprwC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2305-2314, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232020256.12862018>. Acesso em: 06 fev. 2022.

PASTORE, Marina di Napoli. Infâncias, crianças e pandemia: em que barco navegamos? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 29, e2797, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN2116>. Acesso em: 10 fev. 2022.

PEREIRA, Alexandre de Jesus; NARDUCHI, Fabio; MIRANDA, Maria Geralda. Biopolítica e educação: os impactos da pandemia de covid-19 nas escolas públicas. *Revista Augustus*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 219-236, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15202/1981896.2020v25n51p219>. Acesso em: 06 fev. 2022.

RIBEIRO, Márden de Pádua; CLÍMACO, Fernanda Câmpera. Impactos da pandemia na educação infantil: a pandemia acelerou a necessidade de se problematizar a questão digital na educação infantil? **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 96-110, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23756/16770>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ROCHA, Ana Maria; CAVALCANTI, Ana Elizabeth. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. *In*: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA Jr., Benilton; COSTA, Jurandir Freire. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 233-252.

ROSA, Dorisnei Jornada; FEIJÓ, Daniela; BRAUNER, Maira; STONA, Vera; ARROSI, Kellen; LEMOS, Jaqueline; CAGGIANI, Leonardo; MENDES, Thiago. O dispositivo clínico e educacional para o educador: educação estruturante é possível? *In*: SANTOS, Marcos Pereira dos (org.). **Educação especial, inclusão e diversidade: contextos, saberes e práticas**. Curitiba: Bagai, 2021. p. 63-79.

SILVA, Karla Wunder; BINS, Katiuscha Lara Genro; ROZEK, Marlene. A educação especial e a covid-19: aprendizagens em tempos de isolamento social. **Revista Interfaces Científicas – Educação**, Aracaju, v. 10, n. 1, p. 124-136, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v10n1p124-136>. Acesso em: 06 fev. 2022.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORTORA, Evandro. “Saudades de tudo de todos”: um olhar sobre as interações entre famílias, crianças e o professor de uma turma da educação infantil pelo WhatsApp em tempos de isolamento social. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 71-83, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23754/16768>. Acesso em: 11 fev. 2022.

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/nmQnN5Q5RpqPWrDj5vHjwCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2022.

## **Armadilhas da escrita acadêmica na discussão dos processos de medicalização**

Adriana Marcondes Machado; Paula Fontana Fonseca

Inventa mundos novos e cuida de tua palavra;  
o adjetivo, quando não dá vida, mata (Vicente Huidobro, 1990).

Partimos de duas cenas, ambas vividas há anos por pesquisadoras que estavam às voltas com problematizar a noção, então consolidada, de fracasso escolar como tributário de um problema concernente ao indivíduo – explicação que invisibilizava a dimensão pública e coletiva dessas histórias. Uma espécie de pré-história viva de nossa discussão, uma vez que essas falas que destacamos já apontavam, e continuam apontando, para os processos de captura da subjetividade operados nas relações de saber e poder dos quais o campo da produção de conhecimento não está isento. Há uma primeira afirmação: o conhecimento não é simplesmente uma forma de acessar a realidade, ele participa da sua criação (FOUCAULT, 1987).

Uma das frases da qual trataremos foi dita por Nailton, rapaz cuja história consta do clássico estudo “A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia”, publicado originalmente em 1990, por Maria Helena Souza Patto. Nesse livro, não conhecemos apenas as histórias de (re) provação escolar de quatro alunos da rede pública, mas encontramos quatro trajetórias marcadas pela desigualdade social e pela incidência de um discurso excludente presente dentro e fora dos muros da escola. Passados 25 anos, por ocasião de uma pesquisa de mestrado levada a cabo na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), Denise Trento Rebello de Souza e Daniele Kohmoto Amaral buscaram reencontrar as crianças que tinham sido acompanhadas durante a pesquisa de Patto (2015) e conseguiram localizar duas delas. Na conversa com Nailton, ao retomar suas memórias sobre a trajetória escolar, ele afirmou: “Ah, depois que tacha, já era. [...] Assim, você dá um nome que aquela pessoa é daquele jeito, e aí de repente as pessoas olham pra você assim” (SOUZA; AMARAL, 2015, p. 425).

Ser tachado, rotulado e passar a circular no mundo com este novo peso sobre si: uma sentença revestida com o fino e reluzente invólucro da verdade. Como se a realidade existisse a despeito das discursividades agenciadas pelas instituições, equipes, pessoas. O tema da medicalização nas relações escolares está presente nas práticas do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da USP desde seu início, no final da década de 1970 (MACHADO; LERNER; FONSECA, 2017), ainda que à época não fosse o termo “medicalização” que arregimentasse os princípios que vigoram desde a sua fundação. Quando falamos sobre o processo de medicalização, ressaltamos uma lógica de gerir a vida em que o campo da saúde transborda para a vida como um todo (LEVIN-BORGES, 2021) intensificando processos de normalização que retiram do sujeito a possibilidade de dizer de si. Nailton havia sido classificado como deficiente mental pela coordenadora educacional e isso marcou sua história escolar – e, portanto, sua vida – pois visava a ser uma explicação para as dificuldades que experimentava na sua escolarização. A busca por explicações e hipóteses para compreender as dificuldades escolares podem visar a instigar o trabalho educativo, mas a justificativa definida pelo saber científico petrifica o sujeito em uma forma estagnada de ser e obtura as brechas para que uma pessoa não seja obrigada a ser igual ao que se apreendeu dela.

A segunda fala foi proferida por Andreza, ao segredar a Adriana Marcondes Machado (1994, p. 44): “sou idade mental”. Adriana, à época, estudava e se embrenhava nas salas especiais, território marcado por uma dupla prerrogativa: as crianças podiam estar na escola, mas para isso era necessário que elas fossem diagnosticadas como deficientes mentais e participassem de um espaço próprio, apartado da sala regular. Andreza havia realizado testes psicológicos e escutado a conversa de sua mãe com uma psicóloga quando o diagnóstico de deficiência foi dado com base na idade mental aferida por tais instrumentos – quatro anos. Adriana, insistente, buscou disputar essa compreensão ao indagar se a menina, que tinha oito anos, já havia visto uma criança de quatro anos e se ela se achava igual a essa criança, mas Andreza, sagaz, redarguiu que havia um segredo nessa história, pois sua mãe a tinha levado à psicóloga... A conversa muda de direção, agora é ela quem coloca as perguntas: “Adriana, você não é psicóloga? Onde você trabalha? Você disse que lutaria para falar que eu não era...” (MACHADO, 1994).

Uma pesquisadora da universidade se encontra com uma aluna da rede pública e o efeito é a produção de uma necessidade: lutar! Lutar para encontrar uma brecha nesse discurso explicativo que fazia Andreza ser “idade mental de quatro anos”, um discurso predicativo sobre o que o outro é. Essas duas situações são oriundas de encontros promovidos por pesquisas acadêmicas<sup>1</sup>, mulheres que fazem a experiência vivida fundamentar as análises e disputam a ideia de uma ciência neutra e universal, como bem fizeram notar Despret e Stengers (2011), atrelada à figura de um sujeito oculto: pesquisador, branco e de preferência que seja oriundo do norte global.

A pesquisadora Anzaldúa (2009, p. 164) afirma que “adjetivos são uma forma de coagir e controlar”. Quando faz essa afirmação, ela se refere ao fato de a nomearem uma escritora seguida pelos adjetivos *chicana* e *lésbica*. Uma forma de ser rebaixada por um outro que usufrui de um lugar tomado como universal cultural, uma vez que os adjetivos não aparecem para posicionar um escritor branco, conforme explicita. A adjetivação prescrita pelo outro opera uma forma de apagamento e silenciamento da multiplicidade que cada um carrega, além disso é veiculada sempre dentro de uma ordem de saber e poder hegemônica que marginaliza e confina o sujeito no lugar de objeto.

Não obstante, Anzaldúa se diz escritora *chicana* e *lésbica*. Nomear a si mesma com os adjetivos usados anteriormente de forma rotuladora é uma tática de afirmar-se e de resistir ao apagamento. Uma tática paradoxal que nos convoca a considerar a complexidade de elementos presentes em qualquer produção discursiva e a cuidar para que, como disse Huidobro (1990), o adjetivo dê vida. Ser adjetivada pelo outro, que usufrui desse lugar de universal cultural, é uma forma de controle e apagamento, enquanto nomear a si mesma – como escritora *chicana* e *lésbica* – permite dar destaque para a dimensão política da sua produção acadêmica e subjetiva. “Nomear é como eu faço minha presença conhecida, como eu afirmo quem e o que eu sou e como quero ser conhecida. Nomear a mim mesma é uma tática de sobrevivência” (ANZALDÚA, 2009, p. 164).

Essas discussões levantam algumas dúvidas sobre o percurso da escrita acadêmica: quando adjetivar daria vida? Como avaliar nossas táticas de adjetivação?

Os processos de medicalização são engendrados a partir de uma lógica em que o sujeito não pode mais dizer de si a não ser dentro de uma chave médico-psicológica que nomeia e qualifica as diversas vivências subjetivas tendo como guia a individualização das condutas. Interessa-nos, nesses processos, investigar como essas qualificações e adjetivações se constituem: quem o faz, em que contexto relacional e quais são os efeitos. Isso permite que nos aproximemos do problema que tratamos neste texto: para que a escrita acadêmica não perpetue de forma ingênua essa lógica segregativa, não é suficiente estar advertido desse risco. Anunciar a crítica à medicalização e aderir aos adjetivos medicalizante e desmedicalizante sem refletir sobre essa tática de adjetivação pode fortalecer essa lógica.

Fazemos referência a “uma forma de escrever que parece resguardar o pesquisador do risco de ele também estar imerso em processos de medicalização” (MACHADO; FONSECA, 2019, p. 13). Duas ressalvas são necessárias: 1) os processos de medicalização são produzidos em relações de saber e poder e a forma discursiva de nomeá-los também, ou seja, seu sentido é forjado no agenciamento de forças em que se formaliza. 2) Ao adjetivar práticas (institucionais ou de profissionais) como medicalizantes ou desmedicalizantes, podemos incorrer em uma postura totalizante em que consolidamos, nos processos de medicalização, aqueles que seriam as causas do bem e do mal (MACHADO; FONSECA, 2019).

### **Adjetivar como tática de normalização**

Nas escolas, os corpos das crianças aprendem a fazer fila de meninos e meninas para irem ao recreio, a levantarem a mão para solicitar ir ao banheiro, a ficarem sentados em suas carteiras. Os corpos dos adultos aprendem a condicionar os gestos. Assim se dão processos de subjetivação e normalização. Dizer “aquele aluno é muito distraído” se dá na injunção de um jogo de forças em que um lugar político de aluno – lugar no imaginário social construído em determinada época e espaço – se cruza com o lugar político daquele que pode isso dizer. Foucault (2002) considerava a escola como um dos principais dispositivos de normalização constituído pelos poderes, ou seja, espaço privilegiado de técnicas de domesticação e docilização dos corpos onde se produzem

peças que agem e sentem a partir de certa moral e de técnicas de poder vigentes. Interessa ao autor a capilaridade no exercício do poder, uma micropolítica que funciona em cadeias: “O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu” (FOUCAULT, 1998, p. 183-184). Uma “sinuca de bico”, não fosse o fato de podermos analisar a existência do jogo de forças em que essa sinuca se formaliza e em que somos forçados constituindo aquilo contra o que lutamos.

“Aquele aluno é muito distraído”. Esse tipo de colocação permite refletirmos sobre três questões. A primeira, a presença de dois elementos (uma pessoa, o aluno, e a distração) que se tornaram equivalentes – o aluno é distraído. A segunda, uma quantificação do que é qualitativo – a distração é muita. Claro, isso poderia servir para um início de conversa em que se colocasse em análise a complexidade de uma situação na qual há preocupação com esse aluno, mas a força dessa estrutura discursiva torna equivalentes elementos de natureza diversa (aluno e distração) e faz parecer que o problema seria quantitativo. Se assim fosse – quantitativo, apenas –, uma boa dosagem de atenção bastaria para que a balança se equilibrasse. A terceira questão é que aquela que fala e aquela que escuta (imaginemos uma conversa entre uma psicóloga e um professora) são colocadas fora do jogo de forças para que se produza a verdade “aquele aluno é muito distraído”. Somos, inclusive, convidados a pensar que quem formula essa frase não seria “muito distraído”, não padeceria desse mal, saberia habitar um suposto ponto ideal que não tem sido alcançado por aquele aluno.

Seria possível depreender o mesmo percurso analítico quando escrevemos “essa escola é medicalizante” ou “esse profissional é medicalizante”? Se sim, poderíamos conjecturar que essas colocações tenderiam a estabelecer equivalências, totalizar existências e produzir efeitos de verdade isentando o autor do ato que elas exercem.

Na discussão empreendida por Canguilhem (1995) sobre o normal e o patológico, o autor afirma que patológico implica *páthos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência. Ele ressalta a primazia do *páthos*, sentimento de vida contrariada daquele que sofre, para que haja uma prática que se debruce sobre isso e indique um percurso de cuidado e tratamento.



Uma avaliação qualitativa, que permitisse aferir o sentimento de que algo vai mal, desencadearia um gesto de cuidado. A saúde e a medicação tornadas mercadorias alteram essa sequência, os tratamentos são propagandeados, os fármacos precisam ser vendidos e, como seguem dependendo do sofrimento e da doença, há que se produzir sofrimento. Nada de novo no *front*, trata-se da intensificação de uma lógica discursiva dependente da métrica da normalização e, agora, intensificada pelo objetivo lucrativo das indústrias farmacêuticas.

Se tomamos a doença como uma condição que restringe a criação de normas de vida perante as adversidades, como propõe Canguilhem, e se a normalização situa os corpos e as vivências em escalas e métricas que fixam as formas de viver reduzindo os movimentos criativos, então o processo de normalização e medicalização tornaram-se estratégia de adoecimento.

No Brasil, o período mais largamente analisado a partir do conceito de medicalização diz respeito aos primeiros 40 anos do século XX, quando houve um forte acolhimento nas práticas e organizações escolares dos ideais médico-higienistas e da psicométrica, além de grande influência de teorias racistas subsidiadas por uma forma de governar violenta (LIMA, 2021). Nesse sentido, compactuamos com a ressalva feita por Maria Helena Souza Patto (1999) quanto ao cuidado necessário ao se importarem alguns conceitos de Foucault sem articulá-los com a violência e o preconceito racial das epistemologias classificatórias que justificaram formas de segregar, excluir e aniquilar os negros e os pobres no Brasil. Como pesquisou Jurandir Freire Costa (1983), a higiene mental se tornou política de Estado no Brasil e congregou interesses da corporação médica com objetivos da elite agrária administrando técnicas de submissão a partir do desenvolvimento de conhecimentos científicos. As ações de cuidar, tratar, adequar, submeter, regenerar e controlar foram subsidiadas por um pensamento higienista que firmou raízes no terreno escolar na medida em que a educação era entendida como meio de imposição de um ideal de vida às classes populares. As práticas higienistas do início do século XX participaram da fundação de um lugar de aluno para os filhos e as filhas de famílias pobres que, preponderantemente, era remetido à necessidade de regeneração. Hoje, as exigências de exclusão, não mais assumidamente racistas e preconceituosas, geram um apelo às escolas de um tipo de controle relacionado à intervenção médica e psicológica produtora de sujeitos diagnosticados (NUNES, 2013).

## A escrita acadêmica e suas armadilhas

Nosso debate retoma a crítica a processos de assujeitamento intensificados pelos mecanismos de medicalização das relações escolares e traz para o primeiro plano a necessidade de analisarmos a participação de nossas produções escritas nesse jogo de forças. Voltemos, então, às pesquisas acadêmicas. No início deste texto trouxemos duas cenas escolares que apresentaram situações-sem-saída. A fala de Nailton deflagrou essa dimensão com precisão: “depois que tacha já era”, ou, ainda, ao fazer alusão ao dito popular, “nasceu torto, morreu torto” (SOUZA; AMARAL, 2015, p. 422). Haveria algo de inescapável, uma naturalização do sem-saída, pois, se nasceu torto, nunca irá se endireitar. Como advertem as autoras da pesquisa, é a explicação inatista que o conforta para justificar a história de sucessivas reprovações escolares que culmina no abandono da escola na quinta série (SOUZA; AMARAL, 2015). Essa explicação inatista entra em conflito com sua outra frase que põe em evidência uma ação em que algo é tachado. É o próprio Nailton quem desdobra o significado de sua afirmação: “depois que você dá o nome, já era. Depois que pegou, a pessoa põe aquilo na cabeça” (p. 425). O nome pega, cola, gruda e reorganiza toda a compreensão dos eventos, agora sob a égide dessa nova explicação – não há forma melhor de demonstrar o modo de captura subjetiva operado pelo processo de medicalização. Essa lógica imperativa e predicativa tende à situação-sem-saída.

Andreza também se deparou com esse problema, vivido por ela como sendo da ordem de um segredo, o que poderia tornar tudo mais complicado, já que o segredo impõe que se silencie acerca dele. Tachada de ser “idade mental”, ela convocou a psicóloga-pesquisadora a demonstrar que não era igual a uma criança de quatro anos: se foi com o aparato psicológico que essa afirmação se fez, será dentro desse mesmo arcabouço conceitual que poderão ser encontradas as condições de pôr em xeque essa verdade. A pergunta de Andreza vem carregada de uma proposta metodológica: disputar a verdade selada no segredo usando o mesmo saber psicológico que a produziu. Poderíamos dizer que a perspicácia de Andreza foi ter provocado Adriana à luta. Adriana foi interpelada por Andreza, que, com sua sagacidade e estratégia, colocava o que parecia estático em movimento: “você disse que lutaria para mostrar que eu não era...”.

As nomeações incidem e produzem aquilo que se passa com os alunos e as alunas da escola pública. Nas formulações das frases, eles são mantidos como sujeitos qualificados por um predicado: “Andreza é idade mental”, “Nailton *não tem jeito*”, “*eles são distraídos*”. Essa lógica, articulada a um funcionamento regido por um sistema competitivo e homogeneizador, também presente em processos da biomedicina e da biotecnologia, naturaliza essa forma predicativa de escrever sobre o outro.

Em nosso trabalho, a escrita produzida na academia tornou-se tema na formação tanto dos alunos de graduação como dos de pós-graduação. No curso de graduação em Psicologia, passamos a problematizar a escrita produzida por estagiários e estagiárias dirigida às supervisoras de estágio, que eram as leitoras e destinatárias de textos que abordavam as dificuldades e indignações vividas nas experiências formativas. As cenas escritas, muitas vezes, relatavam um fato – “O problema é que o professor humilhou o aluno” – fazendo parecer que a presença dos estagiários e das estagiárias não participava da construção da realidade, assim como suas escritas, que eram tratadas como relato puro de uma realidade objetiva. Escrever a frase “O problema é que o professor humilhou o aluno” funcionava como um veredito e não gerava torções nem nos gestos (que eram percebidos como sem-saída) e nem no pensamento (em que se reduzia a causa da situação ao professor). Uma interrogação se formalizou: como nós, supervisoras e professoras dessas(es) estagiárias(os), estávamos implicadas e produzindo essa forma discursiva nos relatórios semanais? Isto é, passamos a compreender que nosso pedido para que as estagiárias e os estagiários escrevessem relatórios para nós, supervisoras, seria a força presente na produção de uma escrita que tomava a comunidade escolar como um objeto que existiria fora da relação conosco. Nesse contexto, estabeleceu-se o desafio de criar derivações em escritas que tendiam a discursos que invisibilizavam as relações de poder e saber em que a própria escrita se construía. Passamos a indagar: “Como ultrapassar essa primeira marca em que a realidade pareceria aquilo que vemos, como se nossos olhos não construíssem o visto, como se nossa presença não construísse a relação?” (MACHADO; FONSECA, 2019, p. 10). Essas derivações nos encaminharam a experiências de escritas endereçadas para aqueles e aquelas com os quais o trabalho de estágio era realizado (professores, educadores, familiares e equipes). Essas escritas, nada fáceis de serem redigidas, ao serem lidas e discutidas pelo grupo de supervisão, geravam ampliação na análise sobre a complexidade de elementos presentes nas situações vividas no estágio, dentre eles, a forma de pensar dos estagiários.

Essa proposta inspirou outros exercícios de escrita no campo da pesquisa e do trabalho de extensão universitária. Passamos a utilizar as figuras do remetente e do destinatário como maneira de operar torções e de “variar a fixidez de um mal-estar micropolítico que gera paralisia ou, ainda, impele a repetição das ações” (MACHADO; HAHNE; FONSECA, 2021, p. 31). Não se sai disso sozinho, por isso a importância de ressaltar os momentos de discussões grupais em todas essas experiências (MACHADO, 2021).

Processo similar aconteceu no trabalho junto aos pós-graduandos e motivou reflexões sobre o enfraquecimento da autoria em textos acadêmicos que repetem, muitas vezes, fórmulas em uma pós-graduação cada vez mais tecnicista. O perigo reside em uma escrita distanciada, que faria parecer que o autor não participaria da criação da realidade que pretende abordar. Muitas pesquisas buscam criticar e denunciar funcionamentos presentes nos processos de medicalização, fazendo referência à multideterminação na consolidação de problemas vividos por crianças e adolescentes na relação com as esferas da saúde, da educação e da assistência social, mas, não raro, prepondera nas pesquisas uma forma de escrever que, ao qualificar certas práticas e certos profissionais como medicalizantes e acríticos, em oposição a práticas e profissionais que seriam desmedicalizantes e críticos, incorre em uma espécie de apagamento da constante produção das condições em que se consolidam fazeres e se criam realidades. Em uma era dos transtornos (MOYSÉS; COLLARES, 2013) marcada pela mercantilização da saúde e por um cotidiano que produz adoecimento, é necessário acessar a construção política do funcionamento institucional, tensionar a captura diagnóstica e colocar em análise a participação das pesquisas na perpetuação dessa lógica (MACHADO, 2021).

### **Considerações de finalização**

Essas discussões provocam a necessidade de analisarmos, nas situações singulares, quando adjetivar produz petrificação ou ativa processos que sustentam a potência de variação. Resguardar-se no pensamento crítico não garante uma boa saída para essa encruzilhada. É necessário reconhecer que essa injunção, que impele a uma predicação redutora do outro, é força presente no campo, não sendo possível estar a salvo desse risco.

Vimos compreendendo, nas experiências que temos desenvolvido, que uma forma de estar à espreita das capturas dessa lógica tem sido desenvolver momentos de discussões grupais em que as escritas são lidas e refletidas. Nessas discussões, ficamos atentas às construções que fixam o outro (pessoa, instituição ou práticas) no lugar de objeto genérico e abstrato e aos efeitos de verdade que as escritas formalizam. Por exemplo, tem sido frequente que pesquisadores e profissionais utilizem, na escrita acadêmica e em relatórios técnicos, expressões e frases ditas por pessoas que participaram do percurso de suas pesquisas e trabalhos em situações de entrevistas e conversas. Quando essa prática visa a comprovar a presença de reducionismos e preconceitos nas pessoas que formularam as falas, tende a equivaler aquele que disse à frase selecionada gerando um processo de reificação do outro e um empobrecimento de análise. Essas situações geram silenciamento daquilo que o sujeito possa afirmar de si para além do que lhe fora imposto e invisibiliza as relações de poder e saber articuladas aos dispositivos de trabalho (entrevistas e conversas) em que as falas foram construídas (OLIVEIRA; MACHADO, 2021).

A presença do pesquisador altera as relações nas instituições, intervém na realidade. O termo intervenção seria redundante, pois qualquer forma de participação em uma relação tem efeitos sobre a dinâmica de forças que a constitui. Ressaltamos a participação da escrita na criação de relações e na complexidade dos processos de trabalho visando a dar relevo às capturas totalizantes operadas por frases que frequentemente utilizam artigos definidos e lançam mão do verbo “ser” estabelecendo equivalências: “a escola é um caos”, “os professores são resistentes”, “o aluno é muito distraído”.

Passamos a compreender o trabalho *com* a escrita como campo de estranhamento e deslocamento do pensar: ter a escrita como ação para variar uma fixidez do pensamento que vai, como em uma roda vida, criando impossibilidade de agir naquilo que indigna. No mesmo poema que serviu de epígrafe para este texto, há outro verso que se aproxima dessa atitude que buscamos manter presente. Huidobro (1990), poeta chileno que viveu entre 1893 e 1948, escreveu “Por que cantais a rosa, oh poetas! Fazei-a florescer no poema”. A escrita sobre situações vividas, quando eminentemente demonstrativa e predicativa, congela e segmenta objetos para analisá-los como se fossem estados fixos e exteriores a quem escreve, mas poderia haver uma outra forma que aproveitasse o contínuo movimento criador em que a própria escrita está enredada na constituição das existências: uma forma que faz da escrita território de disputa contra mecanismos reducionistas e predicativos, de acesso à complexidade dos processos de medicalização e de germinação

de dúvida. Andreza nos convocou a isso: como provar que ela não era...? Como criar dúvida naquilo que foi atestado de forma contundente?

Larrosa (2019, p. 16) nos conta de sua “convicção de que as palavras produzem sentidos, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação”. Ao escrevermos, nos lançamos nessa aventura e, nela, somos enredados pelos sentidos que criamos. Esse jogo de captura e deslocamento é contínuo e evidencia que a escrita é ação micropolítica de constituição de existência que requer ser colocada em análise constantemente.

## Referências

ANZALDÚA, Gloria. To(o) queer the writer – loca, escritora, y chicana. *In: KEATING, AnaLouise. The Gloria Anzaldúa reader*. Durham: Duke University Press, 2019. p. 163-175.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. (original publicado em 1943).

COSTA, Jurandir Freire. **A ordem médica e a norma familiar**. São Paulo: Graal, 1983.

DESPRET, Vinciane; STENGERS, Isabelle. **Les faiseuses d’histoires**: ce que les femmes font à la pensée. Paris: La Découverte, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Theatrum Philosophicum**. São Paulo: Mauá, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

HUIDOBRO, Vicente. **Antología poética**. Organização de Hugo Montes. Madrid: Castalia, 1990.

LARROSAB., Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p.20-28, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

LEVIN-BORGES, Renato. Medicalização no ambiente escolar: neoliberalismo, neofascismo e a produção de presença. *In*: CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Claudia Rodrigues (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?** Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 196-209.

LIMA, Ana Laura Godinho. **A vontade de psicologia na formação de professores**. 2019. Tese (Livre Docência em História da educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi:10.11606/T.48.2020.tde-11052021-122702>. Acesso em: 20 out. 2021.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Crianças de classe especial: efeitos do encontro da saúde com a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana. Apresentação. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). **Concepções e proposições em Psicologia e Educação**. São Paulo: Blucher, 2017. p. 12-28. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/000-20841>. Acesso em: 22 dez. 2020.

MACHADO, Adriana Marcondes; FONSECA, Paula Fontana. A escrita endereçada como prática de formação e construção de realidade. **Mnemosine**, v. 15, n. 1, p. 4-22, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45970>. Acesso em: 20 out. 2021.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Quando a escrita toca a produção institucional em um trabalho de extensão universitária**. 2021. Tese (Livre Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.47.2021.tde-15122021-115559>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MACHADO, Adriana Marcondes; HAHNE, Beatriz Saks; FONSECA, Paula Fontana. Pensar é deslocar-se: o jogo da escrita endereçada. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; CARDOSO, Silvia Galesso (org.). **A escrita como exercício em processos formativos**. São Paulo: Blucher, 2021. p. 21-34. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/01-22763>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MOYSÉS, Maria Aparecida; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização: o obscurantismo reinventado. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida; RIBEIRO, Mônica França (org.). **Novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 41-64.

NUNES, Rosa. Medicalização da educação e racismo da inteligência. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida; RIBEIRO, Mônica França (org.). **Novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 259-270.

OLIVEIRA, Richard; MACHADO, Adriana Marcondes. Entrevista como experiência, loucura como método: composição de uma ética do encontro. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, p. 416-436, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/61049>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167-198, 1999.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Intermeios, 2015.

SOUZA, Denise Trento Rebello; AMARAL, Daniele Kohmoto. Quatro histórias de reprovação escolar: notas sobre o rumo das vidas de Ângela, Nailton, Augusto e Humberto. *In*: PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Intermeios, 2015. p. 413-429.

---

## Notas

1. Ianni Scarcelli, Sandra Sawaia e Denise Trento foram estudantes pesquisadoras que habitaram o cotidiano escolar e colheram registros que subsidiaram a pesquisa escrita por Maria Helena Souza Patto, publicada no livro *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia* (PATTO, 1990).



# **ENFRENTAMENTO À MEDICALIZAÇÃO E À FARMACOLOGIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NO CUIDADO**

# 3

**Proposições para uma articulação entre as  
lutas antimanicomial e anticapacitista**

Marcia Moraes

Marília Silveira

**A atenção medicada e a ecologia da atenção:  
a experiência de adolescentes**

Luciana Vieira Caliman

Maria Renata Prado-Martin

**Saúde mental e educação infantil:  
interfaces entre o cuidar, o educar e o brincar**

Clau Fragelli

Sabrina Helena Ferigato

**A identificação de sinais de risco de autismo:  
marcas do diagnóstico e as palavras não escritas**

Aniê Coutinho de Oliveira

Ricardo Burg Ceccim

**Sofrimentos discentes e a produção coletiva de  
cuidados no ensino superior: em busca de descolonizar  
e desmedicalizar o pensamento**

Thaís Seltzer Goldstein

Sáshenka Meza Mosqueira

**Vulnerabilidades e atenção psicossocial:  
das cicatrizes aos laços**

Ana Marta Lobosque

## **Proposições para uma articulação entre as lutas antimanicomial e anticapacitista**

Marcia Oliveira Moraes; Marília Silveira

No presente capítulo, buscamos colocar em diálogo duas lutas sociais que são a antimanicomial e a anticapacitista. O texto é escrito a quatro mãos, por duas mulheres pesquisadoras que se encontraram na universidade e que compartilham direções éticas de pesquisa em Psicologia, no sentido de uma pesquisa situada e encarnada, cujos eixos estão assentados nas perspectivas feministas (HARAWAY, 1995; OLIVEIRA; BLEINROTH; SILVA, 2021; MOMBAÇA, 2016). Nossos campos de pesquisa são distintos e, é o que argumentamos neste trabalho, articulados. Enquanto uma de nós atua na saúde mental, a outra se dedica ao campo dos estudos da deficiência.

Caminhamos na direção das desobediências epistêmicas, que são proposições trazidas de leituras do grupo modernidade/colonialidade e desse modo, nos aliamos a Erika Oliveira, Maria Laura Bleinroth e Yasmin Maciane da Silva (2021) para nos afirmar como “monstras perigosas”, que “são mulheres que colocam suas ideias no papel”, como a intenção não ingênua (HARAWAY, 1995) de provocar aberturas subjetivas e alargamentos existenciais.

Nas linhas que se seguem, partimos do lugar epistemológico de ambas as lutas para sustentar as conexões tecidas junto ao chão de nossas pesquisas. Trazemos algumas cenas de cuidado (realizadas em temporalidades e situações distintas) porque elas contêm experiências em que pessoas diagnosticadas e com deficiências afirmam suas diferenças, falam do que as torna monstruosas, pois seus corpos desviam das normas classificatórias próprias das verdades absolutas e universais. Tais cenas “nos ajudam a pensar radicalmente o que é fronteira e o que é normalidade” (COHEN, 2000, p. 31), pois em algum momento essas pessoas (assim como nós, dentro da universidade) foram vistas, sentidas e pensadas “como corpos que não se ajustam, que deveriam se ajustar, aberrantes, passíveis de domesticação, correção, medicalização, enjaulamento” (OLIVEIRA; BLEINROTH; SILVA, 2021). Desse modo, seguimos com as autoras a unir o lugar epistêmico com o lugar social e assim propomos a articulação entre as lutas antimanicomial e anticapacitista.

## As epistemologias que sustentam as lutas

Paulo Amarante (2009) nos convoca a pensar na dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica que sustenta os processos da Luta Antimanicomial. Amarante (2009) afirma que neste empreendimento de uma epistemologia para a Reforma Psiquiátrica há conceitos e dimensões fundamentais e articuladas e que os conceitos produzem práticas e, portanto, produzem mundos. Para sustentar o conceito de doença como alteração biológica, a tradição psiquiátrica definiu o louco como alienado e embora o conceito não significasse ausência de razão, mas sim a contradição da razão, tal contradição tornaria o sujeito alienado incapaz de julgar e escolher, ou ser livre e cidadão. Em consequência disso, que prática poderia decorrer para devolver o sujeito desarrazoado pela condição biológica? O isolamento e a internação, porque apenas retirando o sujeito do meio que atrapalha sua razão, ele poderia se tornar objeto a ser estudado “em seu estado puro” (AMARANTE, 2009, p. 2). O asilo, espaço cientificamente ordenado, se torna o lugar ideal para o tratamento moral, a reeducação pedagógica, a vigilância e a disciplina. A formulação do problema e sua resolução estão amparadas pela ciência positivista, neutra e masculinista. De modo que a doença é lida única e exclusivamente como problema interno ao sujeito e a sua “perda de razão” leva necessariamente à perda de sua liberdade. O sujeito, refém de sua doença, é submetido ao asilo e ao tratamento moral para só então voltar a ser considerado cidadão.

Afirmar uma epistemologia da Reforma Psiquiátrica é se munir também de conceitos: o conceito de desinstitucionalização na tradição italiana tem no pensamento de Franco Basaglia (1985) a sua definição como “as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida” (AMARANTE, 2009, p. 01). Essa noção recoloca o sujeito da experiência da loucura no seu lugar social, de cidadão, de sujeito de direitos. Nesse deslocamento, a clínica, o processo de cuidado, também se transforma, deixa de ser o tratamento moral e o internamento para se tornar produção de sociabilidades e subjetividades. A doença, antes reduzida a uma alteração biológica, é colocada em discussão e em desconstrução, para tornar-se processo de saúde/enfermidade. A doença é colocada, nas palavras de Basaglia (1985), “entre parênteses”. Colocar a doença entre parênteses não significa negá-la, mas antes afirmar que

há um sujeito anterior à doença e presente o tempo todo. Desse modo, o conceito interfere também na dimensão jurídico-política do processo a fim de “rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais” (AMARANTE, 2009, p. 02).

Rachel Gouveia Passos (2019) nos traz ainda outro elemento para complexificar o debate no campo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial a partir da leitura de Franz Fanon e da lenta e difícil inserção das ideias do autor no Brasil. A autora sinaliza que as preocupações com as relações étnico-raciais, com o colonialismo e com o racismo não aparecem nas publicações desse campo, o que marca a invisibilidade do tema, num país marcado de pelo “apartheid psíquico”. Conceito elaborado por Isildinha Baptista Nogueira (2017) para definir que num país como o Brasil, que não vive a institucionalização e a legalização do apartheid, ele incide violenta e silenciosamente pelas relações sociais, causando intenso sofrimento à população negra. Nesse sentido, Rachel Gouveia Passos (2019) afirma que “o manicômio não só reproduz o apartheid social que envolve a experiência da loucura, mas também tem inscrito em si o machismo, a homofobia, a transfobia, o racismo, a xenofobia e outras formas de opressões” (p. 84) e acrescentamos aqui, o capacitismo. A autora, retomando a Carta de Bauru<sup>1</sup>, escrita no II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, defende ainda que reivindicar a luta por uma “sociedade sem manicômios” é colocar-se contrário às desigualdades de classe, às opressões de gênero e raça/etnia e ser a favor da superação da propriedade privada, como descrito na carta. Para nós, o posicionamento contrário às desigualdades de classe, gênero e raça é também e necessariamente um posicionamento contrário às desigualdades sofridas pelas pessoas com deficiência.

A Reforma Psiquiátrica entra no embate manicomial armada de seus conceitos que produzem outras práticas e por consequência, outros mundos. A Luta Antimanicomial é uma luta de conceitos para que não nos esqueçamos que epistemologia se sustenta na prática, no cotidiano da vida. O gesto de Rachel Gouveia Passos (2019), trinta e dois anos depois de a Carta de Bauru recolocar a amplitude e as marcas raciais das opressões, nos inspira a alargar as conexões entre as lutas.

Se retomarmos os princípios da Carta de Bauru, acima citada, podemos afirmar que as lutas antimanicomial e anticapacitista estão articuladas política e epistemologicamente. Porque os ativismos da deficiência no

Brasil (LANNA JR., 2010) – e em outros países, colocam em cena um outro conceito de deficiência, não mais centrado num corpo individual, mas antes produzido por uma sociedade que oprime corporalidades que se desviam da norma. Assim, a luta anticapacitista é, antes de tudo, uma luta por um outro projeto de sociedade, mais plural, mais diverso e democrático. A segregação e a exclusão das pessoas com deficiência, desde o final do século XIX, com as instituições especializadas, visava reformar as pessoas, melhorá-las, (re)conduzi-las à norma para, enfim, devolvê-las ao convívio social. A lógica de exclusão e de segregação é manicomial, seja no caso da deficiência, seja no caso da loucura, definida, desde a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (BRASIL, 2015), como deficiência psicossocial. Por esta via, a luta antimanicomial é também uma luta anticapacitista e esta última é antimanicomial. No bojo destes ativismos, o cerne está em transformar a sociedade e não, necessariamente, os indivíduos. Isso não significa dizer, de modo algum, que as pessoas com deficiência psicossocial, ou outras deficiências, não precisem de cuidados e tratamentos que possam trazer-lhes qualidade de vida. O que está em jogo é aquilo que Mol (2008) chama de lógica das práticas, isto é, uma certa racionalidade imanente às práticas: nos casos em tela, as práticas de segregação e opressão da loucura e da deficiência se articulam em torno de uma lógica da individualização e da medicalização de uma e de outra; uma lógica, em última instância que celebra e reitera o corpo capaz, produtivo. É justamente neste ponto que as lutas se articulam na afirmação da diversidade das paisagens corporais e na proposição/revisão de conceitos como os de autonomia e de cuidado, que discutiremos na seção seguinte.

## **Cenas de cuidado**

A escrita deste texto segue com cenas de cuidado em dois campos de pesquisa distintos e, ao mesmo tempo, articulados teórica e politicamente. Um deles é vinculado à saúde mental. Já o outro, se insere no domínio da deficiência. Dizemos que os campos se articulam teórica e politicamente porque, como dito, as lutas antimanicomial e anticapacitista se encontram tanto naquilo que repudiam, quanto no que afirmam. Lutar contra a opressão e o encarceramento da loucura e da deficiência é afirmar outros cenários possíveis para a composição de nosso mundo comum, tanto mais diverso

quanto mais heterogêneo. É afirmar um outro projeto de sociedade, mais inclusivo e acessível às corporalidades divergentes. O cerne destas lutas é o enfrentamento da lógica que individualiza e subalterniza a diferença. Não qualquer diferença, mas especialmente aquelas que demandam relações de cuidado intensivas, que impõem transformações sociais, políticas e subjetivas em nossos cenários de vida cotidiana. São estas as diferenças que tensionam e colocam em xeque as corponormatividades. Sublinhamos que as cenas de cuidado são apresentadas a partir de diários de campo e de memórias que redigimos com base em nossas ações de pesquisa, realizadas em temporalidades muito diversas. As memórias de pesquisa foram escritas a posteriori, depois das ações terem se realizado e a partir de notas esparsas que tomamos quando dos acontecimentos relatados. Já os diários de campo foram escritos de modo mais sistemático, quando da realização da pesquisa levada adiante por uma de nós.

## Cena 1

O ano era 2013 e vivíamos o desafio de trabalhar na Gestão da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Sul, ainda dentro de governos de esquerda que fomentavam e financiavam as políticas públicas, mesmo assim não era uma tarefa simples, mas constatar o efeito do trabalho pela voz das pessoas usuárias era uma das alegrias recompensadoras. Nada me tirou o gosto de presenciar, durante o I Encontro Estadual sobre Protagonismo e Autonomia de Usuários, uma pessoa usuária de um CAPS subiu ao palco na plenária final para dizer que quando, semanas antes, fora chamado pela Secretaria de Saúde para pensar o evento não tinha entendido bem no que poderia ajudar, achava que não tinha nada a oferecer e ficou surpreso ao perceber que as pessoas reunidas ali estavam interessadas na experiência dele, na vida dele, na opinião dele. E constatou que podia ajudar a pensar a programação, ajudou na escolha dos temas e até mediou uma mesa de debate. Ele disse também que não entendia direito o que era aquela autonomia (que estava no nome do evento), mas que entendeu naquele dia, algumas horas antes, quando o grupo Samba CAPS subiu no palco para tocar e todo mundo saiu dançando. Ele ficou parado olhando, pensando que não sabia dançar. Ai alguém disse: vem dançar! 'E aí eu fui, né? Porque eu pensei: autonomia é isso, é experimentar fazer coisas novas para ver o acontece' (Narrativa reescrita a partir de Silveira e Cabral, 2019, p. 106).

## Cena 2

O ano era 2014, seguia no mesmo cenário de trabalho da cena 1. Numa oficina de formação para trabalhadoras/es de saúde mental no interior do estado do RS, conversávamos sobre as “prescrições eternas”, um procedimento naturalizado em hospitais psiquiátricos<sup>2</sup>, em outras instituições totais como as Unidades de Internação Socioeducativas, mas também estendida aos serviços substitutivos, como as Residências Terapêuticas (RT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E se organiza como (mais) um dispositivo de poder, um prontuário no qual se encontra abaixo da lista de medicamentos de uma pessoa usuária esta frase; “prescrição eterna” seguida do carimbo e assinatura do psiquiatra. Encontrar essa frase no prontuário significa na prática que o psiquiatra não pretende nem revisar essa prescrição, em momento algum. O fenômeno das “prescrições eternas” era o grande impasse dos usuários quando questionavam com os médicos o tempo de uso das medicações, e recebiam como resposta sempre expressões de cunho futebolístico: “em time que está ganhando não se mexe”. Ponderamos nessa oficina, na sequência desta conversa, que quando a crise aperta, quando o usuário está agitado, a gente quer saber é de médico e medicação e têm dificuldades tanto para compor uma equipe que segure uma crise sem que a medicação seja a única resposta, como tampouco nos dispomos a conhecer melhor as medicações e poder discutir com os/as prescritores/as. Foi uma longa e bonita discussão em torno disso. Alguns embates mais duros como o de uma psicóloga que dizia que não podia ultrapassar o saber do outro (no caso do médico e da prescrição) que mesmo considerando uma prescrição inadequada, ela não poderia discutir, e várias pessoas no grupo se levantam para questionar a posição dela. Apontamos o fato de que havia diferentes concepções de mundo e de trabalho ali e que tudo bem que não concordássemos em tudo. Nenhum usuário participou da oficina, mas uma familiar esteve no segundo dia e trouxe a experiência dela com o marido e toda uma gama de ações feitas sem o consentimento dele (de internações a medicações que ele tomava “sem saber”), seu discurso falava apenas das “resistências” dele e de como tudo era feito às escondidas para garantir o cuidado. O grupo ajudou a problematizar a fala dessa mulher que não conseguia escutar quando o marido dizia que não gostava dos efeitos da medicação (DIÁRIO DE CAMPO, Marília Silveira<sup>3</sup>, 2014).

### Cena 3

O ano era 2020. O mês era março. O dia era 16. Chegava no Brasil o coronavírus. As universidades suspenderam as aulas e fecharam suas portas. Aprendíamos – na marra – o sentido da palavra lockdown. A doença e a morte avançavam sobre o nosso país, seguindo as trilhas das desigualdades de gênero, raça, classe e deficiência que já marcavam nossos cotidianos. As pessoas com deficiência eram violentamente apagadas nas direções de cuidados apresentadas pelas mídias hegemônicas. Do ponto de vista das políticas públicas para o enfrentamento da pandemia, vivemos o caos, o negacionismo, o descaso. Pessoas com deficiência ficaram de fora das ações de cuidado: nenhuma informação era acessível, nos registros de internação de pessoas adoecidas, não havia campo para marcar que a pessoa doente era uma pessoa com deficiência. Como sabemos, sem dados não há história que fundamente as políticas públicas, nem no futuro, nem no agora. Era, mais uma vez, o apagamento da deficiência. Em nosso grupo de pesquisa, Wanda Silva, mulher negra, cega, relata: “essa pandemia me faz sentir o mesmo que senti quando perdi a visão. Quando ceguei, eu perdi um mundo, o mundo de quem enxerga. Hoje, com a pandemia, eu sinto que perdi de novo um mundo, o que eu estava construindo como mulher cega. Não posso ir à rua, não posso me orientar mais pelo tato, que se tornou o sentido do contágio, da doença. É um luto, é uma angústia por perder de novo o mundo”. Foi esta fala que colocou em cena que precisávamos retomar nossos encontros com as pessoas cegas e com baixa visão com quem pesquisávamos. Do jeito que desse. Era preciso retomar. Era preciso colocar em ação o que desde sempre afirmávamos: conhecer e cuidar se articulam. PesquisarCOM as pessoas cegas e com baixa visão é também viverCOM. Retomamos os encontros um mês depois do dia 16 de março. Mudou tudo, não era mais uma Oficina de Corpo, não era mais presencial. Permaneceu, porém, o ethos de fazer a pesquisa COM as pessoas e não sobre a deficiência. Naquele momento em que nos reencontramos virtualmente, éramos nós cuidando umas das outras (MEMÓRIA, Pesquisa Perceber sem Ver4, 2021).

### Cena 4

Era uma roda de conversa com estudantes com deficiência, alunos de uma universidade pública, muitos deles cotistas. As rodas foram realizadas por uma iniciativa que reuniu pesquisadoras da área da deficiência, pessoas com e sem deficiência, alunos e alunas ativistas, servidoras aposentadas, também ativistas da deficiência. O objetivo das rodas era acolher os alunos e alunas com deficiência naquele momento da pandemia em que tudo se fechava. Uma roda de conversa virtual, já que a pandemia fechou as portas da Universidade. As



questões eram muitas. A “hostilidade das ruas”: foi esta a frase que uma pessoa com deficiência usou para dizer que nas ruas não era possível circular, sendo uma pessoa cega. Não era possível tocar em nada, nem em ninguém. Não que antes da pandemia as ruas fossem acolhedoras para os corpos com deficiência. Não eram. Mas na pandemia, as ruas se tornaram ainda mais opressoras. Uma pessoa surda concorda com o que diz a colega cega. Como se comunicar com todo mundo de máscaras se a leitura labial é tão decisiva em seu modo de vida? Se ela pede para alguém tirar a máscara, a pessoa se ofende. Como saber o que está acontecendo se nenhuma informação era acessível? Naquelas rodas de conversa, que duraram alguns meses, havia partilha, havia escuta. Havia pessoas com e sem deficiência comprometidas em tecer redes, fazer laços e cuidar. Havia ali uma reunião de projetos de pesquisa, de extensão, de ativismos. Se o mundo era hostil e violento, naquelas rodas buscávamos cultivar forças para tensionarmos juntas o tal do “novo normal” (MEMÓRIA, Pesquisa Perceber sem Ver, 2020).

O que estas cenas nos levam a pensar sobre cuidado e autonomia? Como corpos marcados encontram seu lugar social? A que custo? Quais ferramentas temos para alargar o mundo e fazer lugar para as diferenças?

### **Autonomia sinônimo de rede: partilhar o cuidado**

No campo da saúde mental, a discussão de autonomia se faz presente pela tensão colocada na palavra, de modo que dela se compreenda que autonomia não é o mesmo que fazer tudo sozinho, ou ser autossuficiente. Da pesquisa de onde derivam as cenas da saúde mental, evocamos a compreensão de outra pesquisadora do campo, quando ela afirma que “não se entende a autonomia individual como autossuficiência, mas como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar” (ZAMBILLO, 2015 p. 89). Marciana Zambillo e Analice Palombini (2017) ainda afirmam que é a partir da insuficiência que se ajuda e se busca apoio, sendo a ajuda recebida aquilo que permite ser suficiente, porém nunca autossuficiente, apenas suficiente pelo que se compartilha. Essa concepção foi colocada na saúde coletiva por Roberto Tykanori Kinoshita, que em 1995 afirmou a autonomia como uma rede de dependências, sustentando então que quanto mais pontos de apoio temos, mais autônomos/as nos tornamos. Recolocando assim a rede e as relações como condição para autonomia.

Para que essa relação de cuidado possa fluir, é preciso muitos pontos de apoio que possam sustentar autonomias errantes, para usar o termo-título da dissertação de Marciana Zambillo (2015), sabendo que não é uma definição de autonomia que dá conta de compreender e agir nos encontros das pessoas com o mundo. A autora sugere ainda a relação entre autonomia e cogestão (CAMPOS, 2000), o que significaria suspender a sustentação do conceito na “centralidade em si e pensá-la não como autossuficiência, mas como co (do latim – companhia, juntamente), compartilhamento, corresponsabilidade. Autonomias não mais centradas em si, mas no entre, na possibilidade de negociação” (ZAMBILLO, 2015, p. 103). Desse modo as autonomias seriam singulares, errantes e negociadas nos arranjos mais diversos. Como vimos nas há práticas que fomentam a partilha do cuidado e a sensação de autonomia. Por outro lado, também há acontecimentos que podem desfazer o arranjo de autonomia e um retorno a uma posição de não lugar possível para a própria existência. Por isso, afirmamos com Marciana Zambillo as autonomias errantes, porque plurais e tecidas a cada encontro, sempre sem garantias eternas, sempre passíveis de serem modificadas.

No trabalho de campo da pesquisa de saúde mental, também fomos interpeladas por uma psiquiatra, no corredor, entre uma atividade e outra, depois de ela ter escutado uma palestra nossa no evento, numa conversa rápida diz: “Tem uma coisa que a gente não põe em discussão que é a solidão do médico na hora da prescrição, porque o restante da equipe também não quer se responsabilizar por isso” (DIÁRIO DE CAMPO, Marília Silveira, 2013).

Essa interpelação nos permite pensar na dimensão prescritiva, que aqui propositalmente alargamos. Afinal, são os médicos exclusivamente que prescrevem medicamentos, mas será que apenas médicos fazem prescrições? Essa interpelação tomada em sua radicalidade nos permitiu olhar para as nossas práticas, afinal fazíamos um trabalho de gestão em saúde, e nele apareciam muitas prescrições. Prescrições de dieta, de modos de vida, de exercício, de comportamento, de modos de colocar o texto da política em prática. Trabalhadores o tempo todo se queixavam de usuários que não seguiam as prescrições, nós gestoras também nos queixávamos dos trabalhadores quando assumiam posturas contrárias ao preconizado pelas políticas. Então percebemos que em todos os lugares podemos cair em práticas prescritivas, especialmente se estivermos solitários em nossas apostas. Podemos fazer uma conexão entre a solidão e a prescrição.

Num retorno ao campo de pesquisa em janeiro de 2016, saltou-nos um analisador, entre outros tantos que não serão aqui discutidos, o da solidão. As trabalhadoras (todas mulheres) nos falaram sobre a solidão de conduzir um grupo nos serviços, de como mesmo quando o grupo é reconhecido e recomendado por outros profissionais aos usuários, a pessoa que coordena ficava solitária no processo de condução do grupo. A sensação de solidão gerava uma sensação de impotência, de cansaço e muitas queixas com relação ao desinvestimento das equipes e dos usuários no processo do grupo.

É interessante pensar em alguns movimentos que acontecem quando essa solidão aparece como analisador, porque junto a ela aparece uma série de prescrições. O médico solitário que prescreve sem o apoio da equipe, a trabalhadora que prescreve uma certa posição aos colegas de serviço esperando que auxiliem no manejo continuado do grupo, ou mesmo na posição dos usuários, quando já tendo participado do grupo retornam prescrevendo a participação a outros usuários. Inscreve-se aí uma série de prescrições. Uma sobrecarga de mandatos que antecipam um modo de ser/estar/fazer e que, ao mesmo tempo, se desconecta do que propriamente acontece. No lugar de escutar ocupa-se de prescrever o que deve ser feito. Pensamos que o efeito das desconexões gera a solidão, quando se esgotam nos cuidadores as ferramentas de cuidar e já não conseguem perceber o que está acontecendo aqui e agora, pois esperam algo que imaginaram e que não corresponde à realidade ou a possibilidade de quem é cuidado naquele momento.

Assim, autonomia só faz sentido, como conceito nos campos da saúde mental e da deficiência, como proliferação de redes de apoio, das conexões. Autonomia não é sinônimo de um fazer autocentrado, mas de um fazer em rede, de tal modo que quanto mais conexões, mais ampla é a capacidade de agir. No campo dos estudos da deficiência, especialmente na perspectiva feminista (DINIZ, 2012), a aposta é na interdependência como princípio que nos constitui como seres agentes. Interdependência tanto uns por relação aos outros, quanto entre humanos e não humanos (KAUFMAN, 2016). A concepção de autonomia como um fazer por si mesmo, segundo Kaufman (2016), é cotidiana nos cenários que envolvem a inclusão escolar da pessoa com deficiência. A meta e o mito do fazer sozinho reitera o ideal do corpo capaz e é justamente isso que é colocado em xeque pela perspectiva feminista dos estudos da deficiência que afirma a interdependência como princípio básico de nossa constituição como seres agentes. Nas palavras de Kaufman, ressignificado pelo viés da interdependência, o conceito de autonomia significa “estar em relação, fazer mais laços, ligar-se” (KAUFMAN, 2016, p. 63).

Nas cenas de cuidado do campo da deficiência, o que destacamos é o fazer-COM como prática emancipatória, isto é, como um modo coletivo de tecer redes e fazer laços, de fortalecer-se no enfrentamento conjunto às opressões aos corpos com deficiência. A instituição do “novo normal”, definido como um conjunto de práticas de evitação do contágio pelo coronavírus, reiterou as opressões à deficiência. Do nosso ponto de vista, é uma contradição entre termos usar a palavra “novo” junto da palavra “normal”. Como sabemos, desde a clássica obra de Canguilhem (2011), a norma é um parâmetro estatístico não afeito à diversidade da vida. Por ocasião da pandemia, no ápice da devastação causada pela disseminação do vírus, as autoridades municipais, estaduais e federal usavam a expressão “novo normal” mais uma vez excluindo e segregando as singularidades das pessoas com deficiência, já que não havia nenhuma informação divulgada com recursos de acessibilidade, nem outras ações que tivessem como foco as pessoas com deficiência, tal como é previsto pela LBI (BRASIL, 2015).

Uma vez desconectado de ações coletivas que tomassem como foco as singularidades dos corpos com deficiência, o “novo normal” operava como uma prescrição que violentava as pessoas com deficiência ao marginalizar seus modos de vida. Era o que nos diziam os estudantes com deficiência quando falavam da “hostilidade das ruas”. Eram aqueles modos de vida que eram problemáticos, eram eles que precisavam se retificar a fim de não se contaminarem nem contaminarem outras pessoas. Sem bases políticas orientadas e pautadas na questão da acessibilidade, o “novo normal” era, para pessoas com deficiência, uma prescrição violenta. Mia Mingus (2011) ao comentar sobre a acessibilidade, em sentido amplo, afirma que promover acesso às pessoas com deficiência diz respeito à composição de nossos laços sociais. Colocar a acessibilidade como questão secundária, menor, implica em secundarizar as pessoas que dela se utilizam.

Nas cenas de cuidado com pessoas com deficiência, o trabalho consistia em fazer rede, cultivar laços como forma de resistir e re-existir diante do horror da pandemia. Há que ser destacado que a direção do fazer-COM (MORAES, 2010) foi uma ética e um método que orientou as rodas de conversa. O que estava em jogo era compor com as pessoas com deficiência, estar junto na perspectiva do cuidado como uma prática distribuída (Mol, 2008). Naquelas rodas de conversa, havia uma ação distribuída em que cuidávamos uns aos outros, uns dos outros. Foram dispositivos potentes de manutenção da vida num momento em que imperavam a dor, a incerteza, a angústia.

## Conclusão

Ser pesquisadora monstruosa, segundo Jota Mombaça (2016, p. 344), é estar “no espaço da norma; indisciplinada no lugar da disciplina”. “O monstruoso oferece uma fuga de seu hermético caminho, um convite a explorar novas espirais, novos e interconectados métodos de perceber o mundo” (COHEN, 2000). Nessa fuga, exploramos outras conexões entre a luta antimanicomial quando se afirma como “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1993, p. 01) e a luta anticapacitista afirma “uma vontade de refazer o mundo, dadas as maneiras em que a injustiça, a opressão e as hierarquias são construídas (muitas vezes literalmente) nas estruturas da sociedade contemporânea” (Mc RUER, 2021, p. 107).

Para qualquer movimento é necessário colocar a doença e a deficiência entre parênteses e retomar o lugar da cidadania, invertendo o lugar de saber. A pessoa usuária da saúde mental e a pessoa com deficiência se apresentam como as/os experts de si mesmos, aos quais devemos consultar para pensar o cuidado e o com quem tecemos alianças para todas as disputas por um lugar social cidadão.

A aposta em tecer redes e cultivar laços é uma prática de enfrentamento aos excessos de prescrições nos encaminhamentos e atendimentos tanto aos usuários, quanto com relação às trabalhadoras na área da saúde mental. Seria este um modo de enfrentar a persistente lógica manicomial que segrega, isola, separa, produzindo efeitos diversos nos atores, sejam usuários, sejam trabalhadoras? Investir numa lógica de cuidado mais distribuída, mais próxima das vidas e das experiências das pessoas é um modo de resistir à lógica manicomial que se instala tanto no campo da saúde mental, quanto no campo da deficiência. Por certo, há muito o que avançar a fim de colocar em xeque a lógica manicomial e segregacionista, os excessos das prescrições - medicamentosas e outras.

## Referências

AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2009.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 13.146, de 6 de jul. de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília: Casa Civil, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em: 10 abr. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

COHEN, Jeffrey Jerome. A cultura dos monstros: sete teses. *In*: GIL, José; HUNTER, Ian; COHEN, Jeffrey Jerome. **Pedagogia dos monstros**: os prazeres e os perigos da confusão de fronteiras. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 23-60.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-42, 1995.

KAUFMAN, Nira. **Mediação escolar**: tecendo pistas entre muitos. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Niterói, 2016.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **O outro da reforma**: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2001.

LANNA JR., Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

McRUER, Robert. Aleijando as políticas queer, ou os perigos do neoliberalismo. **Educação em Análise**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 105-119, jan./jul. 2021.

MINGUS, Mia. **Access Intimacy: the missing link**, 2021. Documento eletrônico. Disponível em: <https://leavingevidence.wordpress.com/2011/05/05/access-intimacy-the-missing-link/>. Acesso em: 11 mar. 2020.

MOL, Annemarie. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. Oxford: Routledge, 2008.

MOMBAÇA, Jota. Rastros de uma submetodologia indisciplinada. **Concinnitas**, v. 1, n. 28, 2016.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa. **Entre quatro paredes: desafios da atenção em saúde mental no hospital geral**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2013.

MORAES, Marcia. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. *In*: MORAES, Marcia; KASTRUP, Virginia (org.). **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual**. Rio de Janeiro: Nau Editora/Faperj, 2010. p. 26-51.

MORAES, Marcia; PEIXOTO, Ana Clara; OLIVEIRA, Daina Gaignoux; TREBISACCE, Dandara Chiara Ribeiro; VIANA, Ellen Cristina Bispo; MACEDO, Juliana Cabral; RIBEIRO, Maíra Macedo França; PORTO, Vitória; SILVA, Wanda Ferreira da. Arte e acolhimento: movimentos do pesquisar com mulheres cegas e com baixa visão em tempos de pandemia. *In*: INSFRAN, Fernanda Fochi Nogueira; NEGREIROS, Fauston; GOMES, Jacqueline de Sousa (org.). **Fraturas expostas pela pandemia: conjugando juntas o verbo esperar**. Teresina: EDUFPI, 2022. p. 261-289.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

OLIVEIRA, Érika Cecília Soares; BLEINROTH, Maria Laura Medeiros; SILVA, Yasmin Maciane. Desobediências epistêmicas e pesquisas monstruosas em psicologia social. *In*: CRUZ, Lílian Rodrigues; HILLESHEIM, Betina; EICHHERR, Letícia Maísa. **Interrogações às Políticas Públicas**: sobre travessias e tessituras do pesquisar. Porto Alegre: ABRAPSO, 2021. p. 13-32.

OLIVER, Michael. Changing the Social Relations of Research Production? **Disability & Society**, v. 7, n. 2, p. 101-114, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02674649266780141>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ZAMBILLO, Marciana. **Autonomias errantes**: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades, de invenção de si. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima. Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 1, p. 78-88, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170009>. Acesso em: 22 jan. 2022.

---

## Notas

1. A Carta de Bauru é um documento histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e nela aparece a seguinte definição: “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, à justiça e melhores condições de vida”.
2. Esta expressão é muito utilizada nos hospitais psiquiátricos, mas também nos hospitais gerais com leitos de saúde mental. Segundo Jaqueline da Rosa Monteiro (2013), aparece nesses termos inclusive nos prontuários de usuários internados nos hospitais por ela pesquisados no RS.



3. Os relatos trazidos pelos Diários nas Cenas 1 e 2 são derivados da tese “A formação na Gestão Autônoma da Medicação: políticas de práticas de saúde mental” de Marília Silveira, orientada por Marcia Moraes, que conta a experiência de inserção do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, produto de uma pesquisa multicêntrica na gestão estadual de saúde mental do estado do Rio Grande do Sul.
4. A Pesquisa Perceber sem Ver é coordenada por Marcia Moraes. É um trabalho que se realiza com pessoas com deficiência visual, e não sobre a deficiência. No ano de 2020, a pesquisa, que antes se realizava por meio de uma Oficina de Corpo, passou a se realizar de modo remoto, como Rodas de Conversa cuja finalidade era compartilhar as angústias vividas no momento da pandemia, bem como estabelecer laços de cuidado entre as pessoas com e sem deficiência que se reuniam na plataforma virtual. Nos anos de 2020 e 2021, as Rodas de Conversa passaram a contar com 10 mulheres, algumas cegas, outras com baixa visão, de diferentes estados do Brasil, com idades entre 20 e 80 anos, mulheres diversas quanto à raça, regionalidade, idade, classe. No grupo das pesquisadoras, havia 4 mulheres que enxergam e uma cega. As Rodas de Conversa tiveram a arte como mote disparador dos encontros, que se realizaram na direção de uma ação emancipatória (OLIVER, 1992). Para saber mais: Pesquisa Perceber sem Ver no ano de 2020 (MORAES; PEIXOTO *et al.*, 2022).

## **A atenção medicada e a ecologia da atenção: a experiência de adolescentes**

Luciana Vieira Caliman; Maria Renata Prado-Martin

Em uma das primeiras análises sociológicas sobre a hiperatividade, em 1975, Peter Conrad publica um livro propondo que tal categoria diagnóstica poderia ser vista como um exemplo do processo da medicalização da vida. As ideias de Conrad sobre a medicalização são hoje consideradas as mais difundidas (ZORZANELLI; BEZERRA; ORTEGA, 2014) no interior, do que Rojas e Vrecko (2017) nomeiam de teorias da medicalização. Conrad (1975, 2006) define a medicalização como um processo no qual um problema não médico passa a ser visto e tratado como tal. O autor nos diz que a medicalização é algo irregular e passível de se expandir fora do território médico. Para Zorzanelli, Bezerra e Ortega (2014, p. 1863), a ênfase dada por Conrad à irregularidade da medicalização indica que tal processo é, por excelência, “variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração”.

Iniciamos este capítulo recorrendo às análises de Conrad porque, tal como o autor, perspectivamos a medicalização como um processo irregular, que se expande dentro e fora do território médico, ganhando novos sentidos na medida em que é moldado pelos contextos nos quais se difunde. Salientando apenas a dimensão histórica dos processos de medicalização, poderíamos dizer que as vidas permeadas pela biomedicina na contemporaneidade e aquelas vividas há 40 anos (quando Conrad escreve seu primeiro livro) compartilham semelhanças. No entanto, novos traços marcam a dinâmica atual da biomedicalização<sup>1</sup>. No que concerne ao sofrimento mental, Vidal e Ortega (2017) descrevem um processo histórico de cerebralização da psiquiatria marcado na atualidade pelo modelo *bio-bio-bio* que combina neurobiologia, genética e farmacologia na compreensão das doenças mentais. Ao analisarem mais detidamente os casos da depressão e do autismo, os autores sublinham a necessidade de considerar a ambiguidade inerente ao processo de “cerebralização do sofrimento” (*Cerebralizing Distress*), recusando análises monolíticas que desconsideram sua complexidade<sup>2</sup>.

Com esse alerta em mente, neste artigo voltamos nossa atenção para um dos “bios” que marcam as vidas permeadas pela biomedicalização na contemporaneidade: o uso crescente de psicofármacos para o tratamento do sofrimento mental. Para Jenkins (2010), todos nós, em alguma dimensão, estamos nos tornando pessoas farmacológicas, inseridas em um imaginário farmacológico. Diversas questões éticas, políticas e econômicas atravessam a expansão e aumento do consumo de medicamentos (PETRYNA; LAKOF; KLEINMAN, 2006). No entanto, os psicotrópicos e a indústria psicofarmacológica possuem uma especificidade importante, devido à ação de tais medicamentos no cérebro e seus significados culturais, em um momento no qual sofrimentos mentais são equiparados a transtornos cerebrais (JENKINS, 2010; VIDAL; ORTEGA, 2017).

Estima-se que cerca de um quarto da população adulta dos Estados Unidos da América consome algum tipo de medicamento psicoativo (JENKINS, 2010). Altas taxas de uso também são identificadas em países da Europa, Ásia, África e América do Sul (MA, 2012; ROSE, 2004; SCHLOSSER; NINNEMAN, 2012). A expressão *pharma-psych nexus* tem sido usada para nomear esta expansão de produtos psicofarmacológicos que têm como alvo a química cerebral (VIDAL; ORTEGA, 2017). Para Vidal e Ortega (2017), o nexos estabelecido entre indústria farmacêutica e certos diagnósticos psiquiátricos fortalece a crença falaciosa na existência de uma patologia cerebral específica cujo tratamento medicamentoso tem também alvo e efeitos específicos. No entanto, diferentemente do que a propaganda farmacológica afirma, de acordo com os autores, drogas psiquiátricas não possuem uma ação específica no cérebro e seus efeitos não estão circunscritos a uma desordem específica, sintoma ou neurotransmissor (VIDAL; ORTEGA, 2017). Ao mesmo tempo, diversos são os estudos que analisam criticamente como a produção de evidência em psiquiatria é influenciada pela indústria farmacêutica. Há, além disso, uma crescente consciência de que a ampliação das categorias psiquiátricas que alimenta o processo de psiquiatrização do sofrimento mental é intensificada pela expansão do uso de psicofármacos.

Sem dúvida, uma dimensão econômica e política inerente a expansão da indústria farmacêutica nos atinge, direta e indiretamente, interferindo na definição do que compreendemos por saúde e doença e na escolha das terapêuticas para lidar com nossos sofrimentos. Jenkins (2010) esclarece, no entanto, que não se trata de uma relação de dominação e controle da

experiência humana por uma lógica farmacológica que a todos captura. Apropriações ativas se dão entre uma racionalidade farmacológica global e a experiência local e singular de tomar medicamentos. Em que extensão e de que forma somos mais ou menos moldados pela lógica psicofarmacológica e pelos processos de biomedicalização atuais é algo a ser continuamente analisado.

Alinhados com a perspectiva que descreve e investiga a biomedicalização e o uso crescente de psicofármacos como processos irregulares que demandam estudos situados e históricos, neste capítulo, tomamos como objeto de análise o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH e o uso de psicoestimulante a ele associado<sup>3</sup>. Para Rojas e Vrecko (2017), o TDAH transformou-se, ao longo dos anos, em um dos transtornos mentais infantis mais estudados e controversos. No entanto, raros são os estudos críticos voltados para o problema atencional que está no cerne do diagnóstico. Por outro lado, historiadores e pesquisadores de outros campos do saber revelam que a atenção tem sido alvo de investimento tecnológico e político desde ao menos os séculos XVIII e XIX, ganhando importância fundamental na atualidade (CRARY, 1999, 2001; DASTON, 2000, 2004; HAGNER, 2003; CALIMAN, 2012). Tais pesquisas dão ênfase à dimensão histórica e situada de nossas formas de ater-se ao mundo e afirmam que nossos gestos atencionais derivam de um processo coletivo e partilhado. Essas mesmas análises problematizam a transformação da atenção num valor mercadológico, frequentemente compreendido como uma capacidade individual, biológica e cerebral, no interior do que se convencionou chamar de economia da atenção (FRANCK, 1998, CITTON, 2014).

Neste capítulo, salientamos a importância de construir uma análise sobre o processo de psicofarmacologização da (des)atenção, tendo como base uma perspectiva ecológica na qual a atenção é, sobretudo, um exercício coletivo e conjunto (CITTON, 2014). Perspectiva ecológica que, ao mesmo tempo, problematiza a compreensão de que psicofármacos são entidades autossuficientes, cujos efeitos independem das relações contextuais nas quais estão imbricados. Ao assumir este ponto de partida, queremos dar relevo à necessidade de compreender a biomedicalização e a psicofarmacologização como irregulares, sensivelmente moduláveis pelas relações nas quais se encontram submersas.

Assim, colocamos em análise dois processos que incidem sobre parte considerável dos sujeitos nas sociedades ocidentais contemporâneas: a expansão do uso de psicofármacos para tratar e/ou otimizar a performance atencional (ROJAS; VRECKO, 2017; EHRENBURG, 2011) e a transformação da atenção em um dos bens mais preciosos e disputados no cenário sociopolítico e econômico (CITTON, 2014). É no entrelaçamento destes processos que situamos o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e o metilfenidato, psicoestimulante comumente prescrito para o seu tratamento.

Nos tópicos seguintes, partimos de uma visão global sobre o diagnóstico de TDAH, o metilfenidato e a ecologia da atenção para, então, dar ênfase às experiências locais de dois adolescentes, no Brasil e na França. Pablo e Nathan (os nomes dos adolescentes, pais e mães entrevistados são fictícios) foram diagnosticados com TDAH e fizeram uso de metilfenidato por mais de três anos. Ambos viveram um processo de encaminhamento para médicos e outros profissionais da saúde quando eram ainda crianças. Partilham, portanto, experiências que ajudam a situar e dar contornos provisórios e abertos às nossas perspectivas sobre os usos de psicoestimulantes e a atenção, complexificando a análise dos processos de biomedicalização atuais.

## **O TDAH, o metilfenidato e a ecologia da atenção**

Descrito como uma desordem global do comportamento, o TDAH se caracteriza pela tríade sintomatológica composta por desatenção, hiperatividade e impulsividade (BARKLEY, 1998; ROHDE *et al.*, 1998). Durante os anos de 1980 e 1990, o diagnóstico era visto como um problema americano, desconhecido ou não legitimado na maior parte dos outros países. No entanto, desde o final do século XX o TDAH é descrito como um fenômeno e uma polêmica internacional (BERGEY; FILIPE; CONRAD; SINGH, 2018; DUPANLOUP, 2004; ROSE, 2006; CALIMAN, 2008).

Apesar das controvérsias em torno do diagnóstico e do questionamento de sua legitimidade, a visão biomédica sobre o TDAH e a adesão ao tratamento medicamentoso continuam ganhando adeptos. Nesta direção, diversos centros de pesquisa ao redor do mundo afirmam que o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento, que permanece subdiagnosticado e

subtratado (BERGEY; FILIPE; CONRAD; SINGH, 2018). Nestes discursos, quase sempre o uso de psicoestimulantes é indicado como a primeira e mais importante opção de tratamento. A recusa de pais e, por vezes, médicos ao uso do medicamento é compreendida como um erro grave, já que se acredita que o TDAH está associado a vários danos profissionais, sociais e econômicos.

Neste capítulo, não nos posicionamos em um ou outro lado do debate em torno da legitimidade do diagnóstico e de seu tratamento medicamentoso. Não assumimos esta postura por defender uma neutralidade científica, imune às pré-concepções do pesquisador, mas por tomar como ponto de partida o caráter irregular e situado dos processos de biomedicalização e uma perspectiva ecológica da atenção. Nela, o funcionamento cerebral e a intervenção psicofarmacológica são elementos importantes, mas interagem com outros tantos, também fundamentais na constituição da atenção. Assim, na tradição de pensamento ao qual vinculamos nossos estudos, a atenção é, sobretudo, um exercício coletivo e conjunto, intrinsecamente vinculado aos processos de subjetivação (CITTON, 2014). A atenção é coletiva, pois resulta de um jogo complexo que envolve estratégias mediáticas e capitalistas que direcionam nossos gestos atencionais. A dimensão coletiva explicita que nossa atenção está inscrita numa produção que nos ultrapassa. A mídia, o marketing, as tecnologias digitais, a moda e outros dispositivos mercadológicos atuam justamente nesta produção, mas a atenção é também conjunta quando somos influenciados pela atenção daqueles que estão atentos a nós, nos grupos aos quais pertencemos.

A proposta de uma análise ecológica da atenção e nela dos efeitos do metilfenidato ressoa com estudos da antropologia dos medicamentos nos quais a relação entre medicamento e indivíduo é mais bem caracterizada como um processo no qual ambos são modificados pelas relações que os constituem (JENKINS, 2010; ROJAS; VRECKO, 2017). Diferentemente, nos discursos de pesquisadores, médicos, pais e professores que enfatizam a necessidade do uso de psicoestimulante por crianças diagnosticadas com TDAH, mas por vezes também naqueles que o criticam peremptoriamente, mantém-se a convicção de que o medicamento age como uma entidade autossuficiente, imune às contingências (ROJAS, 2018). Em ambos, presume-se que os efeitos resultantes do uso do medicamento serão mais ou menos os mesmos em qualquer parte do planeta.

Nas pesquisas sobre o consumo de psicoestimulante, o isolamento da ação do medicamento é fortalecido na medida em que a atenção é pensada como uma capacidade individual e cerebral, sobre a qual o medicamento age quimicamente. Ratifica-se, portanto, a crença em uma relação dual entre psicoestimulante e atenção, na qual o primeiro é ator e o segundo um elemento passivo a ser por ele controlado. Há, no entanto, outros elementos que participam da constituição da atenção e que parecem ser ignorados. Pouco ou nenhum espaço é dado à interferência da criança ou adolescente que faz uso de psicoestimulantes na modulação de sua atenção. Pouco ou nenhum espaço é dado às relações que, na vida concreta das crianças e adolescentes, interferem nos efeitos do medicamento e na constituição de sua atenção.

Levar efetivamente a sério a perspectiva ecológica da atenção e da irregularidade da biomedicalização exige que consideremos a singularidade das relações nas quais os sujeitos que usam a medicação estão imersos, acessando-as a partir de suas próprias narrativas. Assim, no *ethos* de pesquisa que nos orienta, a experiência de adolescentes diagnosticados com TDAH torna-se o ponto de partida. Trata-se, em última instância, de produzir conhecimento com os sujeitos pesquisados (MORAES, 2010). Destes, ao longo da pesquisa realizada, era dito por familiares, professores e profissionais da saúde, que sem a medicação não seriam capazes de expressar-se ou dizer de si. Portadores de um déficit de atenção e de hiperatividade, supostamente não conseguiriam ter uma conversa coerente, ficar parados na nossa frente durante uma situação de entrevista. Este é um discurso amplamente difundido, marca de um longo processo de silenciamento da experiência de crianças e adolescentes, especialmente daqueles diagnosticados com algum transtorno mental. Perspectiva que essa pesquisa problematiza, aliando-se aos estudos da infância nos quais crianças e adolescentes são considerados sujeitos legítimos, que participam ativamente do processo de construção de si e do mundo (DELALANDE, 2001; SIROTA, 1998).

Com Pablo e Nathan, dois adolescentes de 17 e 13 anos respectivamente, que vivem no Brasil e na França, esboçamos algumas pistas sobre as relações tecidas entre o uso de psicoestimulante e a atenção. Narramos os fragmentos de experiência que ambos partilharam conosco, reconhecendo sua importância e legitimidade sem torná-los refratários a outros sentidos. As experiências partilhadas por ambos são vistas como locais e situadas e

as pistas que elas nos oferecem não podem ser generalizadas para outros usos de metilfenidato por adolescentes e crianças. No entanto, como Mol (2008) nos ajuda a perceber, o estudo de casos singulares é amplamente relevante por oferecer pontos de contraste, comparação ou referência para a análise de outras situações. A investigação de situações locais “Não nos diz o que esperar – ou fazer – em qualquer outro lugar, mas sugere questões pertinentes” (MOL, 2008, p. 11). Para Mol, o estudo da especificidade de uma história aumenta nossa sensibilidade, permitindo desvendar o que permanece o mesmo e o que muda de uma situação para outra. A nosso ver, considerar as experiências de Nathan e Pablo nos ajuda a construir um ponto de vista mais complexo, diverso das análises individualizantes que marcam as perspectivas sobre a atenção e o uso de psicoestimulantes. Em última instância, trata-se de junto com Nathan e Pablo, sensibilizar nossos olhares para que sejamos capazes de acessar as irregularidades e especificidades dos processos de biomedicalização atuais.

## **Metodologia**

Este texto resulta de uma pesquisa de viés qualitativo na qual foram realizadas entrevistas de profundidade no Brasil e na França, durante os anos de 2017 e 2018, com profissionais da saúde, da escola, familiares de pessoas com TDAH e com crianças e adolescentes diagnosticados que faziam uso de metilfenidato<sup>4</sup>. Além da realização de entrevistas, a pesquisa recorreu à análise de textos oficiais das políticas de saúde e educação relacionados ao TDAH na França e no Brasil, e à produção acadêmica sobre o assunto.

Para o escopo deste texto, priorizamos a análise de duas entrevistas realizadas com dois adolescentes, Pablo e Nathan. Entre os adolescentes e crianças entrevistados durante a pesquisa, Pablo e Nathan foram os que fizeram uso de metilfenidato por mais tempo (mais de três anos), além de terem vivido um processo de encaminhamento para médicos e outros profissionais da saúde e educação quando eram ainda crianças. Além disso, as entrevistas realizadas com Pablo e Nathan foram as que permitiram acessar mais densamente a experiência vivida com o medicamento e o diagnóstico. Ambas duraram cerca de uma hora e meia, permitindo o aprofundamento da experiência partilhada<sup>5</sup>.



Pablo, 17 anos, prefere dar a entrevista sem a presença da mãe. Nosso encontro se deu numa sala no térreo de seu prédio. Pablo se mostra falante e confortável com a situação da entrevista. Tem um irmão mais novo de 14 anos, *que vai muito bem na escola*<sup>6</sup>, segundo a mãe. Sua mãe é professora universitária e o pai advogado.

Nathan, 13 anos, recebeu o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade quando tinha 7 anos. A entrevista é feita na companhia da mãe, Natalie. O pai chega no momento final da entrevista, participando um pouco do processo. Nathan diz não se sentir incomodado pela presença dos seus familiares e acrescenta que *assim vou poder entender melhor quem eu sou*. Natalie, que possui 5 filhos, teve duas filhas, que têm hoje 22 e 32 anos, que assim como Nathan, foram diagnosticadas com hiperatividade. O filho mais novo foi diagnosticado aos 8 anos com dislexia. A mãe nos conta que recentemente recebera também o diagnóstico de TDAH.

Nathan e Pablo situam-se em culturas e contextos diferentes, mas compartilham ao menos uma característica: em ambos, os discursos em torno do TDAH e do uso do metilfenidato, estão imersos em controvérsias que polarizam os posicionamentos e práticas voltadas para o diagnóstico e seu tratamento medicamentoso. O acesso às experiências de Nathan e Pablo nos ajuda a analisar como a dimensão macropolítica de expansão do diagnóstico de TDAH e do metilfenidato é vivida em seus cotidianos e vidas. Interessa-nos perceber que na experiência de Nathan e Pablo as polarizações e binarismos cedem lugar a pontos de vista mais flexíveis e porosos, sensíveis a uma perspectiva ecológica da atenção e dos efeitos do metilfenidato.

### **A atenção medicada e Pablo: entre o “sentir-se em paz e a louca das emoções”**

Quando Pablo tinha 3 anos, a pedagoga da escola disse à mãe, Amanda, que o filho poderia ter hiperatividade. Amanda duvidou, apesar de admitir que *o filho era muito ativo, um bebê muito agitado*. Naquela época, levou Pablo a um *cardiologista que diagnosticava TDAH*. Insatisfeita com a forma de realizar o diagnóstico através de questionários para os pais, professores e avós, e com a prescrição do médico de *experimental* o psicoestimulante com o filho, a mãe desistiu, não dando continuidade ao processo diagnóstico, recusando o tratamento medicamentoso.

Com o tempo, a agitação de Pablo foi diminuindo, mas *a dificuldade em prestar atenção era imensa*. Na escola, Amanda relata que Pablo não conseguia fazer as atividades e com isso ou, para a mãe, *devido a isso*, surgiu a baixa autoestima, a exclusão e isolamento perante a turma. Viver essa exclusão fez com que decidissem mudar de escola após Amanda descobrir um episódio de violência contra Pablo na escola em que estudava.

Amãe relata um processo longo de várias tentativas de dar conta das dificuldades de Pablo no processo de escolarização: mudança de escola; professor particular; dietas específicas; psicólogos. *Fazia tudo para não dar o remédio*. Reconhece que, com estas tentativas, algumas coisas melhoraram. Pablo parecia sentir-se fortalecido e a questão emocional melhorou, mas as situações de violência e exclusão na escola persistiam e o baixo rendimento também.

Aos 14 anos de idade, mais uma mudança escolar. Na nova escola, a mãe nos diz que *o rendimento era terrível*, Pablo estava isolado dos amigos e dizia para si e sobre si que *era burro, não conseguia aprender*. Diante deste cenário, Amanda procurou um médico e, dessa vez, decidiu experimentar o Concerta<sup>7</sup>. A mãe nos conta que Pablo tomava o remédio e, como consequência, não dormia, mas queria continuar tomando porque dizia *sentir-se em paz*. “Eu entendi que aquelas perturbações todas o deixavam ansioso. Fez uso deste remédio durante três anos. Não melhorou o rendimento dele, mas ele se sentia mais seguro tomando”, nos diz Amanda. Pablo tomou o Concerta por 3 anos e depois mudou para a Ritalina, com o intuito de diminuir a insônia. Interrompia o uso do medicamento durante os finais de semana e nas férias. Na volta às aulas, a mãe *esperava que ele pedisse* para lhe dar novamente o remédio, tentando assim respeitar a decisão do filho de tomar ou não o medicamento.

Aos 16 anos, Pablo decide fazer um intercâmbio para o Canadá. A família apoia e, apesar das imensas dúvidas e o medo do menino não ser capaz de *se virar sozinho*, decidem conjuntamente que ele iria sem o medicamento. Pablo ficou um ano em Vancouver, sem o medicamento. Em outra cultura, outro sistema educativo, inserido em outra dinâmica familiar, em outra relação com sua própria família, com uma oportunidade de se relacionar consigo de outras formas, Pablo sente que *aprendeu mais sobre si mesmo*, sobre como estudar e prestar atenção sem estar medicado. Está de volta ao Brasil e ambos, mãe e filho, não sabem como será na nova escola, em um momento no qual todos se preparam intensamente para as provas de vestibular<sup>8</sup>. E é nestas circunstâncias, que conhecemos Pablo e Amanda e propomos uma entrevista.

Quando perguntamos o que Pablo sente que o medicamento faz e como são seus efeitos, ele diz inicialmente que reduz a fome e aumenta o foco. Adverte, no entanto, que há casos nos quais o remédio não é muito útil e exemplifica:

[...] um garoto que antes das coisas apertarem na escola já está inserido no mundo digital, nos jogos online, no WhatsApp, no Youtube [...] atividades que são importantes para ele. Neste caso, o remédio não é útil porque ele vai ficar pensando nessas coisas, vai ficar dividindo a atenção, o que piora as duas coisas. Os pais, às vezes, insistem em cortar computador e celular [...] nestes casos, se o filho ficar puto<sup>9</sup>, não vai se concentrar nos estudos, mesmo com o remédio, mas se a Internet acaba do nada e não é culpa de ninguém, ele não vai ficar puto e vai ter algo para se concentrar [...] aí o remédio vai ajudar, ele vai trabalhar mais tempo.

Pablo nos diz que os laços criados com o mundo digital são um aspecto importante na modulação da atenção. Na economia da atenção atual, estruturando ou influenciando a atenção, há um jogo complexo que envolve também estratégias midiáticas que direcionam nosso olhar para certos alvos, assuntos e interesses (CITTON, 2014). Interferência que, no entanto, não é mecânica ou independente das conexões que tecemos com os dispositivos digitais. E destas relações dependerão também os efeitos do medicamento. Acompanhando a narrativa de Pablo, vemos que o uso de metilfenidato não necessariamente diminui a influência das tecnologias na atenção, quando o WhatsApp, os jogos online, o Youtube são atividades importantes para um menino já inserido no mundo digital. A ação do medicamento na relação estabelecida com as tecnologias digitais torna-se dependente das conexões afetivas que são com elas cultivadas e com a tarefa ou estímulo que compete por sua atenção, neste caso, as tarefas escolares.

Mas se as relações tecidas com a mídia e com o medicamento são aspectos importantes na modulação da atenção (CITTON, 2014), a eles Pablo acrescenta outros elementos mais sutis. No exemplo dado, duas situações são relatadas: a primeira cena reporta um garoto e suas emoções diante de um ato proibitivo e imposto – os pais cortam o computador e o celular. Na segunda, um garoto em relação com a irrupção de um acontecimento, um acaso – *a Internet acaba do nada*. Nestas diferentes situações há um garoto que *fica puto* ou não. Afetos que junto com o remédio, o mundo digital e os pais, constituem diferentemente e temporariamente a atenção do menino. Pablo nos autoriza, então, a afirmar que emoções e estados

afetivos interferem na modulação da atenção e no efeito do medicamento, mas também nos ajuda a perceber que essas mesmas emoções surgem das relações estabelecidas com o mundo e com o medicamento. Interrogado sobre o que ele sente que o remédio faz, Pablo continua,

[...] ele te acelera a cabeça, se você se importava com algo antes, você vai se importar mais [...]. Se você comeu carne e precisa escovar o dente porque a carne ficou presa e está incomodando muito, sem o remédio você aguentaria um pouco mais, mas com o remédio te incomoda muito mais. A importância deste incômodo aumenta muito [...] é bem capaz de você dar um pontapé nos livros pra tentar tirar a carne. Suas emoções vão ficar meio doídoas com o remédio.

Em Pablo, o psicoestimulante parece produzir um estado de foco que intensifica a percepção de uma situação. E para que a focalização induzida pelo remédio se incline em direção às tarefas escolares, uma série de ações precisam ser tomadas. Em suas palavras, “[...] não pode ter nada. É preciso limpar o ambiente”. Mas é preciso, sobretudo, isolar-se daquilo que gera *incômodo*, pois o remédio produz uma intensificação das emoções associadas à situação que se torna alvo do foco.

Pablo nos diz que é preciso ficar na sua, quando toma o remédio, “você pode fazer bobeira com esse remédio [...] dá uma louca nas emoções.” O remédio permite perceber menos coisas e isso é para Pablo desejável em sua relação com a escola, no entanto, intensifica aquilo que é percebido e a emoção a ele vinculada, advindo daí o risco: nem sempre se trata de uma emoção fácil de lidar. Para evitar as *emoções perigosas* e a distração que compete com os estudos, é preciso isolar-se, cercar as relações com o mundo, restringir as possibilidades de conexão.

Na história de Pablo, o psicoestimulante ocupa um lugar ambíguo, desejável e indesejável, habitando as fronteiras moventes entre *o sentir-se em paz e a louca das emoções*. Tanto os efeitos do medicamento quanto a modulação da atenção surgem, na experiência de Pablo, como processos multideterminados, dependentes também do seu interesse e ação. Interesse e ação que tão pouco são experienciados como independentes. Não por ser Pablo um adolescente, sujeito cuja autonomia não foi ainda conquistada, mas porque tanto a atenção quanto o efeito do medicamento se constituem na interdependência com o mundo. A focalização da atenção não depende, portanto, apenas da vontade e interesses de Pablo, mas também não é experienciada como um efeito subjuguante do medicamento. A experiência

de Pablo ressoa com a perspectiva ecológica da atenção (CITTON, 2014). Nela, é na interface entre sujeito e mundo que melhor podemos situar a atenção e os efeitos do medicamento.

### **Pablo e a constituição de ecossistemas atencionais favoráveis**

Em outra cultura, distanciando-se parcialmente das relações que até então o constituíam, Pablo diz ter sido possível *aprender mais sobre si*. Neste processo, descobriu seu *estilo de estudar* e esboça o que poderíamos chamar de um ecossistema atencional favorável. Nele, Pablo inclui dinâmicas da sala de aula, relação com os professores, com o mundo digital, consigo mesmo, com a nova família. Dinâmicas nas quais parece haver espaço para que o ritmo singular de Pablo seja por ele mesmo experimentado sem desqualificação. Nestas dinâmicas, são tecidas relações flexíveis nas quais é cultivado um modo mais sustentável de estudar e viver.

Ao dizer dos processos de escolarização que viveu, Pablo nos dá pistas sobre aquilo que, em sua experiência, dificultava e facilitava seu estilo de estudar e de habitar a escola,

No Canadá [na escola que frequentou] não são os professores que mudam de sala, é a gente. Você tem uns três minutos para achar a sua sala, isso já dá um intervalo. Aqui [nas escolas que frequentou no Brasil] é a mesma sala, são os professores e a matéria que mudam. O recreio lá é de uma hora, aqui é 30 minutos! Aqui eu tinha várias coisas pra fazer. Lá era um tempo que eu administrava por mim mesmo. Aqui [no Brasil] são três aulas e um recreio miserável, é muito pesado!

Pablo fala da importância dos intervalos de tempo livre, mesmo que sejam 3 minutos durante os quais os alunos deixam suas salas de aula em busca da próxima. As brechas funcionam como *descanso*. No Brasil, no emaranhado de relações no qual sua atenção é modulada, Pablo inclui a sala de aula e seu ambiente tumultuado; o professor, rápido demais para ser acompanhado por alunos que copiam mais lentamente; as aulas, fragmentadas em várias disciplinas que dificultam a produção de sentido e integração da informação; os recreios, curtos demais, diante da exigência permanente de foco em sala de aula; o frio da sala de aula; as relações violentas e abusivas com os colegas etc. Dinâmicas que, para ele, dificultavam e muitas vezes impossibilitavam a capacidade de focalização, a permanência na escola.

Pablo narra uma dinâmica de estudo que, nas palavras de Jonathan Crary (2014), coloniza o tempo 24 horas por dia, 7 dias por semana, comprimindo a atenção, alimentando o sonho de uma eterna vigília produtiva (“Aberto 24/7 – 24 horas por dia, 7 dias por semana”). No entanto, Pablo também nos dá pistas de como pequenas mudanças e interrupções dessa dinâmica funcionam como doses homeopáticas, que permitem a constituição de temporalidades mais singulares. Nas palavras de Pablo, a nova vida, “era uma vida tranquila e nessa vida tranquila eu me dei muito bem”.

A experiência narrada por Pablo e a constituição de ecossistemas atencionais favoráveis precisam ser analisadas como integrando um percurso de vida singular. Pablo nos fala de uma liberdade que experimentou ao sair das condições que estavam dadas para ele. Um rapaz em outro país sem os familiares, sem uma história pregressa sobre si a qual ele precisava responder, com hábitos e automatismos que produziam nele sofrimento. A mudança gerou em Pablo uma abertura para se refazer. Ao mesmo tempo, a experiência vivida por Pablo não poderia explicar nem contradizer o fato de o Canadá ser um país no qual o tratamento medicamentoso continua sendo a primeira e, muitas vezes, a única opção de cuidado para crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH (MALACRIDA; SEMACH, 2014).

Na volta para o Brasil, o adolescente nos diz que prefere ficar sem o remédio e *limpar tudo* para conseguir ater-se aos estudos; ter menos atividades e mais tempo livre, não apenas na escola, mas no dia a dia em casa e com os amigos. Está disposto a tentar e é apoiado pela família. No entanto, não descarta a possibilidade de ter que novamente recorrer ao medicamento.

Na história partilhada por Pablo, as relações estabelecidas [com o medicamento, a família, as escolas, as mídias etc.] não são uníssonas. No entanto, permitiram que Pablo não fosse subsumido pelos outros atores que compõem seu mundo. Ele partilha da ação, ela se distribui na rede de atores. A Pablo é permitido participar da decisão de tomar ou não o medicamento, ao mesmo tempo em que não é deixado sozinho nesta decisão. Há um processo de experimentação [de escolas, do medicamento, de tratamentos alternativos, de mudança de país etc.] que o incluem e o suporta. Nesse percurso, Pablo vai prestando atenção na sua atenção, aprendendo a construir com os outros os ecossistemas necessários à sua ação e atenção. Medicamento e diagnóstico surgem, por vezes, como partes deste ecossistema - nem sempre vividos como dispositivos de controle

e silenciamento. Pablo sugere, portanto, que é com a experiência vivida que devemos analisar a pertinência ou não do uso de um medicamento e os sentidos quase sempre ambivalentes da adesão [da família e sujeitos diagnosticados] a um diagnóstico ou discurso médico.

### **A atenção medicada e Nathan: entre efeitos do medicamento, o diagnóstico e os processos de escolarização**

Natalie, mãe de Nathan, nos conta que quando era bem pequeno, aos 3 anos, o filho chorava muito, incomodava o pai, não dormia bem e tinha uma pequena dislexia. Na escola, *sempre teve ajuda*. Chegou a fazer acompanhamento com uma terapeuta da fala e três psicólogas. As duas irmãs mais velhas já tinham sido diagnosticadas com TDAH e tomavam metilfenidato. Com 7 anos de idade, Nathan é levado ao mesmo médico das irmãs e começou a tomar Ritalina. Não sem apreensão, Natalie nos fala desse processo, revelando as dúvidas que tinha sobre a *fama do médico que medicalizava muito as crianças*. Recentemente, em consulta com o mesmo médico, Natalie também recebeu o diagnóstico de hiperatividade. Na família de 7 pessoas, 4 são diagnosticadas com TDAH.

Para a mãe, as dificuldades de relacionamento vividas em casa, principalmente com o pai, as brigas com os irmãos, as crises, a ira, estão no centro das questões associadas à hiperatividade de Nathan. Um problema relacional cujo tratamento medicamentoso parece dar conta, na medida em que ajuda a criar modos de relação nos quais Nathan tem pouco espaço de conexão com os outros.

Em nossa conversa com Nathan, ele não oscila em dizer que um dos efeitos do medicamento foi afastá-lo dos amigos - a produção de *um certo isolamento*. A seu ver, a relação com os colegas mudou muito após o uso do medicamento - ele não conversa mais, mesmo com os amigos de infância. Para Natalie, efeito semelhante foi vivido por uma das filhas quando fazia uso de Ritalina. Um dos motivos pelos quais decidiram parar com o tratamento medicamentoso foi que “aos 15 anos ela não tinha nenhum amigo”, diz Natalie.

Mas, se para Nathan o medicamento ajuda a produzir seu isolamento, há um emaranhado de sentimentos que torna difícil [e talvez impossível] a dissociação entre efeitos do medicamento, efeitos do diagnóstico e sua experiência com os processos de escolarização. Nathan não quer dizer para os professores e tampouco para os amigos que toma remédio. Sente que os amigos não compreendem o que tem, percebe que eles culpam e julgam os comportamentos de outras crianças que, apesar de serem hiperativas, não revelam o diagnóstico.

Eu não queria dizer para os professores quando eu comecei com o medicamento, não queria dizer que eu era hiperativo, porque eu tinha medo da reação dos meus amigos. Pensei que pelo fato de contar isso iria mudar nossa relação e pensei que seria rejeitado por causa disso.

Quando indagamos sobre um desejo seu, em relação à escola, Nathan diz que seria bom “sair da escola, para não ter mais convocatórias, reclamações, expulsões, idas e vindas. Seria bom sair da escola e ficar jogando [no tablet]”.

Um Nathan que se isola parece emergir de uma rede de processos que incluem minimamente as relações tecidas com o medicamento, com a família, receio de ser alvo de estigma e a vivência de processos de escolarização marcadamente excludentes. Na escola, foram várias as tentativas. “No sexto ano, fizemos um PAP”<sup>10</sup>, diz a mãe.

E lutei durante todo o ano para que fosse posto em prática. Em junho do ano passado, fizemos uma equipe educacional para um pedido de PPS<sup>11</sup> e fizemos uma solicitação ao MDPH<sup>12</sup>, que foi recusado para mim. Foi um pouco difícil porque pediram um WISC IV<sup>13</sup> e, como ele estava medicado, porque é assim que ele está na escola, eles recusaram. O PAP ainda está a caminho.

A mãe de Nathan fala do complexo caminho institucional e profissional que precisa ser percorrido na França na busca por recursos e intervenções pedagógicas específicas para crianças e adolescentes considerados *handicap*. O Direito às formas não medicamentosas de tratamento como um plano pedagógico especial leva tempo, é difícil e penoso. Este “percurso do combatente” (JUPILLE, 2014) começa muitas vezes na escola pré-primária, a partir de queixas relacionadas à lentidão ou mesmo à falta de controle da criança. Quando as famílias decidem por buscar o reconhecimento oficial do *handicap* pela MDPH o percurso é ainda mais fastidioso, pois envolve



uma série de etapas administrativas, médicas e escolares necessárias à construção do processo de solicitação (CALIMAN; PRADO, 2020). Habitando o limbo entre a espera de um PPS e a efetiva realização de um PAP, a família de Nathan recorre ao tratamento medicamentoso.

A mãe, Natalie, diz que o problema do filho é a *lentidão*. E o mesmo medicamento que participa da produção do isolamento do menino, ajuda a ler e escrever mais rápido, porque induz a produção de foco, isolando-o de outros estímulos que o distraem. Na escola, Natalie relata que o professor diz que é “o dia e a noite, antes e depois do medicamento, a média passou de 11 a 15!”. Esta avaliação não é irrelevante para uma família e um contexto social que acredita na importância e necessidade de escolarização, para um menino cujo desejo seria *sair da escola, para não ter mais convocatórias, reclamações, expulsões, idas e vindas*. O tratamento medicamentoso é visto pelo pai como uma forma de *assumir controle* diante da trajetória escolar do filho.

Em sua conversa conosco, Nathan também nos diz da importância do medicamento para ler e escrever mais rápido, mas também revela que mesmo com o remédio, não consegue se concentrar totalmente. Parece sentir que um certo trabalho de direcionamento [da energia, da ira, da raiva, da atenção] é facilitado pelo psicoestimulante, mas que ainda assim o medicamento não é capaz de isolar tudo aquilo que atrai sua atenção. Em sua pesquisa com estudantes universitários que fazem uso de psicoestimulantes, Vrecko (*apud* ROJAS; VRECKO, 2017) relata um efeito semelhante ao dizer que o uso de psicoestimulante produz um certo direcionamento [*driveness*], um desejo de fazer algo que precisa, no entanto, ser canalizado para algum objetivo.

De forma semelhante à experiência de Pablo e Nathan, os relatos da pesquisa de Vrecko revelam uma experiência com a medicação que é contingente. O psicoestimulante *não faz tudo sozinho*, mas Nathan acrescenta um outro aspecto do uso do medicamento que nos interessa destacar, ao dizer que seus efeitos duram no tempo, contribuindo na produção de um corpo que, em sua experiência, tende ao isolamento. “Mesmo se eu paro de tomar o medicamento meu corpo acumulou essa energia”, diz Nathan.

Para Nathan, parece haver um efeito resultante da ação do medicamento e das configurações relacionais, nas quais ele está inserido, que *fica no corpo*. Apesar disso, Nathan, depois de meia vida fazendo uso diário do medicamento, consegue imaginar-se sem o metilfenidato na vida fora da

escola. Sente, no entanto, que sem o medicamento é ainda mais necessário aprender a canalizar, criar um meio de expressão de si menos violento e agressivo. Tem medo de *fazer coisas estúpidas*, de magoar os pais, os irmãos, os amigos. Nos diz com pesar que já chegou a bater na melhor amiga. A maneira de Nathan expressar este pesar parece associar-se ao sentimento de que ele é culpado, único responsável pelas situações turbulentas e violentas que vivenciou. Ao ver-se e ser visto como indivíduo isolado das relações que o constituem, Nathan sente o peso dos processos de culpabilização e responsabilização individual. Segundo Landman (2015, p. 68) a criança TDAH tal como é descrita pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM V, é uma pessoa essencialmente isolada na apreciação da sua atenção, ela não é uma pessoa em relação, o que permite que esse transtorno seja colocado como um problema individual. Nathan parece sentir o peso desta individualização.

Em certa medida, Nathan nos diz que, com ou sem o medicamento, há um trabalho de desaprendizagem e aprendizagem a ser feito, que demandará a experimentação de outras possibilidades relacionais. Trabalho que envolve Nathan, mas não se restringe a ele. Os ecossistemas atencionais dos quais participa e participará incluem outros atores. Neles, a medicação, Nathan, os processos de escolarização, a relação com os amigos e com a família precisam ser considerados.

Roberto, pai de Nathan, ao participar do final da entrevista, acrescenta uma outra dimensão atencional importante ao nos dizer que *Nathan demanda atenção demais*, “parece ser difícil para essas crianças dividirem a atenção com os outros”. Roberto nos lembra de um importante princípio da dinâmica relacional da atenção – para dar atenção é preciso recebê-la. Para Citton (2014), é desta troca que a atenção conjunta se sustenta. A atenção conjunta, necessária na sustentação das situações nas quais convivemos presencialmente uns com os outros, demanda reciprocidade atencional que precisa ser cultivada e aprendida nas relações, não apenas naquelas que envolvem pessoas com um suposto déficit de atenção. Sustentar ou não a reciprocidade atencional, trata-se mais de uma qualidade da relação do que uma habilidade de certos indivíduos.

Por certo, um dos efeitos dos agenciamentos nos quais a atenção de Nathan está enredada é a diminuição das trocas atencionais com os outros. Nathan se isola. E este é um efeito que o incomoda. Sente falta de estar com os

amigos. Como canalizar a atenção, a ira e a energia sem, no entanto, isolar-se? Voltar a estar em relação com os outros impõe um desafio: aprender a estar com o outro e com ele envolver-se. Habilidade que requer o exercício de outros gestos atencionais, diversos do que é requerido pela leitura e escrita [mais rápida] de um texto. No lugar da focalização exigida para a realização de uma tarefa escolar, a atenção conjunta demanda reciprocidade, sintonia afetiva, experimentação conjunta (CITTON, 2014), gestos que o uso do medicamento parece dificultar. Ao mesmo tempo, o aprendizado da atenção conjunta envolve Nathan e também seus grupos de pertencimento. Mas receber um diagnóstico de TDAH localiza o problema atencional somente em Nathan: cabe a ele se adaptar.

Em nosso encontro, Nathan nos revela diversas vezes a vontade de ser compreendido em sua singularidade, como uma pessoa da família diferente das demais, mesmo se possuem um mesmo diagnóstico. “O que eu gostaria mais do que tudo é que eles [família e amigos] soubessem mais sobre mim... e até mesmo eu gostaria de saber mais sobre mim”. No final da entrevista, seu pai comenta que eles têm dificuldade em saber aquilo que no comportamento de Nathan é devido à doença e ao efeito do medicamento e aquilo que é o adolescente. “Não sabemos como ele é, não sei onde está o seu natural, já que ele quase sempre está medicado”, nos diz Roberto. Para ele, o remédio e o diagnóstico produzem efeitos ambivalentes: se por um lado interferem na melhora do percurso escolar do filho, por outro tornam invisível e mesmo obstaculizariam outras formas de expressão de Nathan no mundo. Já no final da entrevista, perguntamos a Nathan o que ele espera do futuro e ele nos diz:

Eu tinha um projeto, mas na verdade não tenho mais. Minha mãe encontrou um teste expresso, mais um, para ver o que eu quero fazer mais tarde. Acho que a pergunta que eles fazem e as respostas que oferecem [no teste] estão certas, mas há respostas que eu gostaria de colocar a mais.

Nathan parece falar de um percurso médico, escolar, familiar no qual encontra pouco lugar para dizer de si e experimentar-se diferentemente. Há respostas que gostaria de colocar a mais como alguém que não se resume a um diagnóstico e que não cabe nos estreitos e reduzidos espaços de mais um *teste expresso*. Em certa medida, nos diz dos efeitos que os discursos prescritivos e preditivos [médicos, escolares, familiares etc.] podem produzir ao restringirem as possibilidades de expressão e atuação no mundo.

Expande, portanto, a crítica à biomedicalização a toda a forma de prática que impossibilita ou dificulta as *respostas que gostaria de colocar a mais*.

## Considerações finais

Ao compor um livro sobre os processos de medicalização da vida, este capítulo busca dar relevo à importância de analisar a expansão do uso de psicofármacos nos processos de biomedicalização atuais, tendo como caso de estudo o uso de metilfenidato por adolescentes diagnosticados com TDAH. Na companhia de Pablo e Nathan e de alguns de seus familiares, vamos aos poucos habitando suas experiências de fazer uso de metilfenidato, de serem diagnosticados com TDAH, mas também de frequentarem e mudarem de escolas, relacionarem-se com suas famílias e amigos e até mesmo mudar de país.

Neste percurso, diferentemente de compreender o uso do metilfenidato e o diagnóstico de TDAH como signos inequívocos de um processo de controle dos corpos pelo poder médico e farmacológico, somos levados a construir um ponto de vista mais sensível às possíveis ambivalências que atravessam estas práticas. E é na medida em que consideramos as experiências de Pablo e Nathan que esta postura se torna possível.

Talvez, esta seja a maior contribuição do nosso trabalho ao debate da medicalização: a ênfase na importância de construir nossas análises com as experiências que investigamos. Acreditamos que quando partimos da experiência nos tornamos mais atentos e sensíveis ao caráter irregular e aberto dos processos de medicalização. Não há dúvidas de que, em muitas circunstâncias, estamos diante de situações de extrema opressão e controle dos corpos pelo poder médico. Não há dúvidas de que, em muitos casos, o tratamento medicamentoso funciona como camisa de força química, configurando-se como forma sutil de controle, mas não menos violenta e nefasta. No entanto, quando a tese da medicalização é, de antemão, definida como ponto de chegada de uma pesquisa ou assumida como uma conclusão previamente elaborada, corremos o risco de produzir uma regularidade muitas vezes ausente nos processos de medicalização.

Corremos também o risco de obscurecer processos tão ou mais problemáticos que a medicalização, como por exemplo, formas de escolarização altamente excludentes, marcadas pela precarização das práticas pedagógicas e exigência de produtivismo ou ainda a ausência de uma rede de cuidados que fazem com que o uso de medicamentos seja a única alternativa. Nem sempre tais processos resultam ou são consequências de um processo de medicalização.

Ao nos deixarmos levar pelos caminhos imprevistos e irregulares trilhados por Pablo e Nathan, somos autorizados a ampliar a crítica à medicalização a toda forma de prescrição [diagnóstica, medicamentosa, escolar, social, relacional etc.] que, ao aliar-se a um processo de normalização da vida, pode produzir sofrimento e opressão. Trata-se também de erigir um olhar crítico e desconfiado a tudo aquilo que responsabiliza o indivíduo por questões que são necessariamente relacionais. Os processos de individualização estão na base da medicalização ao permitir que algo complexo e relacional seja visto como individual. Há, no entanto, muitas outras formas de individualização que perpassam nossas formas de relacionar-se uns com os outros.

No que tange à problemática da medicalização e individualização da atenção, nas experiências de Nathan e Pablo, encontramos recursos para colocar em análise toda e qualquer compreensão da atenção como capacidade individual naturalizada. No entanto, assumir este ponto de vista não nos leva a deslegitimar ou negar que, na atualidade, estamos lidando com dificuldades e desafios na sustentação de certas dinâmicas atencionais. Ao mesmo tempo, não desconsideramos a importância do uso de psicoestimulantes na vida de muitas pessoas. Mas a perspectiva ecológica da atenção e do uso de medicamentos nos convida a ampliar as possibilidades de olhar e intervir nas situações nas quais nossas trocas atencionais não vão bem.

Deste ponto de vista, a clínica diagnóstica e o tratamento medicamentoso podem não ser suficientes. Ambos podem participar, em um determinado momento, do arranjo coletivo dos dispositivos criados e postos em funcionamento para a construção da saúde que desejamos. Mas, como Pablo e Nathan nos ajudam a pensar, essa tarefa requer a criação de outros dispositivos e habilidades.

## Referências

BARKLEY, Russell. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. *In*: BARKLEY, Russell (org.). **Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment**. Nova York: Guilford Press, 1998. p. 186-224.

BERGEY, Meredith; FILIPE, Angela; CONRAD, Peter; SINGH, Ilinia (org.). **Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2018.

CALIMAN, Luciana. **A biologia moral da atenção: a construção do sujeito (des)atento**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, Luciana. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008.

CALIMAN, Luciana. Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 1, p. 2-17, 2012.

CALIMAN, Luciana; PRADO, Renata. TDAH na França: experiência das famílias, **Educação em Foco**, v. 24, p. 849-878, 2020.

CITTON, Yves. **Pour une écologie de l'attention**. Paris: Le Seuil, 2014.

CLARKE, Adele E.; SHIM, Janet K.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R. Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

CONRAD, Peter. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

CONRAD, Peter. Expansion: from hyperactive children to adult ADHD. *In*: CONRAD, Peter (org.). **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. p. 46-69.

CRARY, Jonathan. **Suspensions of perception**: attention, spectacle, and modern culture. Cambridge: MIT Press, 1999.

CRARY, Jonathan. **A visão que se desprende**: Manet e o observador atento no fim do século XIX. In: CHARNEY, Leo; SCHWARTZ, Vanessa (org.). O cinema e a invenção da vida moderna. São Paulo: Cosac & Naif, 2001. p. 81-114.

CRARY, Jonathan. **Le capitalisme à l'assaut du sommeil**. Paris: Zones. 2014.

DASTON, Lorraine. **Eine kurze geschichte der wissenschaftlichen aufmerksamkeit**. Munique: Carl Friedrich von Siemens Stiftung, 2000.

DASTON, Lorraine. Attention and the values of nature in the Enlightenment. In: DASTON, Lorraine; VIDAL, Fernando (org.). **The moral authority of nature**. Chicago: The University of Chicago Press, 2004. p. 103-129.

DELALANDE, Julie. **La cour de récréation**: pour une anthropologie de l'enfance. Rennes: PUR, 2001.

DUPANLOUP, Anne. **L'hyperactivite infantile**: analyse sociologique d'une controverse socio-medicale, these de doctorat en sciences sociales. Neuchâtel: Université de Neuchâtel, 2004.

EHRENBERG, Alain. **Le culte de la performance**. Paris: Fayard, 2011.

FRANCK, Georg. **Ökonomie der aufmerksamkeit**: ein entwurf. Munique: Carl Hanser Verlag, 1999.

HAGNER, Michael. Toward a history of attention in culture and science. **MLN**, v. 118, n. 3, p. 670-687, 2003.

JENKINS, Janis (org.). **Pharmaceutical self**: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology. Santa Fé: School of Advanced Research, 2010.

JUPILLE, Julien. De "coupables" à "victimes actives". Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H. **Socio-logos**, v. 9, 2014.

LANDMAN, Patrick. **Tous hyperactifs?** L'incroyable épidémie de troubles de l'attention. Paris: Albin Michel, 2015.

MA, Zhiying. When love meet drugs: pharmaceuticalizing ambivalence in post-socialist China. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, p. 36-51, 2012.

MALACRIDA, Claudia; SEMACH, Tiffani. Sociological perspectives on ADHD. **Oxford Bibliographies in Childhood Studies**. Nova York: Oxford University Press, 2014.

MOL, Annemarie. **The logic of care:** health and the problem of patient choice. Londres: Routledge, 2008.

MORAES, Marcia. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. *In:* MORAES, Marcia; KASTRUP, Virginia (org.). **Exercícios de ver e não ver:** arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (org.). **Global pharmaceuticals:** ethics, markets, practices. Durham: Duke University Press, 2006.

ROHDE, LuísA. *et al.* Exploring DSM-IV ADHD number of symptoms criterion: preliminary findings in adolescents. **Infanto – Revista de Neuropsicologia da Infância e Adolescência**, v. 6, p. 114-118, 1998.

ROJAS, Sebastian. **Pharmaceutical entanglements:** an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school. 2018. Thesis (Doctorate) – King's College London, School of Global Affairs. Global Health and Social Medicine, London, 2018.

ROJAS, Sebastian; VRECKO, Scott. Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, v. 12, n. 1, p. 1298268, 2017.

ROSE, Nikolas. Becoming neurochemical selves. *In:* STEHR, N. (org.). **Biotechnology, commerce and civil society**. New York: Transaction Press, 2004. p. 89-128.



ROSE, Nikolas. Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. ***BioSocieties: an interdisciplinary journal for social studies of life sciences***, v. 1, n. 4, p. 465-484, 2006.

SCHLOSSER, Allison; NINNEMAN, Kristi. The anthropology of psychopharmaceuticals: cultural and pharmacological efficacies in context. ***Culture, Medicine and Psychiatry***, v. 36, p. 2-9, 2012.

SIROTA, Régine. ***L'école primaire au quotidien***. Paris: PUF, 1998.

VIDAL, Fernando; ORTEGA, Francisco. ***Being brains***: making the cerebral subject. Nova York: Fordham University Press, 2017.

ZAGO, Nadir. Étudiants d'origine populaire et accès à l'université publique. ***Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs***, v. 8, p. 213-227, 2009.

ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA, Benilton; ORTEGA, Francisco. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. ***Ciência & saúde coletiva***, v. 19, n. 6, p. 1839-1868, 2014.

---

## Notas

1. O conceito de biomedicalização é debatido por Clarke *et al.* (2003). Os autores ressaltam que, a partir de 1985, mudanças importantes na biomedicina deram origem à biomedicalização, conceito que não nega as teses da medicalização, mas chama atenção para as sofisticações e novas ferramentas que a tecnociência produz. Para os autores, a biomedicalização é constitutiva da pós-modernidade e a medicalização da modernidade.
2. Para os autores, estamos vivendo o início da crise do modelo *bio-bio-bio* na qual as descrições nosológicas estariam perdendo sua importância, as terapias psicodinâmicas voltando a ganhar espaço, os postulados da epigenética substituindo as visões genéticas mais deterministas. No entanto, de acordo com o argumento dos autores, a crise do modelo *bio-bio-bio* não implica o abandono da crença arraigada nas sociedades ocidentais de que o sofrimento mental seja, sobretudo, cerebral. No

escopo deste artigo, não aprofundaremos este debate, mas acreditamos que a afirmativa de que as terapias psicodinâmicas voltam a ganhar espaço em detrimento da opção medicamentosa precisa ser olhada de forma situada e com cautela. No que tange ao aumento do uso de psicoestimulantes para o tratamento do TDAH, estudos recentes apontam que esta é uma tendência em crescimento em diversos países (BERGEY; FILIPE; CONRAD; SINGH, 2018).

3. Em Portugal, a nomenclatura utilizada é PHDA, Perturbação de Hiperatividade/Déficit de Atenção.
4. Trata-se da pesquisa de pós-doutoramento intitulada “A medicalização das dificuldades de aprendizagem na escola: uma comparação entre o Brasil e a França”, financiada pelo Centro Universitário de Informação Pedagógica, CUIP, França.
5. As condições da pesquisa foram previamente negociadas com as famílias e os adolescentes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Um diário de campo foi também utilizado durante e depois das entrevistas.
6. Usamos o itálico para dar relevo a falas proferidas pelas mães, pai e adolescentes durante as entrevistas.
7. O metilfenidato é comercializado no Brasil sob os nomes Concerta® e Ritalina®.
8. Conjunto de testes para a seleção de candidatos registrados a cada ano para obter um lugar na maioria das universidades públicas brasileiras. Nos últimos anos, a Brasil viveu uma forte expansão do ensino superior acompanhada, no entanto, por um sistema de seleção muito competitivo para alguns cursos, o que produz fortes desigualdades de acesso às universidades públicas (ZAGO, 2009).
9. “Ficar puto” no contexto brasileiro significa ficar aborrecido, chateado, bravo, irritado.
10. Plano de acompanhamento personalizado.
11. Projeto personalizado de escolarização.
12. Maison Départemental des Personnes Handicapées (Casa Departamental para Pessoas com Deficiência).
13. Teste frequentemente utilizado por psicólogos cognitivistas durante o processo diagnóstico do TDAH. Objetiva avaliar o funcionamento geral da inteligência, identificando precocidade ou déficit intelectual. É composto de quatro partes: índice de compreensão verbal, índice de raciocínio perceptivo, índice de memória de trabalho e índice da rapidez de tratamento e de resposta. Estes quatro índices permitiriam o cálculo do Quociente de Inteligência (QI) total.

## **Saúde mental e educação infantil: interfaces entre o cuidar, o educar e o brincar**

Clau Fragelli; Sabrina Helena Ferigato

Este texto é parte integrante da dissertação de mestrado “Um Olhar para o Infinito: Cartografias de Saúde Mental com Educadoras de Educação Infantil”, desenvolvida por Clau Fragelli, orientada por Sabrina Ferigato no Programa de pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A pesquisa teve como objetivo principal identificar e analisar a percepção de educadoras de Educação Infantil sobre a saúde mental docente no contexto do trabalho.

A Educação Infantil, no Brasil, constitui-se, desde 1996, como primeira etapa da Educação Básica, não obrigatória para adentrar o Ensino Fundamental. É, no entanto, obrigatória para crianças a partir dos 4 anos de idade desde a lei n.º 12.796, de 04 de abril de 2013. A constituição da Educação Infantil está intimamente atrelada à maternidade, ao trabalho e aos movimentos de mulheres do século XX. Com os processos do fim da escravidão, a precária urbanização e difusão do desenvolvimento do sentimento de infância no século XIX (ARIÈS, 1986), espaços foram esquadrihados para institucionalizar crianças e jovens, de forma a prepará-los para o trabalho (FOUCAULT, 1999, 2001). Às crianças pequenas e bebês, entretanto, ficou reservado o cuidado maternal e filantrópico (ABRAMOWICZ; SILVERIO; OLIVEIRA; TEBET, 2006).

Em 1922, com o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, surgiram as primeiras regulamentações do atendimento a crianças pequenas de maternais e jardins de infância, com caráter assistencial. No início do século XX, as políticas para cuidado de bebês e crianças se desenvolveram intrinsecamente relacionadas ao trabalho feminino e à sustentação do capitalismo. Nas creches, espaços criados para o cuidado dos filhos de mulheres que trabalhavam fora de casa, o cuidado se alicerçava na manutenção da saúde, incluindo práticas higienistas (MARTINS *et al.*, 2014). Pautado no ideário de que cuidar de bebês e crianças pequenas, era uma tarefa naturalmente feminina e entendendo o cuidado como uma extensão do cuidado materno, esse trabalho foi realizado por mulheres (ABRAMOWICZ; SILVERIO; OLIVEIRA; TEBET, 2006).

Em 1959, a ONU lança a Declaração Universal dos Direitos da Criança, documento que compreende a criança como cidadã de direitos, que tem, entre outros, direito à educação. As políticas internacionais incentivaram a pré-escolarização em massa, pautada no princípio de assistência às crianças pobres (MARTINS *et al.*, 2014). No Brasil, a Constituição de 1988 coloca pela primeira vez a criança como cidadã de direitos e a Educação, como dever do Estado e direito fundamental de bebês e crianças (BRASIL, 1988). Mais tarde, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, amplia e garante direitos e proteção a bebês e crianças brasileiras (BRASIL, 1990). Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) legisla pela primeira vez sobre a educação pública de bebês e crianças pequenas, com a finalidade do desenvolvimento integral da criança de até 5 (cinco) anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade (redação dada pela Lei n.º 12.796, de 2013). Desta forma, a atenção a bebês e crianças se institucionaliza e abdica de seu caráter de assistência, assumindo seu aspecto educativo.

A LDB também disserta sobre as trabalhadoras da Educação Infantil. Se em seu espectro assistencial, bastava ser mulher para poder exercer a função, a partir de 1996, a função devia ser exercida por professoras, formadas em cursos superiores (BRASIL, 1996) ou cursos normais em nível médio (modalidade que também vai se extinguindo nos anos 2000). Segundo Almeida (1996), a exigência por formação gerou conflitos, porque as mulheres que exerciam esta atividade não possuíam formação; assumida pelos cursos de Pedagogia. Assim, o trabalho se especializa, mas sem se desfeminizar (ABRAMOWICZ *et al.*, 2006; MASSA *et al.*, 2016). O projeto de profissionalização do ensino representa uma tendência que atravessa o século XX e se cristaliza a partir de 1980, comportando ambiguidades, distorções, limitações, tensões e desafios.

Segundo Penteado e Souza Neto (2019), por um lado, o processo de profissionalização contribui para destacar a importância da educação para o crescimento econômico e dar visibilidade à formação de professores e à necessidade de o magistério passar do ofício à profissão. Por outro lado, as interferências que a globalização, as políticas neoliberais e os organismos internacionais acarretam às reformas educacionais, ao objeto do trabalho docente e às condições e organização do processo de trabalho dos professores produzem processos de precarização, produtivismo e controle.

Tornar-se a primeira etapa da Educação Básica, afirmando sua abrangência e sua parte nas políticas públicas, causou saltos de qualidade para o processo de trabalho, inclusive ao exigir formação específica para a função. No entanto, as condições precárias da Educação e a desvalorização profissional, por exemplo, somadas ao excesso de responsabilidade para garantir uma educação de qualidade podem gerar sobrecarga às educadoras, levando ao adoecimento (MARTINS *et al.*, 2019) e produção de sofrimento psíquico.

A Educação Infantil requer a articulação indissociável entre Educar e Cuidar. Não em um sentido polarizado, mas na compreensão de que ambos são parte da mesma dimensão pedagógica no encontro com as infâncias. Discursivamente, o alvo do cuidado é sempre a criança e sua provedora, a docente.

Considera-se que as educadoras devem dar igual valor às atividades de higiene e alimentação das crianças, às interações e brincadeiras e as experiências e vivências nas múltiplas linguagens (BRASIL, 2006, p. 28), além de garantir uma boa comunicação com os familiares. Nesta configuração, a Educação Infantil se constitui como lócus privilegiado de educação e produção de subjetividade de bebês e crianças, mas também de educadoras e do próprio sentido da escolarização.

As representações do ser e do fazer das profissionais da Educação Infantil, vêm sendo perpetuadas historicamente pelo enfoque assistencialista e, recentemente, pelo tripé cuidar, educar e brincar (ASSIS, 2009), envolvendo uma série de aspectos que vão desde o toque, o reconhecimento da complexidade do brincar até a compreensão de que a criança é a protagonista da Educação Infantil, sujeito de direitos e de desejos. Altíssima complexidade/responsabilidade, baixa remuneração, pouco reconhecimento.

Em sua dimensão cotidiana, o contexto da Educação Infantil é lugar de produção de desejos, de criação de experimentações, afetos, acontecimentos, encontros e de potência para as atividades humanas em relações intergeracionais, formativas, institucionais, criadoras e subjetivas, mas também espaço produtor de sofrimento psíquico para crianças e trabalhadoras. Cada vez mais, discutir a saúde mental no contexto escolar é uma necessidade incontornável.

Paulo Amarante (2011, p. 19) define saúde mental como um campo múltiplo, pois se relaciona com o “estado mental dos sujeitos e das coletividades que,

do mesmo modo, são condições altamente complexas”. Sendo área formada por diversos campos do saber, a saúde mental não se reduz à ausência de doença ou transtorno mental, mas um processo social complexo, em movimento constante, entendido como a subjetivação e a possibilidade de existir e criar vivências e espaços de pertencimento no mundo, assim como a própria experiência da cidadania, ou seja, no sentido da produção coletiva de subjetividades (FERNANDES, 2021).

A saúde de trabalhadores e trabalhadoras tem sido preocupação desde o início do século XX. A Saúde Mental Ocupacional (nos Estados Unidos) e as Ciências do Comportamento (no Brasil), “buscam a gênese dos problemas de saúde mental dos trabalhadores em seu universo intraindividual, sendo o trabalho, suas condições e sua organização mero pano de fundo” (SATO; BERNARDO, 2005, p. 870). Ao desconsiderar as condições e relações de trabalho, muitas vezes, essas vertentes construíram uma percepção de culpabilização dos trabalhadores por suas próprias condições de saúde e adoecimento mental (SATO; BERNARDO, 2005), em uma compreensão que fortalece o projeto neoliberal em sua relação com o trabalho.

No Brasil, a partir da década de 1980, a Saúde do Trabalhador se constrói por meio das lutas sindicais e do movimento sanitário, inaugurando uma nova forma de diálogo entre os temas Saúde Mental e Trabalho, em interface com a Saúde Coletiva. Neste novo contexto, o trabalho e suas relações são tomados como dinâmicas centrais para a compreensão dos processos de produção de saúde. A partir da experiência de trabalhadores em seu próprio cotidiano, a interface entre Saúde Mental e Trabalho, busca entender e mudar as condições profissionais geradoras de sofrimento psíquico (SATO; BERNARDO, 2005). O campo da Saúde Mental passa a incorporar a pauta do trabalho por meio da construção de projetos de inclusão, relacionados especialmente à construção de novos projetos de geração de renda e de economia solidária (LUSSI *et al.*, 2010; MAZARO *et al.*, 2020).

No começo dos anos 2000, ainda que questões referentes a saúde mental e trabalho fossem reconhecidas pela 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a notificação da incidência de casos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho ainda era baixa. Segundo Leny Sato e Márcia Hespanhol Bernarndo, trabalhadores buscavam assistência médica a partir de problemas “físicos” e as “questões mentais” apareciam como consequências ou eram atribuídas a fatores pessoais (SATO; BERNARDO,

2005). Nos últimos dez anos, as notificações relacionadas ao sofrimento psíquico e aos transtornos mentais relacionados ao trabalho são mais recorrentes, como mostra o estudo de Batista *et al.* (2016). Sato e Bernardo (2005) apontam fatores que contribuem para a produção de sofrimento de trabalhadores, entre eles, o ritmo acelerado do trabalho, o constrangimento cotidiano e o medo do desemprego. Este último sustenta os outros dois, pois, por medo de não ter emprego (afinal, ter um emprego, qualquer que seja, é considerado sorte em um contexto de alta taxa de desemprego), trabalhadores aguentam condições precárias/precarizadas e até violentas de trabalho. Esse processo é intensificado pela produção de uma narrativa social de poder coercitivo, que articula um possível diagnóstico ao discurso que culpabiliza a vítima, ou seja, faz [...] o indivíduo gerir responsabilidades privadas pela condução de sua própria vida profissional. Isso implica no seguinte: o indivíduo tem de bancar os custos de sua formação profissional; ele tem de avaliar-se periodicamente para ver se está adequado às regras e exigências que o mercado demanda dele (BENDASSOLLI, 2001, p. 68).

De acordo com Negri e Lazzaratto (2001, p. 25), no novo modelo produtivo pós-fordista, exige-se do trabalhador, cada vez mais intelectualizado, capacidade de escolha e de tomada de decisões, já que “[...] é a alma do operário que deve descer na oficina. É a sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade”. A docência, enquanto trabalho imaterial, foi identificada pela Organização Internacional do Trabalho como uma profissão com riscos e condições específicas (OIT, 2008). Depressão e/ou ansiedade têm sido a maior causa de afastamento de trabalho entre docentes (MASSA *et al.*, 2016), e há crescente número de estudos que apontam os processos de adoecimento destes profissionais em que outros transtornos mentais se destacam, entre eles a Síndrome de Burnout (BATISTA *et al.*, 2010; CAMARGO, 2012).

Uma pesquisa no Reino Unido apontada por Massa *et al.* (2016) concluiu que professores apresentam duas vezes mais estresse, depressão e ansiedade que outros profissionais. Conforme Penteado e Souza Neto (2019), a literatura sobre problemas de saúde de professores mostra a prevalência de transtornos mentais e de comportamento, seja no sistema público ou particular, em todos os níveis da educação. Inúmeros fatores são apontados como determinantes para o adoecimento de professoras, entre eles, baixa remuneração, longas jornadas de trabalhos e condições institucionais

precárias. Ademais, considerando-se ser uma profissão predominantemente feminina, mulheres são mais vulneráveis ao adoecimento pela dupla carga de trabalho que assumem. Muitas, além de cumprir com a jornada de trabalho, estão sob sua responsabilidade as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos, papéis ocupacionais tradicionalmente destinados a esse gênero (MASSA *et al.*, 2016, p. 186).

O adoecimento da categoria aponta para o “mal-estar docente”, termo criado em 1987, pelo psicólogo espanhol José Esteve, que designa como as condições do exercício da docência afetam de forma negativa e permanente tais profissionais (MARTINS *et al.*, 2014). São apontados fatores primários (falta de recursos, precariedade dos espaços, violência, baixos salários, medo da perda do emprego, carga excessiva de trabalho) e secundários (modificações percepções sobre as funções dos professores), pois considera o professor “sujeito e parte da organização do trabalho na escola e do entorno social em que ele se encontra” (MARTINS *et al.*, 2019).

O mal-estar também chega às professoras de Educação Infantil. Um estudo de Ferreira-Costa e Pedro-Silva (2019) avaliou o nível de ansiedade e de depressão de professoras da Educação Infantil e anos iniciais do Ensino Fundamental mediante questionários do tipo autorrelato. Detectaram que ansiedade afeta 41,9% e depressão, 30,5% das participantes da pesquisa. Como fatores de angústia apontados pelas professoras estão estrutura do serviço (salário, salas e materiais) e relacionamentos (comportamento dos alunos e de seus pais).

Martins *et al.* (2014), ao analisarem a relação entre o processo de trabalho e a saúde de professoras de Educação Infantil, encontraram diversos fatores que podem contribuir para o processo de adoecimento da categoria – profissionais que mais solicitaram licenças de saúde na cidade pesquisada. Nas licenças, questões psíquicas são as de maior incidência (seguidas de doenças do sistema osteomuscular). O estudo conclui que a sobrecarga de responsabilidade, condições precárias, desvalorização profissional, baixo nível de autonomia e jornadas longas podem ser fatores de adoecimento. Destaca, ainda, o desprestígio pela associação à “babá” pelo entendimento de que não há nenhuma necessidade de especialização para o desenvolvimento do trabalho (MARTINS *et al.*,



2014). Para Martins *et al.* (2019), para compreender o sofrimento psíquico entre docentes, é fundamental que se analise as políticas neoliberais que se materializam em baixa autonomia, precarização, sobrecarga, baixos salários, competitividade e produtivismo. Vale destacar que a escola não é *locus* exclusivo desse processo que atravessa o universo do trabalho contemporâneo como um todo, mas por tratar-se de uma instituição que nos atravessa a todos, pelo menos durante os primeiros 18 anos de nossas vidas, podemos afirmar que esse é um espaço-tempo priorizado estrategicamente para a sustentação do projeto societário neoliberal e para a edificação da subjetividade capitalística. Embora essa contextualização se faça importante, não pretendemos, com este trabalho, focar nos processos diagnósticos de adoecimento docente. Exploraremos, aqui, alguns dos complexos meandros dos processos de saúde mental e sofrimento psíquico no trabalho docente em Educação Infantil a partir da ótica das próprias educadoras e alguns aspectos da saúde mental que se relacionam com o trabalho contados por quem faz Educação Infantil. Nosso trabalho, meu e seu, que lê, é de escuta. As muitas vozes que compõem esse texto são delas.

## **Percurso metodológico**

Propusemos uma pesquisa cartográfica de abordagem qualitativa, que se propõe a acompanhar os processos produzidos e transformados pelo processo de investigação, por quem pesquisa e por quem participa. Como técnicas de produção de dados utilizamos entrevistas semiestruturadas com 6 docentes do ensino infantil de um município do interior de São Paulo e a configuração de um grupo com atividades de Foto-Voz, realizado com 4 das docentes entrevistadas, em 4 encontros. As entrevistas tiveram por objetivo identificar questões singulares de cada participante. Na pesquisa cartográfica, “a entrevista acontece como diálogo” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2016, p. 96). Para além de buscar informações pertinentes, a entrevista visa a experiência do dizer.

O Foto-Voz é uma metodologia proposta por Caroline Wang e Mary Ann Burris na década de 1990, a proposta do método é misturar narrativa com fotografia (LEAL *et al.*, 2018, p. 02). A fotografia permite aos participantes “documentar e tornar visíveis as suas representações acerca do mundo que os rodeia” (MEIRINHO, 2017, p. 263). Aqui, em uma adaptação nossa, procuramos mais do que visibilizar representações de mundo, recriar e criar mundos. Na nossa proposta, a composição das palavras “foto” e “voz” é mais um agenciamento de diferentes regimes expressivos do que representacionais, com a intenção de unir registros imagéticos com possíveis sentidos narrados sobre/com essas imagens.

A partir da análise temática da pesquisa, propôs-se a apresentação dos resultados em dois agrupamentos de narrativas e imagens: 1) concepções sobre saúde mental e produção de subjetividade; 2) potências e estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico. Preliminarmente, não há absolutos na produção de saúde mental ou de sofrimento psíquico. Aqui, discutimos as complexas relações de e com o trabalho, compreendendo que um mesmo processo se apresenta ora como produtor de saúde, ora como causador de sofrimento, às vezes ambos, dependendo da forma como cada professora experimenta e atribui à essa experimentação sentidos próprios, ou seja, ao tomarmos a saúde mental como uma produção relacional, histórica e culturalmente localizada, mas sempre singular, não pretendemos apresentar categorias universalizantes, mas dar passagem ao que se expressou na experiência narrada pelas participantes.

### **Concepções de saúde mental e produção de subjetividade na Educação Infantil**

A partir do entendimento de saúde mental como uma relação complexa, com implicações sociais e culturais, vamos discutir as percepções que as participantes da pesquisa sobre saúde mental e como ela se relaciona com seu trabalho. Para constituir o debate, utilizamos excertos de todos os instrumentos utilizados na pesquisa, interpoladas com reflexões teóricas e nossas análises.

Figura 1 – Imagens que compõem o Foto-Voz



Fonte: elaborada pelas autoras, 2021.

Primeiramente, as professoras compreendem que, no que se refere ao tema da saúde mental, a docência se configura como uma profissão de **contrastes**. Elas percebem, que a profissão tem profundidade e complexidade, uma grande gama de relações e aprendizagens e que o cotidiano do trabalho não se dá de forma linear, sendo que elementos capazes de produção de sofrimento em certas circunstâncias, podem ser produtores de saúde mental em outras. Para elas, é preciso lidar com diferentes emoções e com grande dose de acaso, como destacado na imagem acima.

Consideram que, ao realizar seu trabalho, elas não estão “descoladas” de outras dimensões de suas vidas e que é difícil mensurar o que de sua produção subjetiva é relacionado ao contexto escolar e o que se relaciona com sua vida como um todo:

É que é duro, porque, assim, **nós somos uma pessoa inteira**, né. Todas as dificuldades que a gente tem na vida pessoal, com o companheiro ou com a família ou com a vida financeira, tudo isso aí interfere no nosso ser professora. Então, a gente nunca está 100%, né. E a gente está lá sorrindo, mas por dentro a gente está acabada. Entendeu? Porque alguém na vida nos desrespeitou. Entendeu? Ou porque eu não tive maturidade pra falar *não* pra alguém, aí fico com aquilo dentro de mim. Mas é trabalho, então vamos deixar da porta pra fora e fazer o melhor, né? (ALYA).

O que acontece “fora” do trabalho não acontece “fora” da pessoa. Independente disso, Alya compreende que, no trabalho, ela precisa “deixar de lado e fazer o melhor”, mesmo que se sinta “acabada”. Mais um contraste de ser professora (o que não é exclusivo desta profissão, já que ela também se insere na lógica capitalística do emprego). É preciso lidar com os próprios sofrimentos (ou “esquecê-los”) para exercer o trabalho, especialmente no trabalho com crianças.

Para elas, a ideia de saúde mental foi diversas vezes relacionada à noção de **equilíbrio**:

Quando a gente tem um equilíbrio, assim, entre o que a gente está sentindo, pensando e a gente tá conseguindo entender pelo menos um pouco dessas sensações, do que que tá passando com a gente, do que... Tá um pouco consciente de tudo, assim. Eu acho que tem um pouco a ver com consciência também. E eu acredito que a saúde mental em si é quando a gente está sabendo que às vezes a gente está em alguns desafios, mas estamos conseguindo lidar com isso apesar de tudo, eu acredito que seja um equilíbrio entre o que estamos pensando, sentindo, fazendo... (IZAR).

Sentir, pensar, entender, fazer, lidar. São estes contrastes percebidos que Izar entende que é preciso equilibrar.

Eu penso assim, estar bem psicologicamente [põe o indicador na testa] e emocionalmente. As emoções pegam demais, entendeu? (ALYA).

Eu acho que a capacidade de se equilibrar, assim. Porque eu acho que coisas desafiadoras sempre vão acontecer. É a capacidade de conseguir sair do limbo, sair da lama, de olhar, reconhecer “não, eu tô na lama, tudo bem, o que é que eu posso fazer de melhor? Que coisas me alimentam?” (NASHIRA).

Nashira entende que saúde mental é a **capacidade de se fazer melhor**, de buscar aquilo que lhe nutre. A relação com a alimentação não é por acaso, saúde mental se faz no corpo. Um corpo com necessidades, desejos, capacidades, forças e fomes.

Eu acho que é um bem-estar, um bem-estar no corpo, sabe. [...]. É um bem-estar, é vivenciar numa leveza, sabe, de forma leve, sabe, estar com o corpo leve, com a cabeça leve, apesar de uma rotina muito puxada, que você se sinta muito tranquila para poder encarar e fazer as coisas, sabe (MAIA).

Para Maia, saúde mental é proporcionar bem-estar e leveza no corpo. Um corpo que não pesa junto com ou tanto quanto a rotina.

Então, eu acho que a saúde mental é um equilíbrio. Equilíbrio interno, de você se manter sereno mesmo diante dos obstáculos. Mesmo diante das dificuldades, apesar do mundo externo estar um caos... não que a gente nunca saia do eixo, né? Tem dia que eu tenho vontade de... [risos] Ou de não sair da cama, ou como eu falei, jogar... dar descarga no celular..., mas no outro dia eu retomo. Falo não, o caos do mundo não pode perturbar o meu mundo íntimo, né! Eu tenho que ter o equilíbrio psicológico, emocional. E saber separar aquilo que é externo e aquilo que é meu! Quais são as minhas convicções, quais são os meus valores... e ter sempre uma autorreflexão, uma autocrítica [...]. É verdade que eu tomo Rivotril, é verdade que eu tomo Rivotril! (risos) pra dormir..., mas... vai muito além da saúde da Organização Mundial da Saúde, vai muito além dessa definição, né. Muito muito além, eu acho, que a saúde mental, né!? (MIRA).

De uma perspectiva mais capitalística, compreende-se que saúde mental é “um estado em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, consegue lidar com o estresse comum da vida, consegue trabalhar produtivamente e furtivamente e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade” (HERRMAN; SAXENA; MOODIE, 2005, p. 02, tradução nossa). Portanto, a concepção hegemônica compartilhada de saúde mental em um contexto neoliberal está atrelada a concepção de bem-estar e equilíbrio, mas este, por sua vez, está socialmente e culturalmente relacionado à ideia (e a percepção) de ser produtivo – mantendo o “equilíbrio”, em uma busca, que tende a ser vista como responsabilidade de cada indivíduo.

Num olhar mais superficial, podemos pensar que as participantes da pesquisa, ao incorporarem a noção comum e a concepção hegemônica de saúde, operam em uma distinção entre corpo e mente, entre mundo interno e mundo externo. Ainda assim, percebemos que as narrativas apresentadas pelas docentes têm grande complexidade. E podem, por outro lado, revelar que elas compreendem na experiência viva do corpo docente não haver uma separação possível do corpo e da mente, o que nomeiam de “equilíbrio”, porque a vida acontece no corpo.

Letícia Ambrósio apresentou uma monografia sobre o “devir-corpo” e comenta que Merleau-Ponty qualifica a corporeidade como local de acontecimentos, aprendizagem, experiência, existência; que para Deleuze e Guattari, o corpo se constitui na experimentação e, portanto, se faz e desfaz nas intensidades e nos seus constantes movimentos de vir a ser, em devir, que devir-corpo é criar um corpo sem órgãos para si, e que Liberman traz o conceito de territórios de corporeidade, que produzem uma abertura para conhecimentos pela experimentação. A estudante diz que corporeidade é acontecimento, expressão, movimento, pulsações, encontros (AMBROSIO, 2017).

Em consonância com essa perspectiva, as participantes da pesquisa expõem que são corpos no mundo, que se relacionam com pessoas, coisas, instituições e acontecimentos. E viver sua saúde mental significa **conseguir lidar com suas relações**, com aquilo que as possa “*desequilibrar*”, fazê-las “*encarar*” os desafios, mesmo que haja dias de muito sofrimento. Viver com saúde mental significa conseguir “*se levantar*”.

Elas indicam que viver com saúde mental no cotidiano escolar também pode implicar em **lidar melhor com os conflitos** característicos da Educação Infantil:

E teve um dia que eu deixei as crianças irem para a sala de brinquedos, que onde elas ficam na hora de ir embora não tinha ninguém lá e uma criança brigou com a outra. [...] Aí eu falei “nossa, gente, eu fiz tudo errado”. Eu me senti muito culpada. E aí, né, eu na minha plena saúde mental que eu venho alimentando, falei, “não, eu tenho que assumir esse erro”. Liguei para a coordenadora e falei, “olha, aconteceu isso. As crianças, eu as deixei sozinhas, eu tô aqui pedindo desculpa, eu vou ter mais atenção em relação a isso”. E a partir disso, eu criei uma relação muito mais próxima com a coordenadora. [...] Porque se a minha saúde mental não tivesse suficientemente boa, eu ia cair. Primeiro que eu ia culpar ela, depois ia culpar a instituição, ia culpar as crianças de terem brigado, e não ia assumir minha responsabilidade naquilo, assim. Então, eu acho que isso é muito bom. Então eu acho que a saúde mental, ela consegue ver algo desafiador, viver aquilo. Vamos viver essa dorzinha, essa culpa, mas vamos ver o que se vai fazer com isso. Tá, tudo bem, você errou. E acho que também se ver como ser humano. Você errou, você é ser humano, sabe. [...] Isso melhorou também pra olhar as outras professoras (NASHIRA).

Ao se entender “bem”, a educadora diz conseguir estabelecer diálogo e priorizar uma Educação “de qualidade”. A educação não se limita à relação com as crianças. Esse corpo docente se relaciona com sua equipe de trabalho, com instituições e processos que se configuram como atores determinantes dos processos de saúde mental. A gestão mais centralizadora ou mais participativa, ou uma equipe competitiva ou colaborativa por exemplo foram marcadas como diferenciais importantes para a produção ou não de sofrimento psíquico.

Temáticas relativas à institucionalização como produtora de sofrimento foram sinalizadas pelas participantes em diferentes contextos. Existem questões estruturais e estruturantes: o espaço físico [quase] imutável (em sua estrutura); a quantidade de bebês e crianças determinada pelo poder público e pelo poder judiciário; as rotinas disciplinares de bebês e crianças e das trabalhadoras; os dispositivos de controle dos corpos; a ambiência; os salários; a infraestrutura

precarizada que as faz usar dinheiro do próprio bolso; o racismo institucional; e o machismo instituído, afinal é uma profissão de mulheres.

Aí a alimentação também. Você tinha que dar comida pra 12. Sempre ia 12, não faltava. A média era de 10 a 11 todos os dias. Eles não faltavam. A gente que fazia tudo, pegava a comida fervendo, quente. Aí nós passamos a dar a comidinha pra eles lá na sala mesmo. Entendeu? Porque não tinha espaço. Porque logo no começo era mais difícil, porque a gente dava a alimentação para os bebês no refeitório. Mas aí juntava todas as turmas e ficava aquele barulho... E tem uns bebês que são mais sensíveis, né? Crianças falando alto, as professoras falando alto, a merendeira falando alto, todo mundo falando alto... então as crianças ficavam meio assim... aí começavam a chorar. Aí virava uma coisa assim que você falava “ai, meu deus”. E a gente tentava amenizar a coisa, né...? (MEISSA).

Além das relações internas ao ambiente escolar, as relações representativas da Educação Infantil fora dos seus muros também compõem a subjetividade docente, em sua percepção sobre si, sua função e reconhecimento social. Em relação a isso, a subjetivação da docência infantil segue carregada da marca do machismo, da heteronormatividade e da banalização de seus saberes profissionais (e não maternais/familiares) em seus enunciados.

[...] tenho uma colega que diz “algumas famílias desconfiam do meu trabalho por eu não ser mãe, desconfiam do meu trabalho por eu ser lésbica”, então isso me dói, me traz uma revolta [...] e eu sei que é uma pura construção errada, do meu ponto de vista, de você tratar um profissional, né, da educação e com as crianças. [...] eu fico pensando, poxa, é um privilégio então eu ser hetero e ser mãe? É. Infelizmente acaba sendo né e eu não gostaria que fosse, gostaria que todo mundo tivesse a sua competência profissional, reconhecida independente de qualquer coisa, né? [...] Eu não preciso ser mãe para ser professora! (MAIA).

Ah, porque eu não sou tia! Porque eu sou professora [...] eu sou tia do meu afilhado, por exemplo, sabe [...] as crianças tem que entender que eu não estou passando tempo lá. As mães precisam entender que eu não estou passando tempo, não é, sabe, eu.... os filhos das minhas amigas me chamam de tia e tudo bem, porque a gente tá passando tempo junto, porque a gente é praticamente família. Só que eles não. Eu amo aquelas crianças, só que eles não são a minha família. Existe uma intencionalidade em tudo. Não quer dizer que não exista amor, entende? Mas, enfim, essa do tia eu deixo passar... (NASHIRA).

É como se, pela percepção social, a Educação Infantil se tratasse de um alargamento do espaço doméstico, que se trata de um trabalho “fácil”, em que não há intencionalidade, saberes próprios, trabalho propriamente dito, ou seja, a docente da Educação Infantil, em alguma medida, passa a ser representada como alguém que não exerce em profundidade a dimensão do intelecto (o que não é verdade), ao mesmo tempo em que não gera os

valores do trabalho imaterial ou os produtos objetivos do trabalho material. Conforme Negri, no trabalho imaterial, o cérebro é a potência do trabalho e, enquanto “ferramenta encarnada”, é a própria vida. Ele compreende que intelecto não se desassocia do corpo, e por isso, o trabalho se associa ao corpo todo, de maneira não individualizada, afinal “a vida individual se torna produtiva – e intensamente produtiva – porque entra em comunicação com outros corpos” (NEGRI, 2001, p. 28).

Assim como uma prática institucional que leve em conta a saúde mental e busque promover um ambiente “saudável” pode potencializar o trabalho e a vida, a falta dela leva ao sofrimento psíquico e aos processos de medicalização da Educação Infantil (não apenas circunscrito à medicalização das crianças).

Quando eu entrei [no trabalho na cidade], em 2000, quando foi 2002 eu comecei a fazer o uso de Rivotril. [...] Chegou o tempo que eu fiz o uso de medicação forte! Medicação forte. Lítio. E aí fui chamada [em outra cidade], e aí eu fui tirando a medicação gradualmente de modo que eu passei 4 anos sem medicação. Voltei para [cá] e aí eu faço o uso de Rivotril de novo. Continuo. Pra poder dormir!

Dispositivo disciplinar, a escola busca historicamente ajustar e normalizar comportamentos e corpos. Fundamentada em discursos produtores de verdade e poder, legitimados pela Ciência, pelo Direito e pela Medicina, a escola destina-se a produzir corpos dóceis e úteis (FOUCAULT, 1999, 2001) e essa utilidade não foca apenas o corpo infantil.

A instituição de Educação Infantil nem sempre consegue deixar de ser escola e nós, professoras, precisamos ser agentes da disciplina, porque a instituição também se opera sobre nós (CLAU).

Um ambiente adoecedor, que insiste em produzir corpos disciplinadores/disciplinados e ao mesmo tempo em resistência, aliado a um sistema de saúde também precarizado deixa algumas educadoras em situações de sofrimento e impotência:

Eu tomo remédio. Eu tenho depressão também, fia. [...] Comecei. Comecei com faixa preta. Com tarja preta mesmo que eu comecei. [...] Eu tomo Sertralina. Eu tomo 100mg. Eu já tomei Sertralina em outra época, logo que eu comecei... Eu já nem lembro mais. Tomei Frontal, tomei Lexotan. Eu não quero tomar Lexotan pra dormir. Tomar remédio pra dormir é horrível. Então às vezes eu fico acordada à noite. Agora, eu tô um pouco melhor porque tô tomando Triptofano. [...] O médico que eu passei no posto receitou. Que eu tenho que fazer consulta a cada 6 meses. E eu falei pra ele que já tinha tomado Sertralina e tal. E ele passa pra mim. [E você pretende ir em psiquiatra?] Eu até pensei em fazer isso, mas eu ainda não tenho como fazer porque na rede não tem, no SUS não tem, e eu não tenho como pagar. Então eu não tenho como pagar psiquiatra (MEISSA).



## Potências e estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico: viver o cuidado de si nas temporalidades infantis

Como descrito nas narrativas, há educadoras que se encontram desamparadas, tanto pelas instituições em que trabalham como pelo sistema público de saúde, historicamente subfinanciado e cada vez mais precarizado. E, então, precisam lidar sozinhas e com seus recursos próprios com seu sofrimento agravado e/ou causado pelo trabalho.

Eu sou bastante racional, assim. Então, quando eu estou dentro de uma situação, eu sempre tento ver o que que é essa situação. Porque que a pessoa também está agindo assim. Que nem eu te falei, essa pessoa, eu via que às vezes ela conversava comigo, ela tinha problemas em casa, ela não estava conseguindo lidar com as coisas dela. Então essa falta de como ela lidar com algumas coisas dela, acaba afetando ela lá comigo. Então eu tentava trazer isso pro racional, pensar por que que estava acontecendo isso, o que que era isso, como que eu podia lidar da melhor forma com isso, como eu podia relevar tudo isso apesar de tudo (IZAR).

Segundo as participantes, existem diversas maneiras de “alimentar” sua saúde mental. Na nuvem de palavras, é possível observar, por ordem de frequência, quais atividades as entrevistadas praticam para lidar com estresse.

Figura 2 – Nuvem de potências e criações



Fonte: elaborada pelas autoras, 2021.

Em suas formas de produzir saúde mental, destacam-se a realização de atividades para **cuidar de si**, em especial aquelas relacionadas às artes, ao esporte, às práticas integrativas e espirituais. Musicar-se como afecção positiva, seja cantando, dançando ou ouvindo. Este dado nos indica a potência da arte nos afetos. O mesmo corpo que se vê tensionado a disciplinar infâncias e se disciplina na lógica produtivista do trabalho neoliberal, é o corpo que se faz colo, que cria uma aquarela, que colore pequenas mãos que se transformam em carimbos multicor.

Caminhar e a prática de yoga foram atividades apontadas por duas delas, indicando a corporeidade da saúde mental. Duas delas fazem uso de medicamentos, duas estão fazendo terapia (práticas de cuidado em saúde no sentido estrito do termo), uma delas nomeou a fé (sem uma prática religiosa institucional). Foram mencionados arte (de maneira geral), meditação, processos de racionalização, tomar sol, compartilhar, estudar. Quatro delas mencionaram que estar com pessoas que gostam (o que nomeamos “afeto”, no sentido de relações afetivas) são potentes dispositivos de produção de saúde.

Um corpo ativo que se esgota pelo cansaço inerente aos cuidados de uma sala superlotada de crianças coexiste no corpo adulto que brinca como prática profissional. Suas formas de lidar nos indicam que os processos de saúde mental acontecem na corporeidade, nos contextos sociais, na cultura e na relação com o ambiente, **no corpo-relação em atividade**. A partir destes entendimentos, elas indicam caminhos, propostas, sugestões de ações, práticas, políticas para o trabalho docente em Educação Infantil para que possam viver sua saúde mental mais plenamente.

Para Izar, uma estratégia possível é a instituição promover espaços para refletir sobre o tema da saúde mental, focadas no **autoconhecimento e na formação**, por exemplo, por meio na forma de “palestras e disseminação de informações sobre saúde mental”. Para ela, isso seria fundamental para cada professora poder lidar com sua própria saúde.

Então, Clau, eu acho que a gente precisava ter mais informações e alguma... formação, assim, pra gente conseguir lidar com algumas coisas, né, do nosso dia a dia. Porque no geral, nós não sabemos lidar com algumas coisas. [...], mas eu acho que quando a gente tem algumas conversas ou algumas palestras, ou alguma coisa que faça a gente se entender um pouquinho melhor, que traga um pouquinho da consciência pra algumas... [...] eu acho que quando a gente entende por que que a gente faz tal coisa de uma determinada maneira e tudo, a gente também consegue entender o outro (IZAR).

Segundo ela, é preciso ter conhecimentos para poder se compreender. Destaca-se que a ideia de que a produção da saúde mental passa por mais (in)formação da equipe, e, portanto, sobrecarga e responsabilização individual e racional, também aparece em outras falas:

Talvez os cursos de formação inicial de professores ou continuada também deveriam abordar esse aspecto da saúde mental. No mestrado, eu tive contato com uma moça que fez uma dissertação sobre o mal-estar docente. E isso aí não é abordado, isso aí não é discutido, né. Os professores passam por seus desafios, suas dificuldades, vão pra medicação e acabam ficando... [põe a mão na cabeça] sei lá, estranhos à vida toda. [Nome], por exemplo, é professora aposentada. Ela tem problema de memória, ela não pode falar em escola que já dá arrepio. Ela pegou trauma da escola, entendeu. Então você vê o quanto que a escola nos afeta (ALYA).

Muitas vezes, na perspectiva geral, a solução para os problemas da educação passa por mais estudo por parte das educadoras, visto que (entende-se que) ocorrem por falta de formação da equipe docente. “É sobre esses e essas docentes e suas formas de trabalho que se voltam as críticas e os objetivos das reformas governamentais, atribuindo-lhes a responsabilidade primeira pela baixa qualidade do ensino, ignorando a escassez de recursos, os baixos salários, o atraso tecnológico das escolas e a própria ausência de um sistema de educação” (MARTINS, 2019, p. 723).

Por um lado, legitimamos a perspectiva das docentes, por outro, atentamos para a prática de atribuir responsabilização pelos problemas da educação às educadoras. É tão comum que elas mesmas reproduzem estes discursos e trazem para si as “faltas” e as “soluções”, acarretando mais sobrecarga. A educadora precisa lidar com as próprias questões e as da colega de trabalho (também em sofrimento por motivos próprios), que lhe causam estresse, já que o ambiente raramente promove acolhimento e saúde. Mesmo aquelas que têm condições de arcar com despesas de terapia, o fazem “pela metade”:

Inclusive, na pandemia, eu estou fazendo terapia, entendeu? Tô fazendo de 15 em 15 porque é muito caro, queria fazer toda semana, mas aí pesa no orçamento (ALYA).

Mas a Educação não se dá apenas na escola. Alya, por exemplo, reconhece que “não foi educada para se observar e observar como se sente”, o que ela acredita limitar suas formas de lidar com diferentes situações, causando mais desgaste:

Desde a minha infância, minha mãe, minha família, sempre só trabalhavam com duas emoções ou feliz ou triste. “Ah, você é uma pessoa sorridente, seu sorriso é lindo, seus dentes, sua covinha, então você é feliz”. Então, pra mim só tem a emoção felicidade. [risos] E aí, a vida não é assim. Menina, eu sofro pra caramba. Que que é raiva? Como eu lido com a raiva? [...] Nem sei o repertório de emoções que existem se for ver. [...] acho que é por isso também que dá esse desgaste emocional que a gente fica sem energia. A gente não sabe lidar com as nossas emoções. [...]. Eu medito, faço uma meditação guiada, né? [...], mas eu percebi que a meditação pro adulto, ele já vai, tenta te relaxar e tal. Só que eu preciso de uma educação emocional, eu sinto que falta isso pra mim. Então, eu escuto a meditação para crianças, porque o instrutor, ele vai explicando “olha, reconheça sua emoção, perceba, o que você tá sentindo” e não-sei-que. [risos]. Tem me ajudado, a terapia tem me ajudado e as caminhadas têm me ajudado (ALYA).

**Reconhecer e nomear o que sente**, para ela (e para Izar), é, então, uma das formas de se promover saúde ou de enfrentar sofrimentos psíquicos. Há quem, ao buscar promover saúde com atividades fora do trabalho, o faz mantendo as perspectivas teóricas da Educação em mente:

Eu não parei a música, né, então eu faço violão. Então isso é muuuito bom, muito gostoso. [...]. Ainda tenho vontade de fazer dança também [risos] [...]. Eu tenho estudado muito lá o Loris Malaguzzi [educador italiano]. E aí quando eu vejo sobre as múltiplas linguagens... e aí uma vez eu li que a gente adulto também tem que ter essas múltiplas linguagens pra gente poder notar às vezes, ou realizar com as crianças vivências que acolham todas essas linguagens. E aí fico pensando nessa questão. Então, eu não vejo a hora da pandemia acabar, pra eu fazer essas coisas, sabe. Vou dançar, vamos aprender uma outra língua, vamos aprender a trabalhar o corpo, a trabalhar mais música, fazer aula de canto, sabe. Coisas que vão aquecendo a alma, sabe. Que vão regando mesmo a alma e não vão... não deixar a gente perder essa sensibilidade que a arte também promove, sabe (MAIA).

**Estudar teorias pedagógicas**, instrumentalizar-se também, pode ajudar a promover saúde, segundo as participantes, seja pela maneira de se olhar

a própria prática e a própria vida, seja pelo sentido atribuído ao trabalho quando outros aspectos da vida causam sofrimento.

Eu me casei pela primeira vez aos 19 anos [...]. E durou só um ano e meio. Porque ele me traiu. E eu não tinha maturidade nenhuma, eu falei “não, errou, primeiro erro, tchau!”. Separei. Só que aí isso mexeu muito com meu emocional. Tive que voltar para a casa dos meus pais, não tinha renda, não tinha nada... [...] isso mexeu com meu emocional. Eu morava perto de uma rodovia e decidi que eu ia pular na rodovia, eu não queria mais viver. Porque eu não confio nas pessoas, ninguém confia em mim, na minha casa, eles querem uma filha perfeita e eu não sou. Na hora que eu ia pular para um carro me atropelar, eu sentei no barranco e lembrei do meu orientador da iniciação científica. Ele falava assim “você é tão dedicada, você vai ter um futuro brilhante”. Então, por causa dele, eu fiquei. Por causa da pedagogia, do estudo, da pesquisa. Às vezes, as pessoas falam “você é tão caxias, tão dedicada”. É isso que sustenta minha vida, ou sustentou, é o fio assim que me segurou (ALYA).

E o próprio desenvolvimento do trabalho, aliado ao cuidar de si, pode abrir possibilidades de se ver de diferentes formas:

Poder resolver conflitos junto com as crianças me alimenta muito, assim. Porque eu me vejo um pouco às vezes no lugar. Então sei lá. Rolou um puxão de cabelo. Beleza, e aí? “Ai tia, o fulano puxou meu cabelo”, [...] “você quer que eu te ajude?”, “preciso”, “ó, diga pra ele que você não gostou”, “ah, eu não gostei”, “não gostou do quê?”. Então isso me ajuda também [...] na relação de adultos, “olha, eu não gostei que fiquei esperando quase meia hora pra você entrar na reunião! Poxa, meu tempo. Eu não gostei”. Sabe, de me colocar. Então ao mesmo tempo em que eu os ajudo a se colocarem, eu vou trabalhando isso em mim... Tem uma coisa interessante do trabalho com as crianças, que é um trabalho interno e eu tenho visto muito isso na terapia. E eu senti que depois da terapia, a minha qualidade lá com as crianças melhorou muito, muito mesmo. Criança que chora, às vezes me irritava criança que chorava. E aí eu tento... ele tá sentindo dor, algo tá doendo naquela criança. Aonde tá doendo? “Ai, tia, ele me falou que meu cabelo é feio”, tá, alguma coisa assim. “Isso me doeu”. Falei “ah... então por isso você chorou?” Então dificilmente você vai me ver falar “ai, para de chorar! não precisa chorar”. Precisa. Se tá chorando é porque precisa. [...] Então um outro olhar para as crianças. E isso é bom, isso me traz um prazer imenso (NASHIRA).

É ao olhar a criança em si que Nashira aprende a lidar com situações que a desagradam. Experiência que veio no e com o trabalho. É a infância como experiência e ruptura. Para encerrar nossa abordagem, a relação entre viver saúde mental, cuidar de si e **infância**, ainda se faz necessária.

Kohan, ao fazer a distinção entre *chrónos* e *aion*, história e devir, aponta para a possibilidade de duas infâncias ao menos. A primeira, cronológica, histórica: etapas de crescimento, estágios do desenvolvimento, modelo para o qual se educa. A segunda, aiônica, minoritária: experiência, acontecimento, ruptura, intensidade, devir.

Somos habitantes dos dois espaços, das duas temporalidades, das duas infâncias. Uma e outra infância não são excludentes. As linhas se tocam, se cruzam, se enredam, se confundem. Não nos anima a condenação de uma e a mistificação da outra. Não somos juizes. Não se trata de combater uma e idealizar a outra. Não se trata, por último, de dizer como há que se educar as crianças. A distinção não é normativa, mas ontológica e política. O que está em jogo não é o que deve ser (o tempo, a infância, a educação, a política), mas o que pode ser (poder ser como potência, possibilidade real) o que é. Uma infância afirma a força do mesmo, do centro, do tudo; a outra, a diferença, o fora, o singular. Uma leva a consolidar, unificar e conservar; a outra a irromper, diversificar e revolucionar (KOHAN, 2002, p. 04).

Somos habitantes de infâncias em nossa passagem por essa fase quando crianças. E diferentemente de muitos adultos, as professoras da educação infantil são convidadas a revisitá-las intensamente em seu trabalho cotidiano, ao mesmo tempo que são protagonistas da produção da própria noção compartilhada sobre a infância em si. Habitam essas duas infâncias possíveis (a infância extensiva e a intensiva), ao mesmo tempo em que são habitadas e constituídas por elas (tanto por sua própria infância, quanto as infâncias que cruzam sua trajetória profissional).

Ao viver intensivamente (em termos de forças) e extensivamente (em termo de tempo e forma) relações mediadas pelas infâncias, podemos nos blindar de seu devir (com diferentes armaduras protetivas da vida adulta) e/ou desfrutá-lo. Podemos viver em devir-criança: dispor-se, romper, criar. E as participantes entendem isso muito bem:

Me vêm duas palavras fortes: que é liberdade – de criação, de arte, tirar o salto (tudo bem, a gente não usa salto na educação infantil, mas sabe?) É, livre..., mas por outro lado, é liberdade e caos. Então faz... Sai do controle [...] e eu tenho muito esse negócio de querer controlar tudo e não dá, né. A vida foge do nosso alcance na educação infantil. Então, isso pra mim, é um exercício profissional e pessoal, quando eu me entrego ao caos. E cria-se coisas, e se vive e está tudo bem e estamos felizes e “ah não queria ter manchado minha roupa, mas manchei”, faz parte da vida, eu construí uma coisa legal e as crianças estão felizes [...]. Eu pensava: nossa, que privilégio, né? Eu trabalho num lugar que eu posso ficar descalça, sentindo essa coisa boa, o sol entrando pela janela, pela porta... (descrição do Foto-Voz).

O caos cria e aqui é tomado por nós, conforme destacado por Morin (2013), ou seja, como processo intrínseco da existência, que não se opõe diretamente à ordem, mas se refere a um campo de complexidades em potencial. No encontro do Foto-Voz, o debate continua:

- É o melhor lugar, gente
  - Mesmo no caos [risos]
  - Olha aí! Não é? Quando tá aquela muvuca, com aquelas crianças tudo pintada... Te dá um [suspira]. Gente, é isso, eu tô no melhor lugar, com as melhores pessoas... Essa coisa do caos tem uns segundos que você fica [suspiro/susto] “que máximo isso”, que você quase não pega aquela sensação... O caos causa um respiro profundo. Tipo assim [suspiro/susto] [risos] “ai, meu coração”
  - São segundos que você fica sem ar
  - Porque ficar sem ar em alguns momentos é bom
  - Às vezes, quem tá passando e entra na nossa sala e fala “meu deus!”. E você tá vendo uma beleza ali. E a pessoa que tá passando, ela não acompanhou o processo, ela não conhece quem tá ali envolvido e ela fala “gente, que bagunça”. E você tá achando aquilo de uma beleza de uma coisa de [suspiro] que te tira o ar.
- (Discussão entre as participantes no encontro do Foto-Voz).

Figura 3 – Imagens do Foto-Voz



Fonte: elaborada pelas autoras, 2021.

Nestas falas, é perceptível a complexidade presente na construção da saúde mental docente (e de todos nós) e de seus modos singulares de subjetivação. A complexidade consiste em (conforme apresentamos no primeiro eixo) **idealizar a produção de saúde mental em uma concepção de equilíbrio, mas experimentá-la ao permitir-se viver o caos**, ou, dito de outro modo, o instituinte, momentos de desterritorialização do território escolar instituído, linhas de fuga.

Imprimimos a esse movimento sua característica *caótica*, ou seja, nas palavras de Guattari (1992), “sempre ligada a um risco de mergulhar fora do sentido, fora das estruturas constituídas, ao mesmo tempo que se está imerso nelas”. No caos, lidamos com universos corporais e incorporais, visíveis e invisíveis. São universos que se entrecruzam e produzem sujeitos, experiências, saberes (BAPTISTA, 2015). O encontro com as crianças desestabiliza, esgota, estressa, mas, ao mesmo tempo, viver *em* potência infantil cria, liberta, produz desejo, acolhe, agrega... e, assim, potencializa saúde e vida.

### **Considerações finais**

Nesta pesquisa, buscamos cartografar experiências da saúde mental de educadoras de Educação Infantil. Compreendemos a cartografia não como um método fechado, mas como experimentação investigativa. Ao pesquisar junto com as educadoras, além delas se tornarem parte fundamental do texto da pesquisa, a própria pesquisa interfere e transforma as realidades, nos mundos, compartilhados ou não. Portanto, aqui estamos criando outras possibilidades de ser e estar, de viver a Educação.

A pesquisa identificou algumas possíveis causas para o sofrimento psíquico narradas pelas participantes, assim como as professoras lidam com suas relações cotidianas, relações de poder e com as estruturas institucionais e como as instituições podem funcionar como obstáculos ou como facilitadores do trabalho docente.

Discutimos desvalorização profissional, sobrecarga, cansaço, competitividade. Compreendemos que não se pode afirmar exatamente o que causa sofrimento ou que produz saúde, visto que são processos implicados, entrelaçados, relacionais. Por fim, pudemos cartografar as estratégias de saúde que as próprias professoras identificam, criam, para lidar com contextos produtores de sofrimento psíquico. E a partir desse mapeamento, daquilo que é possível e passível de criação, esperamos contribuir para os processos formativos de professoras de Educação Infantil, para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, para ações de cuidado com esta categoria e, mais ainda, para promover a escuta e aprender com aquelas que muitas vezes se sentem silenciadas, depreciadas e capturadas por um sistema disciplinar, patriarcal e medicalizante.



## Referências

ABRAMOWICZ, Anete; SILVERIO, Valter R.; OLIVEIRA, Fabiana; TEBET, Gabriela G. C. **Trabalhando a diferença na educação infantil**. São Paulo: Moderna, 2006.

ALMEIDA, Jane Soares de. Mulheres na escola: algumas reflexões sobre o magistério feminino. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 96, p. 71-78, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMBROSIO, Leticia. **Devir corpo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Tradução: Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ASSIS, M. S. Ama, guardiã, crecheira, pajem, auxiliar... em busca da profissionalização do educador da educação infantil. *In*: ANGOTTI, Maristela (org.). **Educação Infantil**: da condição de direito a condição de qualidade no atendimento. Campinas: Alínea, 2009. p. 37-50.

BAPTISTA, Maria Luiza Cardinale. Caosmose, desterritorialização e amorosidade na comunicação. **Questões Transversais**, São Leopoldo, v. 2, n. 4, 2015. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/view/9625>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 502-512, set. 2010.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; OLIVEIRA, Malu Nunes de; ZACCARA, Ana Aline. L.; BARROS, Eveline de O.; DUARTE, Marcella C. S. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4538-4548, 2016.

BENDASSOLLI, Pedro. O vocabulário da habilidade e da competência: algumas considerações neopragmáticas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 3, p. 65-76, 2001.

BRASIL. Casa Civil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 3 set. 2021

BRASIL. **Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 20 dez. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 5 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Parâmetros nacionais de qualidade para a educação infantil**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. v. 2.

CAMARGO, Danilo Alexandre Ferreira de. **O abolicionismo escolar: reflexões a partir do adoecimento e da deserção dos professores**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Educação, São Paulo, 2012.

FERNANDES, Paula Fernanda de Andrade Leite. **Visão de maloqueiro: uma carta sobre o jovem preto favelado, o funk e a saúde mental**. Projeto de pesquisa (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos. Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, São Carlos, 2021.

FERREIRA-COSTA, Rodney Querino; PEDRO-SILVA, Nelson. Níveis de ansiedade e depressão entre professores do Ensino Infantil e Fundamental. **Pro-Posições**, v. 30, e20160143 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0143>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)**. Tradução: E. Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução: Ligia M. Ponde Vassalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma ético-estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

HERRMAN, Helen; SAXENA, Shekhar; MOODIE, Rob (Eds). **Promoting mental health**: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genebra: World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>. Acesso em: 6 out. 2021.

KOHAN, Walter Omar. A infância da educação: o conceito de devir-criança. **Educação Pública**, v. 2, n. 1. p. 01-06, 2002-2005. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/2/1/a-infancia-da-educacao-o-conceito-devir-crianca>. Acesso em: 16 ago. 2022.

LEAL, Caroline Cândido Garcia; GOMES-SPONHOLZ, Flávia Azevedo; MAMEDE, Fabiana Villela; SILVA, Marta Angélica Iossi; OLIVEIRA, Nathália Teresinha Baptista;

LEITE, Adriana Moraes. Photovoice: experiência do método em pesquisa com mães adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, e20170322, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0322>. Acesso em: 12 fev. 2022.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; MATSUKURA, Thelma Simões; HAHN, Michelle Selma. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 284-290, 2010. Disponível em: <https://10.15343/0104-7809.20102284290>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MARTINS, Maria de Fátima Duarte; VIEIRA, Jarbas Santos; FEIJÓ, José Roberto; BUGS, Vanessa. O trabalho das docentes da Educação Infantil e o mal-estar docente: o impacto dos aspectos psicossociais no adoecimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 281-289, 2014.

MARTINS, Maria de Fátima Duarte; ARAÚJO, Tânia Maria; VIEIRA, Jarbas Santos; MEIRELES, Janaina Barela. Educação Infantil e saúde das professoras: estudos que se aproximam ao tema. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 13, n. 2, p. 712-725, maio/ago. 2019.

MASSA, Lilian Dias Bernardo; SILVA, Talita Silvério de Souza; SÁ, Isabela Sebastian Vieira Barbosa; BARRETO, Bárbara Costa de Sá; ALMEIDA, Pedro Henrique Tavares Queiroz de; PONTES, Tatiana Barcelos. Síndrome de Burnout em professores universitários. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 180-189, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104978>. Acesso em: 6 out. 2021.

MAZARO, Lisabelle Manente; MATSUKURA, Thelma Simões; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, 2020.

MEIRINHO, Daniel. O olhar por diferentes lentes: o photovoice enquanto método científico participativo. **Discursos Fotográficos**, v. 13, n. 23, p. 261-290, ago./dez. 2017.

NEGRI, Antonio; LAZZARATO, Maurizio. **Trabalho Imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

NEGRI, Toni. **Exílio** – seguido de valor e afeto. São Paulo: Iluminuras, 2001.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **A Recomendação da OIT/UNESCO de 1966 relativa ao Estatuto dos Professores e A Recomendação de 1997 da UNESCO relativa ao Estatuto do Pessoal do Ensino Superior com um guia de utilização**. Genebra: OIT; UNESCO, 2008.

PENTEADO, Regina Zanella; SOUZA NETO, Samuel de. Mal-estar, sofrimento e adoecimento do professor: de narrativas do trabalho e da cultura docente à docência como profissão. **Saúde & sociedade**, v. 28, n. 1, p. 135-153, 2019.

SATO, Leny; BERNARDO, Márcia Hespanhol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400011>. Acesso em: 6 out. 2021.

TESDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; TEDESCO, Silvia. **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 92-127.

## **A identificação de sinais de risco de autismo: marcas do diagnóstico e as palavras não escritas**

Aniê Coutinho de Oliveira; Ricardo Burg Ceccim

Pretende-se problematizar a *identificação de sinais de risco de autismo*, tema recorrentemente relacionado à chance de “salvar” o desenvolvimento infantil de uma futura característica atípica não desejada. Ao debruçar-nos sobre este tema, conceitos emergiram e trouxeram com eles a necessidade de uma melhor compreensão sobre o fenômeno. Sendo assim, pretende-se discorrer sobre a noção de risco, mas também sobre a noção de epidemia. Ainda que para muitos autores não se configure uma epidemia, sem dúvida estamos diante de uma vertiginosa incidência ou uma acentuada prevalência quando o assunto é autismo.

– Quando utilizo uma palavra – insistiu Humpty Dumpty com um tom de voz bem mais desdenhoso – quer dizer o que eu quero dizer..., nem mais nem menos.

– A questão – insistiu Alice – é se pode-se fazer que as palavras signifiquem tantas coisas diferentes.

– A questão – retrucou Humpty Dumpty – é saber quem é que manda..., isso é tudo (CARROLL, 2002).

Allen Frances, coordenador do grupo de trabalho do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV – DSM-IV (APA, 1994) e duro crítico da quinta versão do mesmo manual, diz que, em 1994, quando o primeiro desses dois manuais foi publicado, ele e seus colegas não estavam conscientes de até que ponto eles não faziam a vez de Humpty Dumpty, isto é, compartilhavam da mesma crença displicente no poder de uso palavras. Ainda que escolhidas cuidadosamente ao serem escritas, as palavras, ao serem lidas (utilizadas), voam sem controle:

Nosso objetivo era evitar que a inflação diagnóstica aumentasse, nossa prepotência nos fazia pensar que havíamos conseguido sujeitá-la. Estávamos equivocados. Resulta que o impacto do sistema diagnóstico não está nas palavras, tal como estão escritas, se não na maneira como são utilizadas (FRANCES, 2014, p. 170).

## Autismo na atualidade: uma epidemia?

Embora existam autores que não concordem com a utilização da expressão epidemia para referir o crescente número de casos de autismo, Clarice Rios, Francisco Ortega, Rafaela Zorzanelli e Leonardo Nascimento (2015) afirmam que, mesmo não sendo uma doença contagiosa, o que poderia justificar seu rápido alastramento, a expressão *epidemia de autismo* pode ser utilizada em razão do considerável aumento na incidência de seu diagnóstico. Para os autores, isso pode ser uma decorrência do modo como a psiquiatria passou a descrever e classificar comportamentos e características da população que já existiam com determinada frequência, levando a uma ampliação dessa classe diagnóstica. Entretanto, coloca-se em suspenso a recorrente expressão, pois a condição de epidemia poderia existir se considerássemos que todas as crianças diagnosticadas, de fato, apresentassem autismo, o que não pode ser afirmado com tranquilidade.

Tentando descrever o conceito de epidemia, Cláudia Freitas (2011) diz que o termo pode se referir ao desenvolvimento rápido de uma doença que vitima num curto espaço de tempo uma grande parcela da população, mas que o termo também pode ser compreendido como o “uso generalizado de alguma coisa ou palavra” sob características semelhantes. Na primeira década dos anos 2000 foi intenso e crescente o número de crianças a receber o diagnóstico de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (FREITAS, 2011, p. 26). A autora lembra que Foucault se referia ao século XVIII como o período em que se deu o início da *medicina das epidemias*. Foucault pode ser citado como importante estudioso que se debruçou sobre esse tema, analisando os fenômenos que ocorreram em cada momento histórico onde uma nova epidemia emergia (FOUCAULT, 1993). “De tempos em tempos, uma nova *peste* é eleita para ocupar os asilos. Penso aqui em *cajones*, novos gavetões dentro das instituições onde se segue inventando lugares para alguns e deixando outros na franja do convívio” (FREITAS, 2011, p. 36).

Entendemos ser necessário um cuidado rigoroso com o uso das palavras. Isso, por sua vez, nos faz refletir sobre a dúvida levantada sobre a real existência de uma epidemia de autismo, considerando o processo diagnóstico como permeado por elementos de grande complexidade, que variam de acordo com as abordagens teóricas que o sustentam. Por outro lado, se

levarmos em conta que o termo *epidemia* pode estar relacionado ao uso generalizado de determinada coisa ou palavra, como levanta Freitas (2011), estaríamos de fato autorizados a referir uma epidemia do diagnóstico de autismo, dado o aparecimento recorrente da síndrome em um amplo número de investigações acadêmicas, reportagens, livros, cursos, filmes, novelas na televisão etc. Outra dimensão que favorece uma análise como aquela proposta por Freitas (2011) está na própria complexidade do processo que identifica a síndrome. Tal complexidade dificulta a precisão de contornos que nos permitiriam afirmar a presença ou não de um quadro de autismo, similar ao autismo, de risco de autismo, de evidente autismo, no bojo das variações do autismo, segundo o espectro do autismo. Portanto, quando falamos em epidemia, evocamos necessariamente aquilo que hoje se deseja designar como autismo.

Diversos autores têm se dedicado a estudar o autismo como um fenômeno que abarca provavelmente diferentes causas. Talvez um dos mais conhecidos deles, Allen Frances (2014), explica que triplicou o número de diagnósticos de autismo pouco tempo depois da publicação do DSM-IV, tendo ocorrido aumento também no número de diagnósticos de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e transtorno bipolar adulto. Na época de elaboração do DSM-IV, ele e seus colegas previram que os diagnósticos de autismo aumentariam em 15% com os novos critérios. Contudo, de acordo com o autor, a partir de 1997, quando houve o lançamento de novas medicações devidamente acompanhadas de uma cuidadosa publicidade, a ocorrência de diagnósticos de autismo aumentou 40 vezes.

Outra proposição acerca do aumento de casos de autismo é trazida por Eyal *et al.* (2010). Os autores demonstram que o fenômeno está relacionado à desinstitucionalização da deficiência mental ocorrida nos Estados Unidos na década de 1960, o que, por sua vez, teria desencadeado uma transformação na rede de cuidados a essa população. Além disso, houve uma mudança na lente cultural por meio da qual eram vistas as pessoas que apresentam o autismo. Assim, para Eyal *et al.* (2010, p. 02), “não foi a epidemia que fez o autismo visível, mas a visibilidade do autismo que fez a epidemia”. Outro fator importante nesse debate foi destacado por Gil Eyal (2013) em um artigo publicado no *American Journal of Sociology*, intitulado “For a sociology of expertise: the social origins of the autism epidemic”, em que mostra existirem evidências de que em regiões onde a desinstitucionalização da deficiência mental foi profunda e intensa, como na Escandinávia, no Reino Unido e



nos “estados azuis” dos Estados Unidos (estados com governos de direita ou população com maioria de eleitores do Partido Republicano), as taxas de autismo foram também as mais altas. Entretanto, onde não houve a desinstitucionalização, ou ela ocorreu mais tarde como, por exemplo, na França, tais taxas foram mais baixas. Gil Eyal, Brendan Hart, Emine Onculer, Neta Oren e Natasha Rossi afirmam que uma epidemia repercute em muitos aspectos, como investimento financeiro em pesquisas sobre a causa e a cura ou em centros de identificação e tratamento, entre outros. Em suma, tem havido uma expansão considerável de pesquisas sobre os aspectos sociais e cognitivos na área do autismo.

Contudo, ainda não se pode ter uma única explicação para essa epidemia. A síndrome apresenta alto grau de obscuridade, muito menos se pode atribuir a ela qualquer interpretação que seja pretensamente decisiva. Rios, Ortega, Zorzanelli e Nascimento (2015), por exemplo, sustentam que essa argumentação não indica que houve simplesmente uma substituição diagnóstica da deficiência mental pelo autismo, mas, sobretudo, que a partir da desinstitucionalização da deficiência mental, se formou uma rede de cuidados em torno do autismo, tornando-o mais visível e esse diagnóstico mais difundido.

### **O autismo, o hiperdiagnóstico e o risco**

Quando discutimos a tendência de um processo de identificação cada vez mais precoce do autismo, é necessário atentar para a escolarização como fenômeno generalizado que ocorre cada vez mais cedo na vida das crianças. Embora no contexto brasileiro, não seja necessário o laudo clínico para acesso ao atendimento educacional especializado (AEE), a escola parece sentir-se mais segura quando um aluno com expressão incomum à rotina escolar traz, em forma de laudo, uma categorização para justificar a organização de seu plano de ensino individualizado. De acordo com a Nota Técnica nº 04/2014, da então Diretoria de Políticas de Educação Especial, da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, do Ministério da Educação:

[...] não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, uma vez que o AEE se caracteriza por atendimento pedagógico e não clínico. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do Plano de AEE, se for necessário, o professor do AEE, poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, neste caso, um documento anexo ao Plano de AEE. Por isso, não se trata de documento obrigatório, mas, complementar, quando a escola julgar necessário. O importante é que o direito das pessoas com deficiência à educação não poderá ser cerceado pela exigência de laudo médico (BRASIL, 2014).

Sílvia Ester Orrú (2013), a partir de uma pesquisa realizada em 30 escolas públicas (15 de educação infantil e 15 de ensino fundamental – anos iniciais) entre abril de 2011 e maio de 2012, relatou que 80% dos professores referiam-se a seus alunos por meio de categorias atribuídas pelos diagnósticos médicos. A autora exemplifica com a voz da professora do atendimento educacional especializado a presença dessa prática: “Esse é o TDAH, aquele é o autista, esse outro é o deficiente intelectual e aquele lá no canto ainda não tem diagnóstico fechado” (ORRÚ, 2013, p. 142). Também exemplifica a constatação da dependência do diagnóstico clínico, citando a fala de uma professora: “com este eu ainda não sei o que fazer, pois o diagnóstico dele não está fechado”. Para a autora, esse tipo de manifestação:

[...] evidencia o perigo da supervalorização do diagnóstico em detrimento da pessoa humana, da criança. Ela não é mais o João, a Maria, o Pedro, mas sim, a materialização do quadro sintomático que apresenta em seus critérios, da forma mais cruel, os déficits e a doença como se fossem âncoras que travam a criança e não permitem que ela se desenvolva ou aprenda junto com outras crianças (ORRÚ, 2013, p. 1426).

Em 12 de novembro de 2014, o jornal Folha de São Paulo publicou uma matéria intitulada “Em laboratório, cientistas curam neurônio autista” (GARCIA, 2014). O texto relata que o uso de uma medicação antiga, a hiperforina, foi capaz de corrigir malformações de neurônios causadas por uma mutação no gene TRPC6, correlacionado ao autismo; tudo isso *in vitro*. Esse tipo de situação nos leva a perceber como o fenômeno do autismo e também outros transtornos, “catalogados” em manuais diagnósticos, são tratados de forma a evidenciar sua dimensão nosológica. Além disso, há uma incessante busca pela cura da “doença”, na tentativa de “normalização” da criança ou do indivíduo afetado.

Na mídia, são recorrentes as manchetes sobre a descoberta da causa e/ou cura do autismo. Em 16 de fevereiro de 2017, a Folha de São Paulo noticiou que “Exames podem detectar autismo em crianças antes de sintoma aparecer” (GALLAGHER, 2017), abordando pesquisas desenvolvidas na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Um artigo publicado no Nature International Weekly Journal of Science, um dia antes, sugeria que exames de ressonância magnética conseguiriam detectar a síndrome precocemente, antes mesmo de os primeiros sintomas surgirem. Nesse estudo, foram identificadas diferenças do córtex cerebral de crianças que depois vieram a ser diagnosticadas com autismo. Um dos pesquisadores, o médico Heather Hazlett, afirmava que por meio do escaneamento do cérebro de bebês considerados com alto risco para autismo – bebês que têm irmãos com autismo e, portanto, pertencentes a famílias também consideradas, segundo o pesquisador, de alto risco – pode-se chegar a um diagnóstico precoce. A investigação sugere que, com o referido exame, seria possível prever o autismo com 80% de precisão. Podemos observar que a ideia de risco se destaca. Os pesquisadores envolvidos nesse estudo corroboram a ideia de que quanto mais cedo for detectado o autismo, melhores serão as possibilidades de desenvolvimento da criança.

Tanto a etiologia quanto a possibilidade de cura do autismo são temas que têm sido bastante investigados. Se fenômenos como esse forem compreendidos como patologia, possivelmente recorreremos à ideia de cura associada à necessidade de algum tipo de prevenção. Assim, “o olho que vigia” tenta identificar o mais cedo possível sinais de alerta, de risco, para, pretensamente, atingir o controle. Embora não seja nova, a pretensão de antecipar riscos no que diz respeito a “patologias” psiquiátricas ganhou ainda mais força com a publicação da quinta versão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). A ideia é a de que quanto mais cedo detectarmos sinais de alerta para determinados transtornos, mais cedo poderá ser realizada a intervenção preventiva ou protetiva. Dessa maneira, supostamente, o sujeito teria chance maior de ter um desenvolvimento próximo do “normal”. É a imposição de uma teoria da prevenção. A prevenção de doenças mentais redundante, indiscutivelmente em prevenção de comportamentos, hábitos, estilos de vida, modos de ser e até modos de sentir, como se houvesse o modo mais correto de ser e estar no mundo. Felismina Mendes (2002, p. 53) diz que se assiste ao desenvolvimento de uma “espécie de atividade de controle destinada a preservar a espécie humana que, frequentemente, culmina no emergir de uma nova moral sanitária”.

Como integrantes de uma sociedade na qual as principais diretrizes estão associadas ao mercado, há ainda outro aspecto que merece reflexão: a mercantilização da doença e, conseqüentemente, a mercantilização do risco. Luís Castiel, Maria Cristina Guilam e Marcos Ferreira (2010) falam sobre a iminente mercantilização da saúde e do próprio corpo, uma racionalidade tecnocientífica articulada a discursos antecipatórios de riscos à saúde. Os discursos sobre comportamento de risco à saúde culminam em moralização da vida cotidiana, no entanto, frisam os autores, devemos estar sempre atentos para não cair no exagero das teorias da conspiração.

A respeito de tal risco e sua provável relevância na elaboração do DSM-5, Sandra Caponi (2016) também faz destaques. Para a autora, embora os organizadores do novo manual psiquiátrico da APA não a tenham deixado explícita, em sua opinião, é clara a existência de uma linha estrutural seguida por eles. Tampouco, segundo ela, os maiores críticos à última versão – como Allen Frances, Elisabeth Roudinesco e Thomas Insel – se ocuparam em problematizar esse assunto. Além disso, Caponi (2016) sugere que o conteúdo do DSM-5 guarde relação com aquilo que Michel Foucault denominou “dispositivo de segurança”:

[...] um dispositivo eminentemente centrado na lógica da prevenção e da antecipação de riscos. Certamente esse dispositivo não aparece pela primeira vez em 2013, porém, ele foi ganhando força graças à consolidação de uma linha de pesquisa, cada vez mais consolidada no campo da psiquiatria, denominada “psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência”. Para essa psiquiatria, os transtornos são entendidos como comportamentos disfuncionais que se sucedem e agravam ao longo da vida de um indivíduo, desde sua infância até a idade adulta, exigindo que seja reforçada a atenção nos primeiros anos de vida dos indivíduos (CAPONI, 2016, p. 30).

Confirmando a ideia de que é perigoso trabalhar com o conceito de *risco* – seja qual for o transtorno psiquiátrico – Frances (2014) afirma que seriam desastrosas as possíveis conseqüências desencadeadas por essa abordagem e traz como exemplo a chamada categoria *síndrome de risco de psicose* – a qual mais tarde foi chamada *attenuated psychosis syndrome*. Com base nessa categoria, poderia ocorrer um preocupante número de falso-positivos. Entre 70 e 75%, conforme o pesquisador da psiquiatria, além de uma excessiva e desnecessária prescrição de antipsicóticos a uma parcela elevada de adolescentes e jovens.

A prevenção da psicose seria uma ótima ideia, se realmente fosse possível fazê-lo, mas não há nenhuma razão para pensar que podemos. Ir além de nossa compreensão provavelmente afetará aqueles que esperávamos ajudar. O Risco de Psicose não deve ser usado como um diagnóstico clínico, pois será quase sempre errado. A estrada para o inferno está pavimentada de boas intenções e de más consequências não intencionais (FRANCES, 2014, p. 01).

Para Caponi (2016), seria possível tentar fazer um contraponto a isso dizendo que, atualmente, a síndrome de risco de psicose não consta mais entre as categorias do DSM. Todavia, segundo a autora, se por um lado isso parece positivo, por outro, analisando o manual classificatório, pode-se observar uma ampliação do número de transtornos considerados como fator de risco para patologias graves e irreversíveis como as psicoses. A própria introdução do DSM-5, dá destaque à suposta importância da detecção precoce de diversas patologias psiquiátricas. Aliás, cada capítulo apresenta uma estrutura de organização que segue essa linha.

Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 foi organizado a partir de considerações sobre o desenvolvimento e o ciclo vital. Inicia-se com diagnósticos que, acredita-se, refletem processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (p. ex., transtornos do neurodesenvolvimento, espectro de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que são mais comuns em adolescentes e em adultos jovens (p. ex., transtorno bipolar, depressão e transtornos de ansiedade), seguido por diagnósticos relevantes na vida adulta e mais tarde (p. ex., transtornos neurocognitivos). Uma abordagem semelhante foi seguida, quando possível, dentro de cada capítulo. Essa estrutura organizacional facilita o uso abrangente de informações sobre o ciclo de vida como auxílio na tomada de decisão diagnóstica (APA, 2013, p. 13, tradução livre).

Tanto na literatura especializada quanto nos múltiplos espaços em que ocorrem diálogos envolvendo profissionais da área da educação, da psiquiatria, da psicopedagogia e da neurologia, há o relato de que a maioria das crianças identificadas com sinais de risco de autismo tem, mais tarde, o diagnóstico fechado. Essa dinâmica pode estar associada à circularidade presente nos fenômenos sociais. Quando esperamos encontrar um sinal confirmador, é muito provável que o encontremos. Além disso, quanto mais “flexível” se tornam as lentes e os parâmetros para a identificação, maior será a chance de que ocorra essa confirmação. Por isso, destacamos alguns questionamentos acerca do perigo que corremos com o movimento atual relativo à identificação precoce de sinais de risco de autismo. Queremos dizer que quando se fala em risco e se determina o transtorno previamente, já estamos sim, colocando uma marca no indivíduo. O olhar que será dirigido a ele provavelmente será carregado de (pre)supostos, (pre)conceitos e (pro)gnósticos.

## O conceito de risco

A Revista Radis, do Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde) publicou em seu nº 106, de junho de 2011, como discussão central, o conceito de *risco*. Rogério Lannes Rocha, editor, brinca com a palavra, lembrando dois ditados populares, de um lado, *viver é correr riscos* e, de outro, *a prevenção é a melhor opção*. Sendo o risco um conceito contemporâneo complexo, construído socialmente (ROCHA, 2011). Para Rocha, há consequências que são desencadeadas a partir dos diferentes significados atribuídos ao risco:

As relações humanas contemporâneas, o desenvolvimento econômico e social não sustentável e o uso intenso de tecnologias sobre as quais não se tem suficiente conhecimento reforçam a ideia de perigo contida no espectro do que é risco. As possibilidades de acontecimentos ou consequências não implicam necessariamente grande probabilidade daquilo se tornar realidade. E nesse espaço aberto pela incerteza prosperam as disputas sobre grau de incidência, critérios de verdade, chances reais de concretização. Estão em jogo sentidos e poder (ROCHA, 2011, p. 03).

Mary Douglas e Aaron Wildavsky (1983) rejeitam a ideia de que o risco possa ser interpretado como um conceito objetivo e mensurável, ele é construído social, cultural e politicamente. Como não existe uma concepção única e correta de risco, não há uma maneira de fazer com que todos o aceitem do mesmo modo. Os antropólogos perguntam de maneira *incômoda*: “Do que os [norte-]americanos têm medo? Nada demais, na verdade, exceto da comida que comem, da água que bebem, do ar que respiram, da terra em que vivem e da energia que usam” (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1983, p. 10).

Mendes (2002) afirma que ao longo dos séculos a palavra *risco* teve diversos significados e foi se tornando cada vez mais comum, tendo possivelmente chegado ao inglês através do espanhol ou português, línguas em que era utilizada para retratar o perigo que se corria durante a navegação em novos mares. A autora relata que nessa época *risco* significava algo que era advindo de Deus, uma força externa e desvinculada da conduta humana, ou seja, o risco não era responsabilidade do ser humano.

Em dicionários de epidemiologia, a expressão *risco* está relacionada à probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal) ou a um termo não técnico que inclui diversas medidas de probabilidade relacionadas a

desfechos desfavoráveis. Na epidemiologia, existem três categorias de indicadores que são *risco absoluto* ou incidência, que é a intensidade com que um fenômeno mórbido acontece em uma população em determinada unidade de tempo; *risco relativo*, categoria que diz respeito à medida de associação entre a intensidade da exposição a determinado fator e a doença em estudo; e *risco atribuível*, que é a diferença entre riscos para indivíduos expostos e não expostos (CASTELO-BRANCO, 2019).

O conceito de risco com caráter epidemiológico começou a ser aplicado nos primeiros anos do século XX. Todavia, José Ricardo Ayres (2009) diz que a expressão era utilizada ainda de forma imprecisa, caracterizando-se com maior clareza somente entre os anos de 1920 e 1930, quando a epidemiologia se ocupou de doenças infecciosas coletivas. Nos anos 1970, os fatores de risco são utilizados como recurso para identificar indivíduos, grupos, populações, comportamentos e situações que sugeririam a necessidade prevenção e controle (AYRES, 2009). Atualmente, a tentativa de controle que dispomos sobre o risco está relacionada a estratégias diferentes daquelas em que, pela primeira vez, a noção de risco foi utilizada.

Para a jornalista Cláudia Lopes, da Revista Radis, uma conclusão dos estudos sobre risco em saúde pública é que “a ciência não se restringe a quantificar, tornando-se também normatizadora da conduta dos indivíduos”, o que acaba “levando a uma moralização das questões relacionadas com o risco, mesmo quando essa não é a intenção” (LOPES, 2011, p. 13). A ciência não se restringe a quantificar, ele vai muito além, buscando delimitar e explicar fatores preditores, mas também define, em suas palavras, contornos que terminam por normatizar as condutas diagnósticas, preventivas e terapêuticas, modos de perceber e avaliar, modos de ver e ver-se.

Foucault dedicou-se ao estudo sobre as práticas de normalização dos indivíduos e populações, analisando as práticas discursivas sobre a loucura, a psiquiatria, o crime, a doença e a medicina. Estudou como foram construídas historicamente as formas discursivas que produzem diferentes categorias de sujeitos, bem como os processos de controle sobre os corpos na tentativa de normalizá-los.

Desde a primeira metade do século XX, o conceito de risco tem sido utilizado como um dispositivo importante para pesquisas, práticas e políticas públicas. A epidemiologia tem se pautado nesse conceito para a prevenção de doenças, dando a ele certa aparência tanto de objetividade quanto de

utilidade. Entretanto, ao se dedicarem ao tema, muitos autores afirmam que ele é uma construção de nossos tempos e que, perigosamente, vem carregado de significados. Sua utilização excessiva e acrítica poderá gerar equívocos. “Exemplo emblemático disso foi a classificação, e consequente estigmatização, de pessoas nos chamados *grupos de risco* para HIV/Aids há pouco mais de duas décadas”, como assinala Cláudia Lopes (LOPES, 2011, p. 12).

O conceito de risco e os seus desdobramentos na saúde afetam a educação, ainda mais quando se trata da identificação de características, síndromes ou deficiências envolvendo crianças e adolescentes, cujas evidências são buscadas no contato e convívio com a escola. Observa-se a necessidade de ampliação e aprofundamento da discussão nessa área, pois pode-se perguntar como a identificação precoce de sinais de risco de autismo tem sido tratada no campo da educação ou que efeitos têm esses processos na escolarização de crianças e adolescentes? Tais questões representam uma preocupação justificada quando se percebe que a temática do autismo, associada ao plano da prevenção e da condução de busca de alteração comportamental, tem ocupado grande espaço nas dinâmicas de formação para a área da educação especial, como se pode constatar por meio de uma ampla procura de educadores por cursos de aperfeiçoamento ou especializações.

Assim como aconteceu nos anos 2000 com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, hoje temos um aumento do número de estudantes que chegam à escola com o diagnóstico de autismo. A análise dos estudos relativos ao acompanhamento das crianças e adolescentes com autismo, envolvendo áreas da pediatria, psiquiatria e saúde coletiva, coloca em evidência o predomínio das ações de profissionais com poder de diagnóstico de doença e prescrição terapêutica. Muitas condutas desses campos se concentram em iniciativas que abrangem a medicação e indicações à escola sem qualquer familiaridade com saberes e práticas da pedagogia escolar, acontece que, muitas vezes, é a própria escola quem demanda por diagnóstico e prescrição ao seu fazer educacional, convertido em comportamental.

Dessa maneira, as tentativas de tratar a pessoa com autismo, na verdade mostram-se muito restritas e restritivas, pois tais propostas “tratam” sintomas estimados, não a pessoa em interação e nem os efeitos emergentes de



interações imprevistas/imprevisíveis, possíveis apenas no território educativo por sua natureza de promoção de encontros entre diversos, com desafios de aprendizagem, com enorme variedade de materiais e práticas expressivas, com oportunidade de trocas entre pares por afinidade, interesse ou afeto. De qualquer forma, o fato de que os sintomas não são a própria natureza do autismo parece ser ignorado.

A psicofarmacologização nos casos de autismo tem em vista alterar sintomas e comportamentos, mas interferir na estrutura e modo de ser no mundo, o que fará isso são as ofertas psicossociais e escolares. O que se constata é a dificuldade ou rejeição de viver/conviver com a diversidade neurológica ou diversidades humanas, o que incide num desejo de psicofármacos que “aquietem” mais esse desconforto com o diverso do que o promovam o conforto de quem enfrenta a vida de modo diverso.

### **Algumas considerações de escola para concluir**

A psicanalista Ilana Katz, que foi articuladora do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública, junto ao Ministério da Saúde, em entrevista sobre como percebe uma pessoa com autismo, diz que “para aqueles que partem de uma concepção psicanalítica, o sintoma não é uma falha a ser suprimida, e sim uma resposta do paciente, por isso partimos desse sintoma para a intervenção” (KATZ, 2014, n.p). Não se trata de uma prescrição, mas de uma ação com poder de proporcionar agenciamentos. Conforme Ilana Katz, mesmo sintomas e comportamentos podem assumir, ao longo de uma abordagem, um caráter transitório, não servindo ao enclausurando de alguém a um quadro psicopatológico, fixando uma identidade. Para a psicanalista, “ainda que constatemos certa uniformidade dos automatismos originários presentes no autismo, não são todas iguais as preferências ou pequenos interesses despertados para cada pessoa com autismo”.

Na escola há oportunidade de geração de contextos em que inúmeras respostas podem advir, a escola é uma “comunidade” ou uma “multidão em atuação em comum”, multidão insistentemente contida, convocada às formas disciplinares da instituição escolar, contudo a escola é território à ação educativa. Quanto menos disciplinar a escola, maiores as chances de circulação de afetos, encontros e agenciamentos pedagógicos. Ao mesmo

tempo em que, na clínica, manifestações são reconhecidas como sinais ou sintomas, podem, na escola, ser mobilizadas com disparadores de redes de interação, respeitando-se cada produção dos alunos e produzindo ação pedagógica a partir dela.

Nesse sentido, o reconhecimento das preferências pode ser a abertura da subjetivação para que possamos entender essas pessoas e seu processo de subjetivação com algo em aberto. Assim, quando se pensa sobre o investimento educacional, devemos considerar a profusão de ofertas que a escola pode gerar e construir caminhos com os setores da saúde, assim como da assistência social, cultura, esporte e lazer para que possam emergir evidências de elementos de subjetivação, não de identificação.

Na literatura, isso tem sido justificado por meio da argumentação de que se beneficiaria a criança e o adolescente com base na atenção e, na conseqüente intervenção precoce, contudo, ao refletir sobre risco e epidemia no autismo, questionamos: como acolher estudantes que já chegam à escola com diagnósticos fechados e como evitar o desejo de um diagnóstico fechado para, então, oferecer práticas pedagógicas? Supõe-se que recebendo ou não o diagnóstico fechado, tais crianças e adolescentes já terão uma marca, não correrão riscos, caminharão sobre um risco; não correrão por riscos (aberturas, fendas, vazamentos), adquirirão um risco, um traço, uma insígnia. Assim, torna-se necessário refletir sobre como esse processo inicial do diagnóstico, justificado pela prevenção do risco, já em meio a uma presença epidêmica, repercutirá em nossas vidas de escola ou nas escolas. Já sabemos que a identificação de sinais de risco de autismo trará as marcas do diagnóstico e que as palavras displicentemente escritas voam produzindo realidade interpretadas ao sabor de seus intérpretes (palavras não escritas).

Os diagnósticos não dizem das impossibilidades, mas da necessidade de criação de possibilidades, contudo, para tanto, não são necessários os diagnósticos e psicofármacos. A dificuldade para a criação de possibilidades não pode ser substituída pela farmacologização. A escola precisa ser capaz, ainda que de forma apoiada, de promover a presença da diversidade. Não se trata de prevenir, nem de curar, mas de admitir e de buscar.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder – IV (DSM-IV)**. Washington: APA, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder – V (DSM-V)**. Washington: APA, 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**, v. 18, suppl 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Diretoria de Políticas de Educação Especial. **Nota Técnica nº 04, de 23 de janeiro de 2014**. Dispõe sobre a “orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar”. Brasília: MEC, 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category\\_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 16 ago. 2021.

CAPONI, Sandra. Vigiar e medicar o DSM-5 e os transtornos subúscos na infância. *In*: CAPONI, Sandra; VALENCIA, María Fernanda Vásquez; VERDI, Marta (org.). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016. p. 29-54. Disponível em: [https://www.academia.edu/28603636/Vigiar\\_e\\_medicar\\_Estrategias\\_de\\_medicaliza%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_infancia\\_Apresenta%C3%A7%C3%A3o](https://www.academia.edu/28603636/Vigiar_e_medicar_Estrategias_de_medicaliza%C3%A7%C3%A3o_da_infancia_Apresenta%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 19 ago. 2021.

CARROLL, Lewis. **Alice** - edição comentada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

CASTELO-BRANCO, Socorro. Epidemiologia e o conceito de risco. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família: Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/UNA-SUS, 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13754>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CASTIEL, Luís David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. **Risk and culture**: an essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley: University of California Press, 1983. Disponível em: <https://faculty.washington.edu/mccurdy/SciencePolicy/Douglas%20and%20Wildavsky.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

EYAL, Gil; HART, Brendan; ONCULER, Emine; OREN, Neta; ROSSI, Natasha. **The autism matrix**: the social origins of the autism epidemic. Cambridge: Polity Press, 2010. Disponível em: <https://download.e-bookshelf.de/download/0003/7840/30/L-G-0003784030-0007910195.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

EYAL, Gil. For a sociology of expertise: the social origins of the autism epidemic. **American Journal of Sociology**, v. 118, n. 4, p. 863-907, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/668448>. Acesso em: 18 ago. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1993.

FRANCES, Allen. **¿Somos todos enfermos mentales?**: manifiesto contra los abusos de la psiquiatria. Buenos Aires: Ariel, 2014. Disponível em: [https://www.academia.edu/40322012/\\_Somos\\_todos\\_enfermos\\_mentales\\_Manifiesto\\_contra\\_los\\_abusos\\_de\\_la\\_psiquiatr%C3%ADa\\_Allen\\_Frances](https://www.academia.edu/40322012/_Somos_todos_enfermos_mentales_Manifiesto_contra_los_abusos_de_la_psiquiatr%C3%ADa_Allen_Frances). Acesso em: 11 ago. 2021.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de. **Corpos que não param**: criança TDAH e escola. 2011. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/32310>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GALLAGHER, James. Exames podem detectar autismo antes de sintoma aparecer. **Folha de São Paulo**, 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/02/1859267-exames-podemdetectar-autismo-em-criancas-antes-de-sintoma-aparecer.shtml>. Acesso em: 12 set. 2021.

GARCIA, Rafael. Em laboratório cientistas curam neurônio autista. **Folha de São Paulo**, 2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2014/11/1546751-emlaboratorio-cientistas-curam-neuronio-autista.shtml>. Acesso em: 15 ago. 2021.

KATZ, Ilana. Entrevista IV - Ilana Katz. **Revista Vínculo**, 12 mar. 2014. (Blog do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública). Disponível em: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2014/03/12/entrevista-iv-ilana-katz-revista-vinculo/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LOPES, Claudia. Risco: conceito fundamental em permanente discussão. **Radis**, n. 16, p. 12-16, 2011. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20297/2/2011\\_Junho\\_106.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20297/2/2011_Junho_106.pdf). Acesso em: 15 ago. 2021.

MENDES, Felismina. Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 20, n. 53, p. 53-62, 2002.

ORRÚ, Sílvia Ester. O perigo da supervalorização do diagnóstico: rótulos introdutórios ao fracasso escolar de crianças com autismo. **Revista Eletrônica Gestão & saúde**, v. 4, n. 1, p. 1419-1429, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/192>. Acesso em: 15 ago. 2021.

RIOS, Clarice; ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela; NASCIMENTO, Leonardo Fernandes. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 325-336, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0146>. Acesso em: 16 ago. 2021.

ROCHA, Rogério Lannes. O risco nosso de cada dia. **Radis**, n. 106, p. 3, 2011. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20297/2/2011\\_Junho\\_106.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20297/2/2011_Junho_106.pdf). Acesso em: 15 ago. 2021.

## **Sofrimentos discentes e a produção coletiva de cuidados no ensino superior: em busca de descolonizar e desmedicalizar o pensamento**

Sáshenka Meza Mosqueira; Thaís Seltzer Goldstein

Os atos desenfreados de medicar ou interpretar sem ouvir ou ouvindo pouco são uma forma de queimar corpos ou almas e queimar sem sentir que queimam. A escuta alargada pede que nossa medicina se torne medicina social e que médicos ou médicas se tornem estudiosos de biografias e de História. É o mesmo que devemos pedir de psicólogos e psicólogas. É o que devemos pedir de nós todos, nós todas. É o que devemos à dignidade de todos, todas, cada um, cada uma (GONÇALVES FILHO, 2021, p. 158).

Este texto foi escrito a quatro mãos. É uma materialização de conversas frequentes entre duas amigas psicólogas, pesquisadoras, supervisoras e professoras universitárias: uma atuando em uma universidade privada e outra em uma universidade pública federal. Trocas e conversas frequentes, impasses, indicações de leituras e *lives*, tentativas de legendar angústias, partilha de conflitos e alegrias no mundo do trabalho. Ideias e afetos que só foram possíveis porque potencializados pela companhia no isolamento, pelo diálogo fecundo e por contribuições teóricas vindas tanto de mestres que fizeram parte de nossa formação em Psicologia, como de autores e autoras que têm buscado descolonizar o pensamento. Essas referências têm sido fundamentais, assim como a escuta de pessoas que fazem parte das universidades onde atuamos: estudantes, servidores técnicos e docentes. Em nosso percurso, percepções acerca das (micro)violências naturalizadas no cotidiano institucional têm-nos chamado a atenção. Temos nos mantido atentas aos efeitos e aos modos como nos posicionamos e ao que podemos potencializar coletivamente, para fissurar esse funcionamento institucional que nos isola, nos assujeita, nos medicaliza e nos despolitiza.

Vamos tentar responder à questão: “o que a educação tem a ver com isso?”. Partimos da premissa de que, sem ela, ficaria muito mais difícil perturbar e desmanchar as crenças e práticas sociais que, dia após dia, endossam processos de patologização, medicalização e medicamentação da vida, sobretudo quando estamos em situação de sofrimento e angústia. Quando

isso acontece, as mais diversas esferas de nossa existência (pessoal, familiar, comunitária, cultural, social, ancestral, étnico-racial, de classe, gênero e suas múltiplas conexões, oposições, rupturas no tempo e no espaço) ficam de fora do raciocínio que, encolhido, foca apenas no que é mais visível: o corpo individual. Em suposto desequilíbrio bioquímico e/ou psíquico, persegue-se, no corpo individual, aquilo que faz sofrer e também o que pode reequilibrar e readaptar o indivíduo para que volte a ser produtivo e operante. Ora, em um mundo acelerado, competitivo e orientado pela busca incessante do bom desempenho, havemos de convir que o solo é bastante fértil para que se dissemine a ideologia da meritocracia e a medicalização da produção do fracasso escolar, acadêmico e profissional.

A medicalização opera com uma lógica reducionista e silenciadora: ao mesmo tempo em que olha para indivíduos e neles não enxerga singularidade, história, saber e experiências; as aflições subjetivas ganham nome de doença, ainda que sua etiologia e tratamento não sejam consensos no meio científico. Pessoas em aflição devem ser ajustadas à realidade o quanto antes, o capitalismo não espera! Mas os especialistas dizem que há solução: psicotrópicos, psicoterapia e psicoeducação. Parecem ignorar as dimensões supraindividuais essenciais ao bem-estar e à saúde, preconizadas pela Organização das Nações Unidas ao criar a Organização Mundial da Saúde, em 1948, e décadas depois, retomadas e ampliadas, no Brasil, pela VIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo Relatório Final apresenta uma concepção alargada e multidimensional de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Partindo desta visão complexa, que atrela a saúde ao acesso a direitos sociais básicos, passamos a nos indagar como ter saúde e bem-estar quando a conjuntura é atravessada por precariedades e vulnerabilidade social? Com a pandemia e a necropolítica que caracterizou a gestão federal, a situação agravou-se sobremaneira: muitos estudantes não tiveram condições para cumprir as demandas básicas de trabalho, de cuidar adequadamente de si, de familiares, da casa e, ainda, acompanhar o fluxo das atividades

acadêmicas remotas. Muitos lutaram para se manter vivos, por vezes em meio ao impedimento de viver dignamente o luto, o desemprego, a insegurança alimentar, a pauperização e a violência.

Temos testemunhado não apenas sofrimentos psíquicos (ansiedades, culpas, fantasias perturbadoras relatadas por pessoas em sofrimento), mas também algo que Safra (2004) nomeia como “fraturas éticas”, posto que rompem com o tecido que sustenta o próprio senso de dignidade dos sujeitos: o ser humano é sistematicamente tratado como se fosse algo descartável do/no mundo social. Para esse autor, experiências de agonia profunda, pensamentos e compulsões autodestrutivas, assim como somatizações, podem estar relacionadas a experiências de humilhação e indignidade. Ao teorizar sobre a clínica contemporânea, ele aconselha: “diante de uma aflição de ordem ética, não cabe interpretação, mas presença” (SAFRA, 2004). Em *A po-ética na clínica contemporânea*, Safra (2004) discute ética lembrando que, etimologicamente, a palavra tem dois sentidos: o de *práxis* ou costume, ligada, portanto, aos princípios que orientam a ação; e o de morada ou pátria, sentido a que ele se refere para teorizar sobre a clínica contemporânea. Mais adiante, relaciona a vivência da ética como condição para uma experiência de qualidade estética.

Decorre que a fragmentação do ethos-morada leva a um tipo de sofrimento que, apesar de alcançar o registro psíquico, não tem sua origem no psíquico. São os sofrimentos que acontecem em registro ontológico! [...] O encontro do cuidado ético que permite o surgir de si mesmo é reconhecido como uma experiência de qualidade estética: é uma experiência de encanto, de júbilo, de sagrado. A ética desvela-se como beleza, como verdade, como dignidade, como presença de si e do outro (SAFRA, 2004, p. 27).

Ao destacar a potência da presença de si e do outro, como uma aposta no cuidado com as fraturas éticas, e a possibilidade de convertê-las em experiências estéticas, perguntamos: será que, direcionando o olhar para o cotidiano institucional, não seria necessário um esforço intelectual e afetivo, que permita irmos além da tendência habitual de individualizar os problemas, destinando a culpa a determinadas pessoas? Ora, de fato, alguns atores sociais por vezes protagonizam cenas de humilhação e assédio, mas essas situações só são possíveis, porque há uma adesão coletiva, explícita ou tácita. Nesse sentido, entendemos ser importante suscitar uma lógica de responsabilização diante daquilo que aparece como um problema recorrente no cotidiano institucional. Soma-se a isso, a distância e o contraste entre



as realidades de docentes e discentes, especialmente nos últimos anos, dada a sobreposição de crises (política, sanitária, econômica, ambiental, educacional, informacional, ética etc.). É certo que isso tem afetado a vida de todos, mas pesa significativamente sobre o cotidiano de um perfil de estudantes trabalhadores, beneficiários de bolsas e programas de financiamento estudantil. Urge assinalar que as desigualdades no impacto das crises mencionadas são definidas de acordo com os marcadores sociais que interseccionam dimensões como raça, classe e gênero dos sujeitos atingidos, a depender dos lugares que ocupam na correlação de forças que se instala na convivência.

A experiência de estudantes explicitada nos espaços de compartilhamento que encontram no cotidiano universitário precisa ser compreendida à luz do contexto em que ela se produz. As universidades *ocidentalizadas*, como Grosfoguel (2016) as denomina, mantêm nos dias atuais, no Brasil e na América Latina, um funcionamento que exclui e/ou menospreza a presença de determinados grupos, saberes e formas heterogêneas e diversas de produção de conhecimento. É nessa realidade que emergem as vozes de estudantes que, em busca de acesso ao direito de formação e participação em processos de produção de saber, sofrem e resistem, diante da dificuldade de se sentir em casa nos espaços acadêmicos das instituições de ensino superior públicas ou privadas.

As reflexões produzidas por intelectuais latino-americanos que firmaram bases para um exercício de crítica descolonizadora oferecem elementos que permitem analisar o modo como as relações dentro da universidade estão marcadas pela violência colonial. As queixas que, em alguns casos, se transformam em denúncias, revelam como as relações hierárquicas operam no registro do que Quijano (2005) denomina *colonialidade do Poder*. O processo de conquista e colonização que deu origem à América, segundo este pensador, teria produzido três elementos que passam a afetar e transformar o modo como se dão as relações entre as pessoas em escala mundial: *a colonialidade do poder, o capitalismo e o eurocentrismo*. É a partir da fundação do continente americano tal qual nos foi apresentado, incluída a falácia da descoberta, que “um novo espaço/tempo se constitui, material e subjetivamente” (QUIJANO, 2005, p. 125). Como este modo de analisar episódios fundantes da nossa história pode nos amparar na produção de reflexão e ação frente às vivências do cotidiano universitário? Abrir-se a novas ideias pode fecundar novos olhares e entendimentos de conflitos

já conhecidos, assim como outras formas de compreender e acolher as singularidades dos modos de ser e as manifestações de sofrimento, bem como empreender reinvenções de cuidado que propiciem caminhos alternativos àquele que é tão comum quanto alienante: o ajustamento medicalizante à ordem estabelecida.

Seguindo pistas que convidam a reflexões descolonizadoras, é possível afirmar que, a despeito do fato histórico de a colonização ser um acontecimento datado, as marcas da dominação colonizador/colonizado permanecem e operam nas instituições. Gonçalves (2016), retomando Quijano (2005), assinala que para compreender a lógica da colonialidade do poder, enquanto padrão presente e atuante nas nossas relações, e empreender movimentos para subvertê-la, precisamos adensar o entendimento da articulação dos eixos que a constituem: racialismo, controle do trabalho, dominação de gênero, colonização da natureza e pensamento eurocêntrico. Notamos que, nas situações que aqui compartilharemos, é possível identificar nas interações a presença dos eixos assinalados.

Retornando à instigante questão: *o que a educação tem a ver com isso?* Trazemos Segato para lembrar a responsabilidade que nos cabe como trabalhadoras da educação: “a educação, em todos os níveis, pode ser entendida como a instituição por excelência que transmite, de geração em geração, a pedagogia eurocêntrica da raça” (2021, p. 332). Como docentes universitárias, não podemos nos furtar à reflexão ética, na procura de respostas que deem sentido à experiência do encontro com o diferente. Habitar espaços universitários que mostram, cada vez mais, feições não-brancas, é motivo de celebração de conquistas de lutas históricas, mas não podemos negligenciar a necessidade de responder às novas/velhas estruturas de poder e suas manifestações na universidade/sociedade. É no jogo entre limites e possibilidades comuns e específicas, próprias às universidades públicas e privadas, neste momento histórico, que nos movemos rumo à abertura de caminhos, desvios e pontes que nos permitam elaborar coletivamente o mal-estar que se instala a partir do vivido e narrado por quem frequenta os diferentes espaços de formação: ensino, pesquisa, extensão, atividade política e convívio cotidiano.

Neste texto, pinçaremos algumas situações deflagradas por denúncias de violação de direitos na universidade, associadas a processos de sofrimento e adoecimento, que analisaremos, assumindo o compromisso de descolonizar

o pensamento e sustentar uma perspectiva crítica à individualização, à culpabilização e à medicalização dos sofrimentos que delas emergem. A proposta é pensar sobre situações que ocorreram durante o período pandêmico nas universidades onde atuamos. Narrar as dificuldades vividas de maneira individual faz com que elas ganhem novos significados e sentidos, quando compartilhadas e sustentadas na escuta mútua em espaços coletivos como: salas de aula, grupos de supervisão, grupos de pesquisa e extensão, agremiações estudantis, colegiados, congregações, militância estudantil, centro acadêmico, coletivos culturais e assembleias. A articulação e as dinâmicas de funcionamento dos coletivos podem acolher a escuta de experiências dolorosas e também pedidos de ajuda; em casos específicos, apoiam reflexões sobre como se pode proceder em situações de assédio. Antes de nos determos sobre elas, apresentaremos alguns dados advindos de uma pesquisa realizada com estudantes de uma universidade federal, sobre os desafios por eles vivenciados durante o primeiro semestre remoto.

Cabe dizer que a realidade deste grupo muito se aproxima daquela vivida pelo alunado da universidade privada, pois se trata de um público, em sua maioria, composto por estudantes advindos de escola pública, por trabalhadores e filhos da classe trabalhadora que acessam o ensino superior fazendo uso dos programas de financiamento e/ou de bolsas de auxílio e permanência estudantil. Os dados que apresentaremos a seguir são fruto de uma pesquisa on-line realizada em 2021 e situam o leitor acerca desta realidade.

### **Desafios vivenciados por estudantes durante a pandemia e o ensino remoto**

Desenvolvemos uma pesquisa quantitativa e qualitativa sob a forma de formulário on-line com 32 perguntas, contemplando questões sobre curso, idade, raça/cor, gênero, acesso a equipamentos e à Internet, condições de permanência, efeitos das práticas de ensino remoto, uso de substâncias psicoativas, dificuldades vivenciadas, estratégias de apoio, entre outras. O convite à pesquisa foi enviado por e-mail às coordenações de diversos colegiados de curso e, também, a algumas listas de e-mail de estudantes.

Recebemos 656 formulários respondidos, o que representa cerca de 1,73% do corpo discente da universidade. Deles, 255 (38,5%) responderam à última questão, que era a única aberta. Os resultados apresentados a seguir são discutidos com maior detalhamento em pesquisa publicada por Goldstein, Demouliere e Dos Santos (2021).

Em relação à **identidade étnico-racial**, a maioria identificou-se como pardo (39,1%) e preto (31,5%), totalizando 70,6%, enquanto os brancos representaram 26,2%. Houve, ainda, os que preferiram não declarar cor/raça (2,6%) e os que se identificaram como indígenas (0,45%) e amarelos (0,15%). Quanto ao **gênero**, as mulheres cisgênero foram as que mais responderam à pesquisa (64,9%), seguidas de homens cisgênero (29,6%), enquanto o restante distribuiu-se entre “prefiro não declarar” (3,79%), “não binária” (1,51%) e homem transgênero (0,15%). Quanto a **trabalho**, 47,5% responderam que apenas estudavam, sendo que quase metade desses realizava trabalhos domésticos; 30,6% trabalhavam em home office, e desses, 22% também faziam serviços domésticos de sua casa; 10,9% trabalhavam fora e ainda realizavam trabalho doméstico; 11% declararam assumir trabalhos informais, cuidarem de parentes ou estarem desempregados, buscando desesperadamente um trabalho. Sobre o **acesso a equipamentos para aulas remotas**, 75,1% tinham celular e computador; 14,4%, apenas celular; 8,1%, apenas computador; e 2,4% utilizavam equipamentos emprestados. Quanto à conexão de Internet, 91,7% declararam ter Internet fixa e/ou móvel, ao passo que 6,5% dispunham apenas de Internet móvel e 1,8% utilizava Internet emprestada, em local público ou em *lan house*. Sobre privacidade para as aulas e o estudo, 57,7% sempre ou quase sempre dispunham dela, enquanto 30,6% apenas às vezes e 11,7% nunca. Em relação ao **tipo de curso**, o percentual de estudantes em curso integral era de 40,7%, enquanto 30,7% estudavam no turno matutino e 24,8% no noturno. Quanto a **bolsas de estudo** ou **auxílios**, 64,4% não contava com nenhuma assistência estudantil. Dos que contavam, 5,2% recebiam auxílio moradia; 4,7%, auxílio alimentação; 2,3%, auxílio para Internet; e 2,6% obtiveram auxílio para adquirir equipamento eletrônico. Outros 14,4% cadastrados na Pró-Reitoria de Assistência Estudantil referiram não ter sido contemplados com nenhum auxílio e 11,6% sequer sabiam que podiam pleiteá-los. Quanto às bolsas de pesquisa, extensão, estudo ou estágio, 78,7% não a recebiam; são poucos aqueles que dispõem de bolsas de iniciação científica, residência pedagógica, monitoria,

mestrado ou doutorado. Sobre **estarem ou não vivenciando dificuldades** naquele semestre remoto, um percentual expressivo de 87% respondeu que sim e apenas 13% disseram que não. Dentre as dificuldades referidas, destacamos: cansaço por excesso de tela (72,5%), sobrecarga de leituras (53,2%), cansaço extremo (53%), instabilidade no sinal da Internet (52,5%), preocupações socioeconômicas (37,6%), adoecimento pessoal (35,9%), problemas de convivência em casa (31,3%), falta de privacidade (29,5%), adoecimento de pessoas próximas (26,5%), luto (18,9%), uso de diferentes plataformas (15,4%) e relação com docentes (13,8%). As **substâncias psicoativas** mais consumidas foram: cafeína (52,4%), açúcar (52,1%), álcool (30,7%) analgésicos (24%), antidepressivos (13,4%), maconha (9,1%), tabaco (9,1%), ansiolíticos (8,5%), medicações fitoterápicas (8,2%), florais (7,2%), medicações homeopáticas (4,6%) e psicoestimulantes (1,7%). Menos de um por cento indicou usar alucinógenos, cocaína, crack e anfetaminas. Em sentido oposto, 21% indicaram que não usam substâncias psicoativas. Questionados sobre alterações no uso de tais substâncias durante a pandemia, 48,2% indicaram aumento no uso, 21,5% informaram o mesmo uso de antes, enquanto 8,4% diminuíram o uso. Quanto ao **apoio para dificuldades psicossociais**, 34,9% assinalaram terem sido apoiados por familiares; 26,4%, receberam apoio de colegas; 23,8% de profissionais de fora da universidade e 4,5% de serviços e programas institucionais. Um percentual de 5,7% referiu ter buscado ajuda, mas não ter recebido qualquer apoio.

Dentre aqueles que apontaram **dificuldades na relação com docentes**, 66,3% informaram não terem passado por isso, enquanto 33,7% referiram ter tido dificuldades. Diante delas, 18,1% não tomaram nenhuma providência; 5,3% adotaram iniciativas coletivas; 5,1% assumiram iniciativas individuais e 3,1% adotaram ambas. Dentre os 25% que não tomaram qualquer iniciativa, 8,8% responderam que não acreditavam que a situação fosse mudar; 7,7% que tinham receio de ficarem marcados e serem prejudicados posteriormente; 7,5% informaram não terem se sentido à vontade e 4% sequer pensaram nisso.

Na **questão aberta**, encontramos desabaços, desassossegos, sugestões, críticas, pedidos de ajuda (alguns até para alimentação), agradecimentos, elogios e denúncias. O primeiro impacto dessa leitura foi constatar que os estudantes precisavam ser ouvidos. Dos desabaços mais comuns, por vezes mesclados a queixas e denúncias, chamaram nossa atenção aqueles

relacionados à luta cotidiana para suportar e atravessar o momento de rigoroso isolamento social. Sentimo-nos chamadas a fazer algo por sete pessoas cujas respostas eram pedidos de socorro. Buscamos fazer contato com elas, colocando-nos à disposição para ajudar. Iniciamos trâmites junto às coordenações de colegiados no intuito de tecer uma rede de apoio. Nesse quesito, alguns relatos traziam queixas sobre a falta de percepção, por parte de docentes, da realidade vivida por discentes, explicitadas pelas seguintes expressões: “não percebem que somos o lado mais fraco”, “sem perspectiva alguma nessa conjuntura”, “sem emprego” ou “com empregos precários”, “com bolsas ou auxílios insuficientes e reduzidos”, “lutando para garantir alimentação”; “morando com familiares em espaços minúsculos, sem privacidade”, sendo “constrangidos a ligar a câmera”, “tendo que lidar com professores inflexíveis, que passam mais leituras e atividades do que quando as aulas eram presenciais, o que gera desespero e evasão”, “parecem não ter sensibilidade”, que “dão aulas com duração de até 3h30”, que “não têm empatia e pensam que ensinar é só dar avaliações”. Por outro lado, vimos também relatos muito gratos a alguns professores e professoras pelo seu acolhimento e empenho profissional, assim como pela flexibilização de prazos e atividades. Apareceram ainda, agradecimentos à equipe de pesquisa, pela preocupação e pela iniciativa, como se o interesse por suas experiências fosse sentido como um gesto de cuidado naquele momento.

### **Realidades discentes nas universidades pública e privada: dificuldades e desafios parecidos**

Na universidade privada, em que bolsas de iniciação científica e descontos de mensalidade são igualmente a realidade de uma minoria, os estudantes enfrentaram dificuldades significativas para frequentar as aulas remotas pelos mais diversos motivos. Devido ao trabalho presencial, que parte deles precisou manter, era inviável para alguns cumprir com a pontualidade e a frequência exigidas; havia a necessidade de cuidar e/ou auxiliar no cuidado de crianças da família; muitos notavam, durante as atividades, que o plano de Internet da casa não era suficiente para assistir às aulas; as condições de moradia tampouco permitiam privacidade e concentração; e, ainda, tinham que lidar com a instabilidade financeira que alcançou a família devido ao desemprego, que se acirrou durante a pandemia. Seguir à risca as normas

e regulamentos de disciplinas/estágios como se tudo estivesse seguindo regularmente – exceto o fato de se trabalhar no modo remoto ao invés de presencial – implicava exigências que precisavam ser consideradas caso a caso. Se o docente seguisse sua prática com a rigidez e apego cego à norma, inviabilizaria, para muitos estudantes, a possibilidade de permanecer no curso.

Cumprir a norma ou a lei não implica, necessariamente, agir de modo justo e ético; é pelo exercício do pensamento, que Arendt (2004) assinala ser possível a prevenção ou o remédio para o agir burocrático. É importante salientar que a autora se refere à condição humana e não à especialização em determinado conhecimento. As reflexões da autora são claras, ao assinalar que a possibilidade de pensar não se refere à capacidade de alguns nem está atrelada à aquisição de títulos acadêmicos. Ela aponta ainda, para não deixar dúvidas, que encontramos claras manifestações do pensar em todas as esferas da vida, podendo descobri-las inteiramente ausentes em pessoas reconhecidamente intelectuais (2004).

### **Transições abruptas: do presencial ao remoto**

A realidade se impõe exigindo respostas que não existem antes de crises se instalarem. Assim foi com a pandemia e a necessidade de interrupção temporária das atividades acadêmicas. Aulas, supervisões e os serviços de atendimento à comunidade foram suspensos abruptamente. Não havia orientações técnicas definidas para a atuação de serviços-escola e, especificamente, para atuação de estagiárias e estagiários de Psicologia. A transição da formação no campo dos estágios em Psicologia, da modalidade presencial à remota, foi ocasião de reflexão e amplo debate promovido por órgãos de representação da categoria, associações de ensino de Psicologia e por professores, coordenadores e representantes discentes de diferentes universidades, resultando em documentos que regulamentaram o funcionamento remoto restrito ao período de isolamento social (CFP, 2020). No entanto, o tempo da deliberação que precede uma mudança, ainda que provisória, no funcionamento institucional, ocorre em compasso diferente ao das necessidades de usuários e usuárias de serviços-escola.

Eram necessárias respostas ágeis para quem estava em atendimento emergencial, com encaminhamentos urgentes a serem realizados. Não seria possível esperar a formalização das decisões e a regulamentação delas em instâncias ministeriais. De início, previu-se um período breve de suspensão, mas este foi se alongando, provocando angústias e incertezas diante do alastramento da pandemia e da imprevisibilidade do retorno. Não é necessário dizer que aqueles que já enfrentavam sofrimento e instabilidade emocional viram suas condições de saúde física e psíquica se deteriorarem, o que se intensificou pela dificuldade de acesso a direitos básicos, como: saúde, educação, alimentação, moradia, convivência, vínculos e emprego, entre outros.

Arendt em seu texto *A crise na Educação* (2007) afirma que uma crise se transforma em desastre quando as respostas que lhe são dadas correspondem a juízos pré-formados, preconceitos. “Uma atitude dessas não apenas aguça a crise como nos priva da experiência da realidade e da oportunidade por ela proporcionada à reflexão” (p. 223). Ensaando movimentos diferentes àqueles previamente estipulados, e se arriscando com gestos que poderiam ser lidos na chave da insurgência, alguns docentes e estagiários mobilizaram-se para acompanhar, à distância, àqueles e àquelas que aguardavam pelo atendimento no serviço presencial. Mostraram-se possíveis o acompanhamento e o encerramento cuidadosos, ainda que de maneira remota, no tempo da urgência de cada caso. O trabalho em rede de articulação, troca e construção de encaminhamentos junto às equipes multiprofissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi fundamental.

Entendemos, a partir do pensamento arendtiano, que o exercício do pensar, da compreensão e da reflexão realizam-se num movimento de retirada da ação e da companhia de outros, para a eles voltar, após ajuizar sobre a experiência da coexistência. É nesse movimento que ocorre o que Arendt (2004) denomina *Juízo Reflexionante* ou *Alargado*, que permite exercitar a imaginação, para ampliar horizontes em que possam caber os outros e nos quais o interesse comum passe a constituir a ação entre outros. Este modo de ajuizar e refletir a respeito da ação contrapõe-se ao *Juízo Determinante*, que produz respostas a partir de pré-conceitos.



## **O existir em comunidade: uma experiência ameaçada pelas lógicas medicalizante e colonial**

Dialogando com autores/as que se referem à possibilidade de criação de mundos onde caibam outros mundos e trazem a experiência de alteridade para o centro da compreensão, amplia-se a compreensão do existir em comunidade. É nessa direção que entendemos que o encontro de estudantes com ouvintes que os fizessem se sentir seguros para narrar situações de desamparo, medo, luto, perdas e rupturas, passou a propiciar não apenas acolhimento, criação de estratégias de cuidado de si e dos outros, mas também experiências formativas. Abrir-se à compreensão da própria experiência em meio a outros, sem negligenciar a singularidade e o contexto sócio-histórico de quem fala, pode reduzir o risco de olhares patologizantes e medicalizantes. De acordo com Gonçalves Filho (2022):

Superar operações de medicalização supõe superar imagens de alguém como de uma pessoa avulsa, sem território, sem parceiros ou adversários. Impossível perceber o drama de alguém sem que a percepção abrace um mundo, posições no mundo, a pessoa e seus interlocutores, a pessoa e seus antagonistas, a biografia, e a biografia de alguém pode exigir a história de seu grupo, quase como o estado da árvore exige o exame da raiz. [...] Medicalizar e Psicologizar são operações de dissociação social [...] fala-se dela [da pessoa] como alguém desirmanado, entretanto, a pessoa traz comunidade e sofre os destinos de sua comunidade (GONÇALVES FILHO, 2022, p. 140).

Cabe aqui um alerta para os perigos que a indiferença diante de determinadas injustiças sofridas por discentes no meio acadêmico pode acarretar. Segato (2021), ao problematizar as formas de lidar com um episódio de racismo estrutural, defende que essa indiferença ignora não só o esforço de uma pessoa, mas de todo um grupo familiar que, certamente, usou todos os meios ao seu alcance para viabilizar a entrada de pelo menos um de seus membros no ensino superior, talvez sem dimensionar as lutas antirracistas que ainda se farão necessárias neste território.

Episódios de racismo e outras opressões no ensino superior (como machismo, LGBTfobia, capacitismo, classismo etc.), mais presentes na mídia recentemente, ecoam nos espaços universitários e convocam posicionamentos ético-políticos daqueles e daquelas que testemunham tais violências. Microagressões e tratamentos discriminatórios ostensivos

atingem principalmente estudantes negros. As agressões explícitas são facilmente identificáveis; entretanto, nem sempre contestadas. Já as microagressões podem manifestar-se de modos mais sutis, dificultando sua identificação. Muitas vezes, os próprios agressores não se dão conta de que a praticam, pois as enxergam somente associadas à intenção de agredir. Assim, não percebem que as agressões podem se dar nas expressões estereotipadas, nas ironias, na invisibilização da presença e noutros gestos que diminuem uma pessoa e seu grupo em função de questões atinentes à raça, gênero, classe, religião, língua etc. Pesquisas apontam que vítimas de microagressões sentem-se golpeadas por violências que as fragilizam e as fazem duvidar da própria capacidade de aprender; em meio à solidão, ao desamparo e às sucessivas situações em que se veem expostas, passam a enfrentar ainda mais dificuldades para atender às exigências acadêmicas e prosseguir seu percurso de formação (SILVA; POWEL, 2016; MARTINS; LIMA; SANTOS, 2020).

Um dos casos ocorridos em nosso local de trabalho foi o de uma estudante negra que, após ser exposta, reiteradamente, a deboches de um professor branco, considerou a possibilidade de trancar o curso. O docente se autorizava a brincar com características físicas e roupas da aluna, vinculando-as a estereótipos racistas e sexistas. Questionava, de maneira desrespeitosa, sua capacidade de se expressar verbalmente e na escrita, gerando constrangimento e paulatino silenciamento. Apesar de perceber o que acontecia, a turma não confrontou o professor, que seguiu agindo sem receio de questionamentos ou denúncias. Até que, por iniciativa de colegas, foram criados espaços de acolhimento que viabilizaram escuta e reflexão a respeito da atualidade das heranças coloniais encarnadas nas relações entre docentes e discentes. O cuidado coletivo empreendido possibilitou à vítima sair do sofrimento individual, dirimir dúvidas que a ambiguidade da situação provocava, e nomear a violência sofrida. A possibilidade de politizar a discussão ampliou o raio de ação em resposta ao vivido e reposicionou o fenômeno, tornando-o um assunto de interesse comum: tanto para as pessoas pretas e não-brancas, quanto para as brancas, pois a existência de racismo ali dizia respeito a todos. Dar nome à especificidade da violência em âmbito coletivo permitiu definir os próximos passos na busca de amparo, proteção e posterior formalização de uma queixa, realizada por um representante da turma como uma estratégia de proteger a vítima de eventuais represálias.

As dinâmicas de enfrentamento empreendidas a partir da força dos coletivos estudantis – inclusive quando inexitem órgãos/instâncias de representação, como ocorre nas universidades privadas – podem transfigurar a situação, esvaziando a opacidade de sua individualização. Relações de poder dentro da universidade produzem e reproduzem a violência racista gerando dúvidas, ainda que inconfessadas, quanto à legitimidade da presença de corpos não brancos na academia. Pactos de silêncio foram coletivamente questionados pelos estudantes, gerando um fortalecimento que a vítima dificilmente conseguiria, se estivesse apenas sendo ouvida em espaços individualizados. Transitar entre o cuidado à dor singular das vítimas e a atenção à (re)produção de violências estruturais no ambiente universitário requer desmedicalizar a escuta e desmedicamentar as estratégias de cuidado, evitando a armadilha da psicologização diante de situações de violação de direitos.

A singularidade da pessoa agredida fica apagada e subsumida: ela conta apenas como membro de um grupo visto de modo homogeneizado e inferiorizado. Ao discorrer sobre medicalização e racismo, Gonçalves Filho (2022) defende que antes de a violência racista atingir a pessoa em uma dada situação, ela atinge o seu grupo de pertença, ao qual está indissociavelmente ligada.

Os ataques racistas não dependem de quem seja a vítima individualmente, não dependem do que diga ou faça: não precisa dizer ou fazer coisa alguma para ser maltratada. O que importa é o fato de [a pessoa] pertencer a um *grupo*. Um grupo desejado como subordinado pelo *grupo* do racista. Há uma luta de grupos mediando o choque racista entre duas pessoas. A agressão racista carrega o sentido de subordinar alguém, mas a subordinação que foi historicamente iniciada como subordinação social, a violenta subordinação do *grupo da pessoa agredida* pelo *grupo do agressor* (GONÇALVES FILHO, 2022, p. 141-142).

Assim, podemos depreender que: se em toda intenção racista há uma antiga iniciativa grupal, uma operação de *grupo contra grupo*, então, para desmanchá-la, é preciso empreender ações antirracistas – e contra outras opressões – também em âmbito grupal: nas comissões, coletivos, projetos institucionais e políticas públicas, dentre outros.

## **A participação em comissões de sindicância e mediação dialógica após denúncias feitas por discentes**

Experiências que suscitaram aprendizagens ao longo de dois anos ocorreram no âmbito do trabalho em comissões dedicadas a apurar denúncias feitas por estudantes acerca da conduta psicologicamente violenta de docentes. Preservando o sigilo que tais situações requerem, propomos delas tirar alguns tópicos que possam contribuir ao trabalho de outras comissões e iniciativas institucionais futuras.

### **O desejável e o possível**

A escolha por participar das comissões foi movida pelo desejo de propiciar um horizonte de escuta, acolhimento, diálogo, reconhecimentos recíprocos, responsabilizações, compromissos publicamente assumidos, restauração dos laços esgarçados e mudanças nas relações. Contudo, entre o desejável e o possível, interpõem-se forças que nem sempre podemos prever ou cujos impactos podemos compreender enquanto operam. Tais forças agem e pressionam em diferentes direções: nos avanços, estagnações e recuos do trabalho; na fluidez, nas lacunas e nas interrupções dos diálogos; na resignificação dos fatos mediante novas escutas e versões; nos entraves burocráticos e regimentais que, às vezes, engessam ações de cuidado; nos pactos narcísicos entre homens que explicitam a lógica patriarcal e machista; no corporativismo docente; nas dinâmicas e conflitos internos às comissões; na exaustão e vontade de desistir; no encorajamento para persistir na luta coletiva impulsionada pelo exemplo da garra do alunado; nas reverberações institucionais do debate público sobre as situações denunciadas que, até então, eram tratadas – quando o eram – de modo particularizado e/ou irrelevante, naturalizando a produção de violência no funcionamento institucional.

Transitar entre o desejo e a possibilidade requer o exercício de recalculas rotas e buscar caminhos que permitam contemplar a complexidade dos cenários desenhados e dos que poderão se desenhar no percurso. Apesar de a mediação ser o objetivo inicial, os limites e fragilidades das pessoas

envolvidas apareceram de modo contundente, sinalizando que não havia condições para ocorrer um encontro frutífero entre docentes e discentes. Pensando nos possíveis – e após ouvir “as partes” separadamente – o que se mostrou viável foi buscar entender os contextos e motivações por meio dos quais as diferentes vozes comunicavam intenções de interlocução ou de silenciamento. Parte dos efeitos da violência denunciada era a fragilidade psíquica visível de algumas pessoas. Acolhê-las passava por tecer articulações em rede com outros setores e atores da universidade, buscando o movimento de destinar cuidados e assistência, iniciativa que foi além das prerrogativas formais da comissão. Encaminhamentos para serviços de atendimento individual, avaliação e acompanhamento figuraram-se importantes, mas, por si sós, não eram suficientes para gerar reflexão, conscientização e, principalmente, responsabilização coletiva na forma de ações de proteção e prevenção à violência. Partir da premissa de que a universidade é um lugar de e para todos nos mobilizou a tecer redes e a pensar sobre a pertinência de se acompanhar, por meio de novas comissões, desdobramentos futuros de decisões atuais. Também entendemos ser preciso que a universidade, ao tematizar questões atinentes ao sofrimento e à saúde mental de sua comunidade, promova debates sobre situações de humilhação social, violação de direitos e crie campanhas para combater e prevenir situações de assédio.

Em um dos trabalhos de comissão, mesmo não sendo possível conseguir a retratação por meio de um encontro entre docente e discentes, ao menos foi possível a elaboração conjunta de uma carta de retratação da docente, lida publicamente e escutada pelos estudantes denunciadores e outras pessoas envolvidas. Em outro caso, no qual tampouco foi possível a mediação pedagógica da conversa entre docente e discentes, pudemos ao menos escutá-los separadamente, registrar o que ouvimos, o que sentimos e o que pensamos ao longo do processo de mediação. A partir desse trabalho, produzimos uma memória institucional na forma de um relatório detalhado, apreciado e aprovado nos espaços colegiados de debate e deliberação da unidade. A existência de um relatório interno, dando visibilidade à situação, por meio de diferentes olhares e posicionamentos, reiterou a importância de não nos omitirmos como atores sociais, além de inscrever o acontecimento na memória institucional, o que tende a suscitar responsabilizações, sobretudo em caso de eventuais denúncias futuras.

## Comissões e omissões

A conduta de um docente que produz medo, mal-estar e silenciamento entre estudantes não deveria ser aceitável. Especialmente se é de conhecimento geral que situação semelhante já ocorreu anteriormente, sem que nenhuma providência efetiva tenha sido tomada para coibi-la. Isso nos leva a pensar sobre as responsabilidades da instituição em não impedir a repetição desse tipo de acontecimento. Onde estavam os colegas docentes? E as chefias? E as coordenações de curso? A direção? Por que nada foi feito antes? Essas perguntas ficaram reverberando em nós, após tomarmos contato com os impactos da denúncia de discentes - que se somava a outras denúncias até então sem eco -, e após ouvirmos o docente denunciado e interagimos com ele.

O lugar em que essas alunas se sentiam colocadas na interação com o docente remeteu-nos às discussões propostas por Kilomba (2019), para quem violências sutis são como capturas próprias a uma ordem colonial violenta, dentro da qual se insere a academia. Para ela, “a academia não é um espaço neutro nem tampouco simplesmente um espaço de conhecimento e sabedoria, de ciência e erudição. É também um espaço de v-i-o-l-ê-n-c-i-a” (KILOMBA, 2019, p. 51). Uma violência que se expressa pela sensação de ataque ao sentimento de pertencimento ao mundo acadêmico, lugar que, por tanto tempo, lhes era impedido de vários modos. Ora, o falar e o ouvir são cruciais para que seja possível tecer laços de confiança, pertencimento e poder aprender. Nesse sentido, a sensação relatada por essas alunas de serem ignoradas, intimidadas e tratadas com grosseria, nos remete à análise da autora quando afirma que:

O ato de falar é como uma negociação entre quem fala e quem escuta, isto é, entre falantes e suas/seus interlocutoras/es [...] ouvir é, nesse sentido, o ato de autorização em direção à/ao falante. Alguém pode falar (somente) quando sua voz é ouvida. Nessa dialética, aquelas/es que são ouvidas são também aquelas/es que *pertencem*. E aquelas que não são ouvidas são aquelas que *não pertencem* (KILOMBA, 2019, p. 42).

Interessante perceber o papel do Centro Acadêmico como uma instância institucional que pode efetivamente representar discentes, em eventual necessidade de denúncia. Testemunhamos, em uma das comissões em

que atuamos, que havia um medo significativo das estudantes denunciante de serem identificadas e sofrerem retaliação, sobretudo porque ainda dependiam da avaliação do docente denunciado. Assim, por meio de um sujeito coletivo – o Centro Acadêmico – fizeram-se representar e conseguiram preservar as respectivas identidades, ao longo de todo o processo. Em outra Comissão, observou-se esse mesmo medo por parte de discentes nas oitivas: aguentaram em silêncio seus sofrimentos até se formar, quando então se sentiram um pouco mais à vontade para fazer suas denúncias à Ouvidoria e encararem o docente denunciado no processo.

É preciso, ainda, mencionar o papel da inércia quase tão comum quanto inconfessável, de nós, docentes, ao evitarmos assumir tarefas extras em relação às tantas tarefas que já temos, sobretudo quando sabemos que são espinhosas, como assumir o lugar daquele que suspeita da conduta de um colega ou tem que fazer a oitiva de um chefe, coordenador ou diretor. Decerto que as hierarquias são menos rígidas nas universidades públicas do que em outras instituições, os cargos de gestão são rodiziados, muitas vezes definidos por eleições, mas posicionar-se criticamente e com autonomia, apurando acontecimentos controversos e mobilizando responsabilizações no interior de estruturas de poder/saber, suscita angústias, impasses, decepções e surpresas. Mobiliza-nos intelectual e afetivamente. Demanda tempo, trabalho e noites sem dormir. Não é todo dia que se abraça uma luta assim, mas essas lutas revelam-se necessárias para que possamos interromper as situações abusivas no cotidiano universitário, comumente naturalizadas e justificadas como “brincadeiras” ou “liberdade de cátedra”.

Nesse sentido, vamos ao encontro das reflexões de Machado (2021). Em *live* sobre Violência Institucional e Sofrimento Psíquico, a professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e membro da “Rede Não Cala”, formada pela Rede de Professoras e Pesquisadoras pelo Fim da Violência Sexual e de Gênero na USP desde 2016, defende que as forças que constituem esses acontecimentos estão no cotidiano universitário e nos dizem respeito. “Como podemos assumir o insuportável e reconhecer que isso nos diz respeito?” – indaga. Talvez esse seja o grande desafio que temos na lida com o mal-estar que nos assola, frente às situações em que estudantes e, não raro, professoras se queixam de assédio, sexismo, racismo.

Kilomba (2019) relata como a presença de corpos negros, discentes e docentes, numa universidade alemã provocavam estranhamentos e interações que faziam circular desconforto. Uma forma de responder a esses afetos evocados no convívio com aqueles que não são esperados no ambiente acadêmico é criar estratégias que explicitem o mal-estar e convidem todos ali presentes a novos modos de interação. A autora relata estratégias dentro e fora da sala de aula, nas quais registra a luta por acesso e representação das pessoas que, historicamente, ocupam o lugar de colonizados em ambientes historicamente inacessíveis a pessoas não-brancas. Em companhia de bell hooks (1994), Kilomba insiste na necessidade de criar novos hábitos e novos papéis atuando sobre a ordem colonial ainda vigente. Para reiterar a responsabilidade que cabe a todos os envolvidos nas diferentes cenas narradas, cita Malcom X, que afirmava ser necessário *descolonizar a mente e a imaginação*, para se poder ver com *novos olhos* a realidade, de modo a abrir espaço para conferir lugar de sujeitos a todos aqueles que participam de espaços em que as relações ainda se dão pela classificação das pessoas pela ótica da colonialidade.

Faustino (2022), estudioso de Frantz Fanon, refere-se à possibilidade de compreender o nosso tempo à luz de uma hipótese de análise que ele ensaia chamar de *mal-estar colonial*. Sua fala provoca psicanalistas e podemos supor que assim seria com psicólogos e educadores também. Convidamos a formular respostas para questões que suscitam desconstrução, deslocamentos e reinvenções. Se a violência colonial não é apenas o chicote no tempo da colônia, mas também sua forte presença na base da “democracia”, como compreender a ordem que ela instaura em nossa sociedade e suas consequências nas relações que se estabelecem entre os cidadãos? Quem são aqueles considerados sujeitos e cidadãos? Considerando que o colonialismo propicia modos de produção embasados na desumanização, por meio do sequestro coletivo da dignidade e humanidade de determinados grupos que se consideravam inferiores, como compreender os modos de subjetivação que se desdobram desse processo até os dias de hoje? Essas são duas de algumas intrigantes perguntas formuladas por Faustino (2022), ao compartilhar as reflexões que vem elaborando.

Os tensionamentos que emergem no encontro entre um corpo docente majoritariamente branco e de classe média e um corpo discente majoritariamente negro, pobre e periférico, cada qual com sua herança (material e simbólica) de privilégios e privações, respectivamente (BENTO,



2002), coloca-nos vários desafios. Por exemplo, o de constituirmos um funcionamento capaz de denunciar humilhações, questionar o eurocentrismo e a branquitude presentes nas ementas e currículos; capaz de combater o excesso de exigências acadêmicas e regimentais, assim como as burocracias sem sentido e a banalização de práticas que segregam e silenciam. E que esse outro funcionamento possa se abrir, suportar e compor com essa diversidade que grita e que, desde a colonização, vem sendo subalternizada e excluída de tantos espaços sociais, inclusive o das universidades.

### **Algumas considerações para concluir**

O caminho percorrido no texto revela elaborações possibilitadas por conversas e trocas afetivas sobre o impacto de nossas experiências como docentes no ensino superior. Marcadas pelas vivências numa universidade pública e outra privada, encontramos no nosso diálogo uma abertura que permitiu produzir gestos de cuidado em situações de sofrimento no cotidiano de ambas as instituições. Sendo uma docente branca e outra não branca, partimos de nossos respectivos olhares racializados e socialmente situados para chegar a um outro lugar de compreensão, que não existiria entre nós sem a nossa conversa. Por meio dela e da interlocução estabelecida com ideias de pensadores que propõem desnaturalizar mecanismos que subalternizam, tentamos nos aproximar de uma perspectiva descolonizadora que inspirasse o trabalho docente em âmbito pedagógico e clínico. Ir em busca de outras referências pode possibilitar o movimento que Quijano (2005) propõe no sentido de encontrarmos caminhos para “nos libertar do espelho eurocêntrico onde nossa imagem é sempre, necessariamente, distorcida. É tempo, enfim, de deixar de ser o que não somos” (p. 139).

No desalojamento perturbador de deixar de ser o que não somos, ou o que não mais desejamos ser, partilhamos pontos de vista diferentes, alargamos a percepção e o pensamento. Muito ainda temos por des-construir em nós e no nosso entorno, por abrir perspectivas e agenciamentos que derrotam, nos diversos espaços, o modo unilateral como a medicalização enuncia os dramas humanos e arranca os sujeitos de suas relações, endossando protocolos simplistas e alienantes. Seguiremos na contramão dos reducionismos, em busca das biografias, contextos de interação e história ancestral dos sujeitos e

seus sofrimentos. Logo, propomos que desmedicalizar passa por uma educação para o encontro: com a alteridade (inclusive em nós), com o passado histórico que nos constitui hoje e que, no nosso país, estruturou-se em torno de relações de mandonismo e obediência, assim como de violências e insurgências.

Que saibamos praticar relações horizontalizadas e a escuta atenta das pessoas que carregam suas comunidades no modo como sentem, pensam e agem no mundo. Que os saberes que emergem do encontro, inspirem relações mais solidárias, democráticas e potencializadoras de rebeldias, para que possamos sonhar e construir um mundo mais plural, justo e poético. E que aprendamos a escutar o ponto de vista dos outros, especialmente daqueles que vêm sendo rebaixados e silenciados, para que possamos tecer, coletivamente, com a memória das resistências passadas e presentes, futuros em que a barbárie inerente ao projeto “civilizatório” moderno não tenha mais lugar.

## Referências

ARENDDT, Hannah. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ARENDDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BENTO, Maria Aparecida. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida (org). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986)**. Brasília: CNS, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 08 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas de estágios remotos em psicologia no contexto da pandemia de covid-19**: recomendações. Conselho Federal de Psicologia e Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. Brasília: CFP, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/praticas-e-estagios-remotos-em-psicologia-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-recomendacoes/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

FAUSTINO, Deivison Mendes. Notas de aula aberta em evento intitulado **Psicanálise e Racismo**, realizado no Espaço de Formação em Psicanálise de União de Vila Nova. São Paulo, 06 ago. 2022.

GOLDSTEIN, Thaís Seltzer; DEMOULIERE, Irene Guillian; DOS SANTOS, Maíra Ferreira. Desafios e desabafos de estudantes durante o semestre regular remoto-2021.1 da UFBA: fraturas expostas no ensino superior. *In*: ISFRAN, Fernanda; NEGREIROS, Fauston; SOUZA, Jacqueline. **Fraturas expostas pela pandemia** – Ano 2: conjugando juntas o verbo esperar. Teresina: EDUFPI, 2021.

GONÇALVES FILHO, José Moura. Medicalização e humilhação social. *In*: OLIVEIRA, Elaine Cristina; VIÉGAS, Lygia de Sousa; MESSEDER NETO, Hélio da Silva Messeder (org.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 137-159.

GONÇALVES, Bruno Simões. A dupla consciência latino-americana: contribuições para uma psicologia descolonizada. **Revista de Psicologia Política**, v. 16, n. 37, p. 397-413, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2016000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 ago. 2022.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000100003>. Acesso em: 21 ago. 2022.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Violência institucional e sofrimento psíquico**. Live promovida pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da FFLCH-USP, em 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xitY3CGP4oA>. Acesso em: 23 ago. 2022.

MARTINS, Tafnes Varela; LIMA, Tiago Jessé Souza de; SANTOS, Walberto Silva. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2793-2802, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.29182018>. Acesso em: 22 ago. 2022.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, Edgardo Lander (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 116-142. Disponível em: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\\_QUIJANO.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_QUIJANO.pdf). Acesso em: 19 ago. 2022.

SAFRA, Gilberto. **A po-ética na clínica contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

SEGATO, Rita. **Crítica da colonialidade em oito ensaios: uma antropologia por demanda**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SILVA, Guilherme Henrique Gomes; POWELL, Arthur Belford. Microagressões no ensino superior nas vias da Educação Matemática. **Revista Latinoamericana de Etnomatemática**, v. 9, n. 3, p. 44-76, 2016.

## **Vulnerabilidades e atenção psicossocial: das cicatrizes aos laços**

Ana Marta Lobosque

Estas notas tratam do laço entre a clínica e a educação face às questões da vulnerabilidade psicossocial (LOBOSQUE, 2019). Tendo atuado até o final de 2020 como médica psiquiatra em um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Belo Horizonte, trago fragmentos da história de dois adolescentes sob atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Trata-se de um CAPS tipo III, isto é, de funcionamento 24h, que atende crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade, como nos mostram os dois casos aqui abordados. O texto foi escrito a partir de intervenção na mesa intitulada “As vulnerabilidades e a construção de uma (nova) clínica psicossocial, durante o II Congresso Virtual UFBA: Universidade em Movimento, realizado em fevereiro de 2021.

### **Denise e Luís: dois fragmentos de história**

Visando tematizar as vulnerabilidades psicossociais no campo de debate entre a clínica e a educação, escolhemos dois adolescentes, aqui com nomes fictícios, Denise e Luís, cujas condições de vida ilustram muito bem até que ponto a vulnerabilidade psicossocial chega no Brasil, agravada pela conjuntura sociopolítica a que estamos expostos nos anos mais recentes, em pleno século XXI (LOBOSQUE, 2021).

Denise tinha 15 anos de idade quando chegou ao nosso serviço. Sabíamos muito pouco da sua história – uma história toda quebrada e cheia de lacunas. O pouco que soubemos é que seus pais, pessoas em situação de rua, numa cidade próxima de Belo Horizonte, entregaram Denise ainda muito pequena e seu irmãozinho mais novo para um abrigo local. Deste abrigo, os dois foram adotados por uma família conhecida de seus pais. Entretanto, quando Denise chegou à puberdade, esta família devolveu-a ao poder público. Eles se queixavam de que ela estaria tendo um comportamento sexual inadequado; logo, ficaram com o irmãozinho e “devolveram” Denise. A este respeito, a

adolescente dizia então – e depois não voltou a tocar mais nesse assunto – que teria sofrido assédio sexual por parte do pai adotivo. Tudo muito lacunar e fragmentado, difícil ou mesmo impossível de reconstituir. Denise, depois de “devolvida” por causa do “defeito de fábrica” na sexualidade, passou por muitos e muitos abrigos na região da grande Belo Horizonte. No último abrigo em que esteve, começou a apresentar alguns sintomas psíquicos dos quais pouco sabemos. No entanto, algo de grave aconteceu, quando uma funcionária com a qual tinha uma relação afetuosa se afastou da instituição. Denise pulou da janela de um segundo andar e teve várias fraturas; atendida em um hospital geral, foi depois encaminhada para um hospital psiquiátrico de crianças e adolescentes que ainda existe em Belo Horizonte, embora hoje em vias de transformar-se em um CAPS. Ela ficou um ano dentro de uma enfermaria psiquiátrica sem justificativa para tão longo tempo de internação (aliás, as internações prolongadas se caracterizam por não ter justificativa!). Nesta enfermaria, segundo a profissional do hospital que nos encaminhou o caso, ela “aprendeu a se cortar”. E os cortes de Denise não eram cortezinhos leves, superficiais, como muitas vezes as adolescentes fazem; ela realmente rasgava a própria carne, com cortes fundos, desses que deixam cicatrizes. Com muitas cicatrizes e esta prática de rasgar-se, ela nos chega.

Após a alta do hospital psiquiátrico, Denise passou a viver em mais um abrigo, frequentando o nosso CAPS em regime de permanência-dia. Tinha grande dificuldade para frequentar a escola e para relacionar -se com as colegas do abrigo. O abrigo, por sua vez, não fazia a mínima questão de ficar com ela. Nas situações de conflito com as colegas ou com as cuidadoras, ela fazia cortes profundos nos braços, nas pernas, na barriga. Estes cortes provocavam um efeito insuportável em quem a assiste. Entretanto, há algo de insuportável sobretudo para ela, que a leva a rasgar-se desta maneira. Denise era transferida de abrigo em abrigo e, entre eles, circulavam fotografias destes cortes causando repulsa e medo em quem as via e uma rejeição a priori à admissão de Denise. Isso gerou várias situações de manejo muito difícil. Os abrigos não queriam aceitá-la, pressionavam para que ela ficasse 24 horas por dia conosco, indefinidamente; para que a internássemos em alguma instituição; para que a mandássemos, enfim, para qualquer lugar, desde que bem longe deles. Contudo, mesmo naqueles poucos abrigos que tentavam acolhê-la com algum afeto, mais cedo ou mais tarde, os cortes recomeçavam, sempre da mesma maneira.

Estes cortes aconteciam também no serviço de saúde mental, sempre da mesma maneira, numa estereotipia que abordagem alguma conseguia superar. Ela não tinha muitas palavras para falar por quê fazia isso; aliás, não tinha palavras para falar da sua própria história, nunca havia história alguma para contar; era como se o próprio formato da história, de qualquer história – um começo, um fim, um enredo, um sentido – lhe fosse inacessível. Conversar com Denise era assim: ela pedia uma coisa – um vestido, dinheiro para fazer uma tatuagem, autorização para dormir no serviço – pedidos geralmente pueris, aos quais se agarrava, no entanto, com muita tenacidade. Quando era preciso recusar o que pedia, era inútil explicar-lhe as razões, mesmo que fossem boas e legítimas; e era quase impossível desviar sua atenção para outra coisa, mudar de assunto, provocar seu interesse em algo diferente. Ela insistia, por fim se alterava, e lá vinham os cortes. Então, o laço tinha de ser construído a partir dessas demandas que ela trazia, essas demandas reiteradas e um pouco aleatórias. Um de nós a acolhia: “Denise vamos conversar, me conta o que está acontecendo, me conta sobre sua vida, me fala o que se passa com você”; mas ela não sabia e nem queria jogar esse jogo da conversa, tampouco sabia falar mais longamente de si – e tudo se repetia e recomeçava.

Denise muitas vezes dizia que estava grávida. Era algo delirante, pois não havia gravidez alguma do ponto de vista factual; no entanto, ela estava certa de que sim e sentia no corpo uma série de alterações que indicariam essa gravidez. Nesses momentos, ela se lembrava do irmão pequenininho, aquele que fora adotado com ela. Era uma coisa muito sofrida, tanto mais sofrida por lhe faltarem palavras para dizer – e, também, porque nos faltava, a nós, ouvidos para escutar. Nós não sabíamos bem escutar que, em certas ocasiões, o sujeito que não diz, não é porque não quer dizer nada; não diz, mas não é porque deseja esconder, é porque não consegue. Nós não sabíamos bem como escutar que o sujeito muitas vezes padece de um impossível de dizer. Assim, Denise não consegue encontrar algum cabimento para si, seja no serviço de saúde mental, seja no abrigo, seja na escola, seja em qualquer ponto da cidade – e nós não sabíamos, como muitas vezes não sabemos, o que fazer para ajudá-la em uma tão dura condição de vida.

Há um outro caso, o caso de Luís, que se encontra até hoje sob os cuidados do CAPSi (Denise, após completar 18 anos, foi transferida para um CAPS de adultos). Trata-se de um menino que chegou ao serviço aos 12 anos de idade – nem era púbere ainda, era uma criança. Sabia-se pouquíssimo

a respeito dele. Seu pai, dizem, era um homem de certa importância no tráfico, que Luís não conheceu. O menino foi criado pela mãe e pela avó; a mãe saiu de casa e a avó ficou com ele por algum tempo. Esta avó, ao que tudo indica, intencionalmente, provocava queimaduras na criança pequena, cujas cicatrizes permanecem até hoje. Iniciou-se um processo contra a avó, que não foi adiante. Luís foi abrigado, passando, também ele, por uma série de instituições.

O que há de insuportável, no caso de Luís, é o desafio que ele colocava, sob a forma de uma entrada incessante, no campo do outro. Ele entra no outro, ele entra todo o tempo no espaço do outro: por exemplo, quando há gente na sala de plantão, Luís entra, senta-se, pega o carimbo, pega um papel, pega uma bolsa, mexe aqui, mexe ali; e acha graça do desconforto que provoca – como se esse desconforto fosse ao menos uma prova de seu reconhecimento pelo outro, da admissão mesma de sua existência por parte do outro. Ora, ninguém aguenta isso mais do que um ou dois minutos – e ele não para! Então, há um manejo que é eternamente repetido: “Não, Luiz; espera aí; me dá isso aqui; isso aqui não pode; não chega pegando nas coisas assim; agora chega, vamos lá pra fora, vamos fazer oficina, tomar um lanche, vamos inventar alguma coisa!” Algumas vezes, para interromper este circuito, é preciso tirá-lo à força da sala de plantão, onde, aliás, não deveria ter entrado (nas outras dependências do serviço, onde sua permanência é livre, este tipo de comportamento não acontece). Um outro traço de Luís: come demais, joga comida sem limite dentro de seu corpo já obeso e é difícil fazê-lo parar: certo dia, comeu, um atrás do outro, 13 pães!

Luís também não tem muitas palavras para contar casos, não dispõe de enredos; ele tampouco conhece a própria história. Fica muito tempo no serviço, às vezes 24 horas diárias, por uma, duas, três semanas. O abrigo, que não o suporta, facilita sua evasão; quando foge, fica na rua por dias e dias, todo sujo, doente, se expõe ao tráfico de drogas, à prostituição. Então, tínhamos de dizer: “Luís, sentimos muito, mas até dar um tempo, até você ficar mais cuidado, mais sadio, vai ter que ficar aqui com a gente, mesmo que não queira. Você vai ter que ficar uma a duas semanas”. Ele tampouco encontrava lugar para si, onde quer que estivesse; e nós, da mesma forma, nos perguntávamos como cavar, com ele e para ele, algum espaço cabível onde algum conforto, algum sossego fosse possível.



Estes são dois exemplos de extrema vulnerabilidade: adolescentes muito jovens, num desamparo, numa solidão enorme. Eles não têm acesso a uma dimensão de temporalidade, de sucessão do tempo e suas etapas, o passado e o futuro; o amanhã é só o amanhã, não é depois de amanhã, não há o mês que vem ou ano que vem. Habitam uma temporalidade muito estreita, como uma espécie de aprisionamento no instante, no momento. Como é que se pode instituir aí a dimensão de projeto, de futuro, de horizonte? Certamente, um difícil desafio.

### **A vulnerabilidade psicossocial: marcas e efeitos**

Bem, Denise e Luís são alguns dentre eles. E nós? Nós da equipe, da rede, da clínica da atenção psicossocial, do atendimento educacional especializado: como é que lidamos com isso, como recebemos isso? No CAPSi, em primeiro lugar, havia a compaixão diante de situações de desamparo tão visível, tão gritante. Havia afeto também: trata-se de uma equipe afetuosa, capaz de empatia e de solidariedade. Então, nós os tratávamos bem, ou tentávamos tratá-los bem. No entanto, as diferenças sociais penetravam em nosso meio de apreender a subjetividade e a situação destes jovens, sem que disso nos déssemos conta.

Vou recordar alguns dos direitos que temos, e consideramos naturais, evidentes – mas que são de certa forma privilégios, dependendo do enfoque que se dá. Fazem parte da nossa vida – da vida dos trabalhadores da equipe a que me refiro, mas também da vida de vocês que estão me escutando ou lendo, das pessoas que têm acesso a uma situação de funcionários públicos, a uma formação de nível superior, a um salário mensal, que somos professores, que somos professoras. Nossa posição é bastante modesta, não é nada elevado na escala social; no entanto, ela é suficiente para oferecer-nos certas garantias.

Um desses direitos ou garantias: se um de nós tivesse ficado sem os pais quando pequenino, ou se os nossos filhos nos perdessem, seria mais provavelmente por morte do que por abandono; e, em qualquer caso, teríamos uma rede familiar e social ampla o bastante, e uma condição, um recurso financeiro, impedindo que o nosso destino fosse o abrigo. A classe a que nós pertencemos não é uma classe cujos filhos vão para abrigos. Esta é uma experiência que nós desconhecemos.

Por outro lado, certas experiências constitutivas de nossa vida são praticamente ausentes da vida deles. A escola, para Denise ou para Luís, é uma exceção. Eles vão um dia, e não vão por três meses. A entrada na escola e a permanência nela são extremamente difíceis para adolescentes como eles, por diversos motivos. Ora, a escola para nós é rotina e não exceção. Também faz parte de nossa vida toda a disciplina que ela requer: acordar cedo, fazer a tarefa, apresentar-se limpo, cuidar dos cadernos. Quanto à moradia: por mais simples que seja a nossa casa, ela é uma casa, onde os adultos cuidam das crianças; e a vida dentro dela é uma experiência profundamente entranhada em nós. O salário: por pouco que seja, nosso salário de funcionários públicos é um salário que a gente recebe todo mês em troca do nosso trabalho. Enfim, o nosso perfil de vulnerabilidade/fragilidade é muito diferente. Pode-se retrucar que não estou contando nenhuma novidade; e não estou mesmo, porque isso é uma coisa que nós todos sabemos; mas o que talvez nós não nos tenhamos dado conta, o que talvez seja difícil perceber, é o impacto que essas diferenças, esses graus de vulnerabilidade tão distintos, trazem para a própria constituição da subjetividade.

Por exemplo: Luís e Denise são pessoas muito inteligentes, que se viram muito bem sob certos aspectos da vida, são espertos o bastante; eles não têm déficit cognitivo. No entanto, não dispõem de recursos argumentativos – não conseguem argumentar, dizendo “Eu quero isso por causa disso ou daquilo” ou “Eu não aceito que façam isso ou aquilo comigo”, “Isso é justo, aquilo é injusto”. Para aprender a argumentar, você tem que ter tido um certo treino intelectual, que eles nunca tiveram; tem que ter tido um certo reconhecimento dos outros, dos adultos, de que você é alguém que tem direito à voz – o que eles não tiveram tampouco. Então, quando são injustiçados de alguma forma, ou quando se sentem injustiçados, eles não têm muito como reagir; quebram coisas, agredem a si mesmos ou aos demais. Temos dificuldade em apreender isto; então dizemos que eles têm “baixo limiar de frustração”, ou que “não aceitam limites”, recorrendo a um palavreado que mistura as estereotípias do discurso psi com aquelas do discurso moral. E, muitas vezes, acaba-se apelando para algum tipo de punição, mesmo que disfarçada e não assumida enquanto tal.

Há alguma coisa também na dimensão do afeto. Nós nos dirigimos a eles muito afetuosamente, ao menos a equipe do CAPS a que me refiro assim o fazia, mas esperamos – a afetividade humana tem dessas coisas – uma

retribuição em termos de gratidão, que se reflita no bom comportamento. Esperamos que passem a atender as regras, que não briguem com a gente, não nos agridam, não nos aborreçam – esperamos, enfim, que sejam gratos de alguma forma ao que fazemos por eles, mas a coisa não funciona assim. Nós, as pessoas dessa classe social que é a da equipe da saúde ou da educação ou da assistência social, achamos que os nossos costumes, o nosso comportamento, a nossa moralidade, são de alguma forma, dados para a humanidade inteira; e aqueles que não os adquirem, portanto, teriam uma espécie de defeito de fábrica, seja neurológico, seja psicológico, seja espiritual, o que for. E não compreendemos que a formação de hábitos como a cortesia e a pontualidade, o assumir compromissos e o fazer combinados, exige uma certa organização social que estava totalmente ausente para estes jovens, desde a infância; perdemos de vista como, para eles, foi esgarçado o tecido social. O encontro com eles, apesar da nossa boa-fé, gera desencontros, quando começamos a esperar deles coisas que são impossíveis neste momento, nesta etapa de suas vidas, nesta tentativa demorada e difícil de estabelecer um laço com eles. Nós nutrimos expectativas porque, sim, gostamos deles, colocamos ali um amor, oferecemos um presente, fizemos um carinho, demos um abraço. Então, insistimos em que melhorem quando ainda é cedo demais para melhorar, para que entrem no nosso dueto, quando ainda não podem ou não querem cantar conosco no mesmo tom.

Certa ocasião, um técnico da equipe com o qual a Denise tinha um laço muito bom, de afeto e respeito, a fez prometer que não iria mais se cortar. Caso ela pensasse em se cortar, não o faria, mas iria procurar alguém e pedir ajuda, dizer o que estava acontecendo. Ela prometeu tudo. E o que foi que inevitavelmente aconteceu? Não demorou muito, chegou um momento em que o desespero dela transbordou e ela não deu conta, se cortou toda, novamente. O técnico ficou magoado porque Denise não cumpriu o combinado, e se afastou dela. Era uma pena, por ele, que investiu naquilo e ficou decepcionado, mas, sobretudo, era uma pena enorme, por ela, por causa do desamparo e da solidão desta menina – que prometera por amor, mas prometera uma coisa que não podia prometer, que não se podia pedir que ela promettesse. Os hábitos do compromisso, da combinação, da palavra empenhada, formam-se num tecido social cujas malhas se enlaçam de certa maneira – e, no entanto, mesmo quando desenvolvemos tais hábitos, sempre há certas promessas que nenhum de nós nunca deve fazer, pois não as conseguiremos cumprir!

## **Face a repetições e cicatrizes, ofertar um laço**

Então, o nosso encontro com estes adolescentes não é fácil, porque nós, seres humanos, podemos ser muito bons, podemos ser generosos, ter muita pena do outro, mas podemos também ter o coração muito duro: somos duros demais quando exigimos do outro coisas que ele não tem como fazer, respostas que ele não tem como dar. Muitas vezes, entra dia e sai dia, semana após semana, a equipe segue ofertando um carinho, acolhendo a dor da menina, o sofrimento do menino, e a menina não melhora, o menino não se comporta. Ela não passou a tratar as pessoas bem, não cumpriu o combinado; continua se cortando. Ele continua entrando na sala de plantão e pegando tudo quanto é objeto que está lá. E então pode acontecer: a equipe começa a ficar com raiva. O problema não é tanto ficar com raiva, pois a raiva muitas vezes é um sentimento difícil de evitar; o pior é deixar que a raiva domine, que a raiva endureça o coração, determine a nossa forma de tratar as pessoas.

As repetições são muitas: Denise se rasgou de novo, pela milésima vez; Luís chutou a porta e entrou à força na sala de plantão, pela milésima vez. Eles estão conosco há 2 anos, há 3 anos, e isso continua acontecendo! Então, ficamos não só irritados, mas desalentados também. E, assim, deixamos de perceber algumas coisas importantes. Deixamos de ver que nestes 2 ou 3 anos aconteceram coisas interessantes, importantes na vida deles e que eles criaram, sim, um laço conosco, reconhecem e desejam a nossa presença em suas vidas. Se há atuações que se repetem com intensidade, com frequência, é porque se relacionam a cicatrizes muito arraigadas neles; trata-se de algo muito antigo, tem raiz muito profunda, vem de um tempo enorme de abandono, de desamparo. Tempo em que não havia, ou faltava abruptamente, um outro que atendesse a um pedido, consolasse um choro, afastasse um medo. Sim, são experiências indeléveis, que se ancoram muito no fundo e é uma pretensão enorme nossa imaginar que é possível fazê-las desaparecer, como se nunca tivessem existido. Nihilismo terapêutico? Não, pois é possível, sim, buscarmos uma certa reformulação de suas posições subjetivas. Não vai dar para Denise passar a vida a rasgar o próprio corpo dessa maneira, ou Luiz passar a vida agarrando com a mão tudo o que está diante de si; isso torna muito difícil o convívio, há alguma coisa aí que precisa, sim, modificar-se. Mas isso leva muito tempo, e requer não só paciência, mas uma enorme tenacidade. Uma tenacidade radical, que concerne, sobretudo, à oferta do laço.

No começo, a oferta às vezes se faz de uma forma um pouco espetacular, ou um pouco ingênua: “Ela gosta tanto de ficar bonita, quer tanto fazer tranças no cabelo; vou pagar o salão”. Ou: “Ele nunca teve uma caixa de lápis de cor e agora está voltando para a escola; aqui está uma caixa de lápis de cor”. Não há nada contra em fazer isso, toda forma de generosidade é bem-vinda, mas só se for generosidade pra valer, ou seja, sem esperar nada em troca, sem esperar nem mesmo efeito de mudanças, melhoras etc. Mais difícil e mais importante do que pagar a feitura das tranças ou dar a caixa de lápis de cor é, enquanto se faz isso, e sobretudo depois que se faz isso, continuar tentando, insistindo, apostando, acolhendo, sem desistir nem desesperar, sem ceder ao cansaço face a expectativas não cumpridas – expectativas, aliás, que nada nem ninguém nos autorizou a alimentar.

Certa vez, viramos a cidade do avesso e descobrimos a mãe da Denise em algum lugar – a mãe da qual ela nada mais recordava a não ser o nome – e sugerimos que ela fizesse uma visita para Denise. Essa visita aconteceu, Denise chorou, a mãe chorou, nós todos choramos; o encontro foi filmado; mais um pouco e a cena ia ficar mais açucarada que novela de televisão. Foi uma coisa bonita, quem participou não vai esquecer. Mas não podemos esquecer também que não havia nada de cor de rosa, nenhum *happy end* de novela, pois, quando fomos buscar essa mãe, sabíamos que ela não poderia ser aquela mãe do jeito que supomos ter faltado para Denise, ou como aquela mãe do jeito que ela supõe que lhe faltou. Era só uma presença, era uma aposta num laço entre elas que, na melhor das hipóteses, seria tênue, instável; e que podia também não se constituir. Daí a cautela necessária, pois, até no desejar o bem do outro, a nossa expectativa muitas vezes é um pouco excessiva. Quando oferecemos algo – no caso, a possibilidade de encontro entre mãe e filha – temos de saber que este algo é precário, frágil, sem alimentar fantasias que não irão se realizar.

Por isso, a tenacidade é um elemento essencial. Você tem que estar lá por muito tempo, você não pode desistir. Você pode, e muitas vezes deve, dizer não quando Denise ou Luís pedem isso ou aquilo; você pode, e muitas vezes deve, dizer que eles não podem fazer determinadas coisas. Mas você só pode dizer um não se antes você tiver dito plenamente um sim – o sim de um acolhimento incondicional. Como se você dissesse a cada um deles: “Você não pode me prometer nada, mas eu posso prometer a você que estarei, que estaremos com você. Você vai e vem, eu também vou e venho, alguns de nós se afastam, outros se aproximam; mas estarei aqui,

estaremos aqui, não vamos recuar na nossa oferta de cuidar de você”. Este é o laço tenaz, ao mesmo tempo delicado e resistente, que é preciso criar. Ele não se faz apenas entre duas pessoas: são laços coletivos, sociais; laços com a equipe, laços com o abrigo, laços com a cidade – e é isso que a clínica da atenção psicossocial tem que fazer (LOBOSQUE, 2007).

### **A dor, a solidão, o desamparo: questões para o SUS e as políticas públicas**

No meu caso, particularmente, tudo isso me conduziu a um dos laços mais preciosos da minha vida que é o laço da militância política no movimento da luta antimanicomial (LOBOSQUE, 2018). Sim, sabemos que a militância no Brasil ameaça tirar toda a nossa esperança: nesses anos todos, conseguiu-se tanta coisa, e agora tudo voltou para trás. Sim, a raiz é muito antiga, as cicatrizes são também indelévels: os índios assassinados, os negros sequestrados nos navios, a solidão, o abandono, a covardia, a crueldade. Isso tudo é muito antigo no Brasil; isso tudo é antiquíssimo na história humana; é mais velho do que a fome. E nem sequer podemos dizer que houve um mundo diferente, que precisamos retomar ou refazer. Não: nós vamos ter que tentar o que nunca houve, o que nunca foi possível: uma sociedade mais justa, mais igual. Nunca foi possível até agora, mas temos de apostar nessa possibilidade.

Termino, portanto, homenageando o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica, que é estreitamente ligada a ele. Termino afirmando que o SUS e a Reforma Psiquiátrica foram a única possibilidade para que nós, dessa nossa classe social, pudéssemos encontrar os problemas concretos de uma classe diferente da nossa e entender um pouquinho essa dor, essa solidão, esse desamparo, mesmo com todos os desencontros, mesmo com todas as dificuldades. Termino destacando que, por grande que seja a disparidade entre a nossa classe e a de nossos usuários, há uma disparidade absurdamente maior entre nós, trabalhadores e usuários do SUS, e aqueles cujo poder realmente domina e oprime. Termino dizendo que esses nossos direitos de classe média, que não são direitos universais, deveriam ser direitos universais e que apenas políticas de saúde como o SUS os podem assegurar – o SUS é o único campo que conheço no qual

nós, brasileiros, conseguimos entender o que é igualdade; no qual nós, brasileiros, entendemos que há direitos que são de todos; e que devem tanto mais ser assegurados às pessoas quanto mais frágeis e vulneráveis elas estiverem. Assim se pauta o SUS, assim se devem pautar as políticas públicas num país que busque a democracia e a justiça social.

## Referências

LOBOSQUE, Ana Marta. CAPS: laços sociais. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 53-60, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 ago. 2021.

LOBOSQUE, Ana Marta. Foucault e a luta antimanicomial brasileira: uma intensa presença. **Psicologia em revista**, v. 24, p. 324-336, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p324-336>. Acesso em: 18 ago. 2021.

LOBOSQUE, Ana Marta; LIMA, Daniel Márcio Pinheiro; GONÇALVES, Ana Cláudia Neves; BOROWSKY, Fabiana; TORRES, Adriana Condessa; SANTOS, Janylle Gabrielle da Silva; FERREIRA, Joelsom de Moares. Atenção à crise nos Brasis: uma experiência democrática de formação. **Cadernos do Cuidado**, v. 3, p. 49-63, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/cc.v3n1.89>. Acesso em: 18 ago. 2022.

LOBOSQUE, Ana Marta. A apresentação contemporânea das psicoses. *In*: LOBOSQUE, Ana Marta. **Intervenções em saúde mental**: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 219-237.



## **POSFÁCIO:**

Do interesse pela leitura de “Fármacos, remédios, medicamentos 2” e seu desafio sobre “o que a educação tem com isso”, trazendo debates e diálogos continuados e interdisciplinares

Claudio Roberto Baptista



## **Do interesse pela leitura de “Fármacos, remédios, medicamentos 2” e seu desafio sobre “o que a educação tem com isso”, trazendo debates e diálogos continuados e interdisciplinares**

Claudio Roberto Baptista

As últimas décadas têm sido um período marcado por desafios que parecem estar associados a uma contradição: apesar de existir um avanço no conhecimento científico que nos permitiria realizar leituras que consideram a complexidade dos fenômenos humanos e sua evidente multideterminação, temos visto a consolidação de propostas que isolam e fragmentam nossos gestos, na busca de explicações para a origem desses fenômenos que são identificados como pessoais, corporais e desconectados de uma rede social que os produz. Tal direcionamento nos leva a claros efeitos em termos de propostas de intervenção que se mostram simplificadoras e fragmentárias, com excessiva responsabilização de cada um. Corpos e histórias concebidos como gênese e movimento individual.

O presente livro se organiza como uma clara reação a essa tendência que habita diferentes campos de intervenção. Para isso, reúne profissionais de áreas distintas, mas fortemente implicadas nos fenômenos relativos à medicalização e à patologização da vida, muitas vezes decorrendo em sua farmacologização. O livro traz uma reivindicação ética: como esse tempo, essa concepção e essa prática incidem na educação?

Organizado na forma de coletânea, oriundo de um espaço de formação acadêmica pós-graduada em educação, esse conjunto de textos nos mostra que há grupos articulados que resistem e que expõem suas análises como quem olha “para a própria pele”, ao se reconhecer como implicado na condição de produtor ou disruptor de um ciclo, analisando suas recorrências e suas repetições, assim como desafiando às potências.

Esse gesto de identificar-se como parte do “problema” lembra as iniciativas de Allen Frances, em 2013, ao se propor como um contundente crítico do Manual Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria em sua 5ª versão, depois de ter sido o responsável pelo grupo de trabalho que escreveu a quarta edição (DSM-IV). Quem conhece os bastidores pode discutir como organizar o cenário e antecipar riscos, mas para isso é fundamental manter viva a capacidade de ler os movimentos instituintes em novos processos. Esse é o recado da crítica, como também do livro.

É particularmente potente a emergência de um ciclo gerador, quando críticas contemplam propostas e um grupo de profissionais é reunido para pensar e nos fazer pensar, tal como materializa o presente o livro. Estão reunidos na obra profissionais de áreas como a Educação e a Saúde, com forte presença de representantes da Psicologia, Pedagogia e Medicina, afinal esses campos de conhecimento e de intervenção têm grande responsabilidade quando se trata do risco de patologizar a vida. Também estão no livro autores da Enfermagem, Educação Física e Terapia Ocupacional.

Para além da necessária crítica à medicalização, patologização e farmacologização atravessando a escola e o ensino, abre-se um espaço de criação e de renovamento à afirmação: da vida, da diversidade e dos processos de inclusão. No livro encontramos diálogos que repropõem temáticas que são recorrentes nos debates sobre saúde mental e educação, como a transformação de dificuldades de aprendizagem em supostas patologias codificadas em quadros nosológicos ou a observação do incremento recente daquilo que, ao longo desses últimos anos, tem sido designado como uma “epidemia” de transtornos ou síndromes.

Algumas dessas categorias diagnósticas, apesar de sua precária sustentação científica, se multiplicam e pouco contribuem para a efetiva busca de alteração das condições sociais e escolares dos envolvidos. No presente conjunto de textos encontramos estudos que discutem alternativas no ato de diagnosticar e de inventar rotas curriculares, assim como os efeitos de recentes alterações provocadas pela pandemia de covid-19, com o afastamento social e suas consequências. Esses efeitos têm sido associados à intensificação do

sofrimento psíquico e ao aumento no número de casos de diagnósticos, mas a coletânea toca ainda na diversidade cultural ou ancestral, trazendo a concepção de vida e saúde dos povos indígenas brasileiros, sugerido a decolonização de nossas práticas e de nossa ciência, assim como situações de sofrimento no trabalho docente ou na vivência estudantil na educação superior.

Estamos, com o presente livro, diante de reflexões que associam de forma provocadora a pesquisa acadêmica e os desafios de pensar práticas que, esperamos, se multipliquem no fortalecimento das redes em defesa da educação, saúde e processos inclusivos. Trata-se de uma leitura indispensável para professores, clínicos e estudiosos interessados em saúde mental (na perspectiva da saúde coletiva), educação especial (na perspectiva da educação inclusiva), promoção da saúde e inclusão escolar.

# SOBRE OS AUTORES



Adriana Marcondes Machado  
Ana Carolina Christofari  
Ana Marta Lobosque  
Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila  
Aniê Coutinho de Oliveira  
Carla Biancha Angelucci  
Cecília Azevedo Lima Collares  
Clarissa Haas  
Clau Fragelli  
Cláudia Rodrigues de Freitas  
Claudio Roberto Baptista  
Daniele Noal  
Danielle Marques  
Deise Juliana Francisco  
Dorisnei Jornada da Rosa  
Kelly Cristina dos Santos Silva  
Luciana Vieira Caliman  
Maicon Cunha  
Márcia Moraes  
Maria Aparecida Affonso Moysés  
Maria Renata Prado Martin  
Marília Silveira  
Micaela Koch Schmitt  
Paula Fontana Fonseca  
Ricardo Burg Ceccim  
Ricardo Lugon Arantes  
Ricardo Luiz Narciso Moebus  
Rossano Cabral Lima  
Sabrina Helena Ferigato  
Sáshenka Meza Mosqueira  
Sheyla Werner  
Thaís Seltzer Goldstein

## Sobre os autores

**Adriana Marcondes Machado** – psicóloga, mestra e doutora em psicologia social, membro do Serviço de Psicologia Escolar e docente da Universidade de São Paulo, trabalha com psicologia escolar, educação inclusiva e relações saúde-educação.

e-mail: [adrimarcon@usp.br](mailto:adrimarcon@usp.br)

**Ana Carolina Christofari** – pedagoga, especialista em psicopedagogia institucional e tecnologias da informação e comunicação, mestra e doutora em educação, docente da Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: [carolc29@gmail.com](mailto:carolc29@gmail.com)

**Ana Marta Lobosque** – médica psiquiatra, doutora em filosofia, aposentada da rede municipal de saúde de Belo Horizonte (saúde mental e atenção básica) e docente aposentada da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

e-mail: [lobosqueanamarta@gmail.com](mailto:lobosqueanamarta@gmail.com)

**Ângela Aline Hack Schlindwein Ávila** – pedagoga, psicopedagoga clínica e institucional, especialista em Atendimento Educacional Especializado, mestranda em Educação, professora e coordenadora do Núcleo de Apoio à Inclusão, município de Ivoti.

e-mail: [angela.hack@hotmail.com](mailto:angela.hack@hotmail.com)

**Aniê Coutinho de Oliveira** – educadora física, mestra e doutora em educação, docente da Universidade Federal de Pelotas, coordenadora do Observatório de Práticas Integrativas: educação e saúde.

e-mail: [anieoli@gmail.com](mailto:anieoli@gmail.com)

**Carla Biancha Angelucci** – psicóloga, mestra em psicologia escolar, doutorada em psicologia social, docente da Universidade de São Paulo nas áreas de Educação e Ciências Sociais e Educação Especial.  
e-mail: b.angelucci@usp.br

**Cecília Azevedo Lima Collares** – pedagoga, mestra em psicologia da educação, doutora em sociologia e política, livre-docente em psicologia educacional e docente aposentada da Universidade Estadual de Campinas.  
e-mail: cecilia.collares1@gmail.com

**Clarissa Haas** – pedagoga e musicista, mestra e doutora em educação, especialista em educação infantil e em educação a distância, pesquisadora em educação especial, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
e-mail: cla.haas@hotmail.com

**Clau Fragelli (Maria Cláudia Bullio Fragelli)** – pedagoga, bacharel em Imagem e Som, especialista em história da arte, mestra em terapia ocupacional, professora de educação infantil na Unidade de Atendimento à Criança da Universidade Federal de São Carlos.  
e-mail: claufragelli@gmail.com

**Cláudia Rodrigues de Freitas** – pedagoga, mestra e doutora em educação, com pós-doutorado em educação especial (Cagliari/Itália), docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar.  
e-mail: freitascrd@gmail.com

**Claudio Roberto Baptista** – psicólogo, mestre e doutor em educação, com pós-doutorado (Roma/Itália), pesquisador de educação especial e políticas de inclusão escolar, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
e-mail: baptistacaronti@yahoo.com.br

**Daniele Noal Gai** – educadora especial, mestra e doutora em educação, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do projeto “Entre: artesanias da diferença” - educação e saúde públicas, deficiência e loucura.

e-mail: daninoal@gmail.com

**Danielle Marques (da Cruz)** – educadora especial, especialista em neuropsicopedagogia e desenvolvimento humano, mestranda em Educação, professora do Atendimento Educacional Especializado em Porto Alegre/RS.

e-mail: daniellemoralles@gmail.com

**Deise Juliana Francisco** – psicóloga, mestra em educação e doutora em informática na educação, com pós-doutorado em ensino, filosofia e história das ciências, docente da Universidade Federal de Alagoas, editora da Revista Debates em Educação.

e-mail: deise.francisco@cedu.ufal.br

**Dorisnei Jornada Da Rosa** – psicóloga, psicanalista e terapeuta em estimulação precoce, mestre em psicanálise, doutoranda em Educação, docente e coordenadora da pós-graduação em estimulação precoce da Faculdade Mário Quintana.

e-mail: dorisnejornada@yahoo.com.br

**Kelly Cristina dos Santos Silva** – psicóloga, pedagoga, mestra em educação e saúde na infância e adolescência, doutora em educação, professora de educação infantil, município de São José dos Campos.

e-mail: kellyctoss@gmail.com

**Luciana Vieira Caliman** – psicóloga, mestra e doutora em saúde coletiva, com pós-doutorado em psicologia e educação (Coimbra/Portugal), docente da Universidade Federal do Espírito Santo.

e-mail: calimanluciana@gmail.com

**Maicon Cunha** – psicólogo, mestre e doutor em psicanálise, docente da Universidade Estácio de Sá, membro do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, supervisor e diretor clínico do Instituto de Estudos da Complexidade.  
e-mail: mpcrj1@gmail.com

**Márcia Oliveira Moraes** – psicóloga, mestre e doutora em psicologia, pós-doutora em psicologia social (Lancaster University), docente da Universidade Federal Fluminense, pesquisadora produtividade no campo da deficiência visual, pelo CNPq.  
e-mail: marciamoraes@id.uff.br

**Maria Aparecida Affonso Moysés** – médica pediatra, doutora em medicina, livre-docente em pediatria social, docente aposentada da Universidade Estadual de Campinas, participa do Centro de Investigações em Pediatria.  
e-mail: mariaaparecidamoyses@gmail.com

**Maria Renata Prado-Martin** – psicóloga, mestra em psicologia e doutora em educação, com pós-doutorado em ciências sociais e da educação (Paris/França), pesquisadora associada da Universidade Paris Descartes e do Centro de Formação L’Horizon.  
e-mail: mariarenataprado@gmail.com

**Marília Silveira** – psicóloga, mestra, doutora e pós-doutora em psicologia, docente visitante da Universidade Federal de Alagoas, possui trajetória de pesquisa e intervenção no campo da Gestão Autônoma da Medicação.  
e-mail: mariliasilveira.rs@gmail.com

**Micaela Koch Schmitt** – enfermeira, especialista em Saúde Mental, mestranda em educação, tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e enfermeira do Colégio de Aplicação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
e-mail: mikacolorada@yahoo.com.br



**Paula Fontana Fonseca** – psicóloga, mestra pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Ipusp) e doutora pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (Feusp). Psicóloga do Serviço de Psicologia Escolar do Ipusp.  
e-mail: pff@usp.br

**Ricardo Burg Ceccim** – mestre em educação, doutor em psicologia clínica, com pós-doutorado em antropologia médica (Tarragona/Espanha) e estágio sênior em políticas sociais e de saúde (Parma/Itália), docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
e-mail: burgceccim@gmail.com

**Ricardo Lugon Arantes** – médico psiquiatra, mestre em educação, doutorando em psicologia social e institucional, docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Centro Universitário Instituto Evangélico de Novo Hamburgo.  
e-mail: ricardolugon@gmail.com

**Ricardo Luiz Narciso Moebus** – médico psiquiatra, mestre e doutor em clínica médica, pós-doutor em Racionalidades em Saúde, docente da Universidade Federal de Ouro Preto e psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Ouro Preto/MG.  
e-mail: ricardo.moebus@gmail.com

**Rossano Cabral Lima** – médico psiquiatra, mestre e doutor em saúde mental coletiva, docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Infância e Adolescência.  
e-mail: rossanolima1@gmail.com

**Sabrina Helena Ferigato** – terapeuta ocupacional, especialista em saúde mental, mestra em filosofia social, doutora em saúde coletiva, docente da Universidade Federal de São Carlos e convidada da Universidade Estadual de Campinas.  
e-mail: sabrinaferigato@gmail.com

**Sáshenka Meza Mosqueira** – psicóloga, especialista em práticas psicológicas em instituições, mestra e doutora em psicologia escolar e do desenvolvimento humano, docente da Universidade Paulista.

e-mail: sashenkameza@gmail.com

**Sheyla Werner (Freitas)** – pedagoga, especialista em saúde mental coletiva (residência) e em educação em saúde mental, mestra e doutora em educação, docente do Centro Universitário Ritter dos Reis.

e-mail: sheylawerner@gmail.com

**Tháís Seltzer Goldstein** – psicóloga, aprimoramento em saúde mental, mestra em antropologia, doutora em psicologia escolar e do desenvolvimento, docente da Universidade Federal da Bahia.

e-mail: gold.thais@gmail.com



# **ÍNDICE REMISSIVO**

---

## Índice remissivo

### A

---

afecção 291  
afeto 73, 291, 301, 343, 346, 347, 348  
afetos 63, 84, 278, 291  
Afetos 260  
AMARANTE, Paulo 60, 186, 219, 247, 298  
ANGELUCCI, Carla Biancha 159, 183, 216  
anormais 68, 129, 131, 132, 133, 136  
Anormais 299  
atenção psicossocial 7, 346, 351  
Atenção Psicossocial 240  
atender 101, 147, 211, 348  
atendimento educacional especializado 207, 211, 306, 346  
ausência 63, 90, 91, 141, 144, 209, 236, 270, 279, 292

### B

---

BASAGLIA Franco 247  
biologização 117, 141, 145  
biomedicina 61, 106, 228, 251, 274  
biomédico 101, 102

### C

---

CALIMAN, Luciana Vieira 216, 302  
CANGUILHEM, Georges 231  
capacitismo 84, 237  
CAPONI, Sandra 183, 316  
Ceccim, Ricardo Burg 232  
CHRISTOFARI, Ana Carolina 185, 217  
cogestão 243, 247  
COLLARES, Cecília Azevedo Lima 116, 216, 217, 233  
comunidade escolar 228  
CONRAD, Peter 184, 271  
COSTA, Jurandir Freire 219, 231  
criança 82, 88, 93, 101, 102, 103, 106, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 120, 126, 128, 130, 132, 133, 136, 137, 138, 145, 164, 186, 208, 211, 213, 215, 220, 222, 227, 256, 265, 267, 277, 278, 287, 294, 295, 298, 307, 308, 317, 344  
crianças 59, 60, 61, 73, 74, 76, 92, 101, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 116, 117, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 145, 183, 184, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 219, 220, 221, 222, 224, 229, 254, 255, 256, 257, 263, 264, 265, 267, 276, 277, 278, 285, 287, 288, 289, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 304, 306, 307, 308, 310, 318, 342, 343, 347  
cuidar 132, 223, 226, 241, 242, 244, 276, 278, 294, 347, 351

### D

---

deficiência 81, 83, 86, 103, 138, 143, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 163, 207, 208, 212, 218, 222, 235, 237, 238, 241, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 273, 305, 306  
deficiências 85, 235, 238, 313  
despotencialização 115  
diferenças humanas 159, 183, 216  
Direitos 86, 91, 98, 99, 159, 277

### E

---

educação em saúde 7  
educação inclusiva 5, 25  
Educação Inclusiva 159, 161  
educar 278, 295  
encontro 63, 86, 92, 94, 97, 115, 149, 211, 215, 232, 233, 243, 258, 268, 278, 296, 297, 348, 349, 350  
encontros 94, 209, 215, 223, 241, 243, 250, 278, 282, 286  
ensinar 115, 120, 215, 216  
escola 5, 81, 88, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 139, 145, 146, 147, 152, 153, 154, 157, 158, 160, 186, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 217, 221, 222, 224, 225, 227, 228, 230, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 275, 281, 282, 289, 292, 293, 306, 315, 317, 343, 344, 347, 350  
escolarização 101, 102, 103, 107, 108, 110, 112, 115, 123, 134, 150, 208, 218, 222, 259, 262, 264, 265, 266, 267, 270, 275, 277, 278, 306, 313

### F

---

fármacos 74, 106, 211, 226  
FOUCAULT, Michel 98, 184, 231, 299, 300, 317  
Fracasso Escolar 116, 117  
FRANCES, Allen 59, 317  
FREITAS, Cláudia Rodrigues de 216, 217

### G

---

Gestão Autônoma da Medicação 250  
governamentalidade 88, 89, 97  
GUATTARI, Félix 99, 300

### I

---

Infantojuvenil 59, 60

### L

---

LIMA, Rossano Cabral 59, 186  
LOBOSQUE, Ana Marta 352

## **M**

---

MACHADO, Adriana Marcondes 218, 232, 233  
Medicalização 103, 104, 105, 106, 109, 111, 113,  
114, 116, 117, 183, 186, 217, 218, 232, 233  
medicalização da aprendizagem 124, 128, 134  
medicalização da vida 145, 218, 251, 269  
Moysés, Maria Aparecida Affonso 59  
multiplicidade 88, 108, 223

## **N**

---

neofascismo 232  
neoliberalismo 232, 248  
normalização 90, 101, 115, 222, 224, 226, 270,  
307, 312

## **O**

---

oficina 154, 240, 280, 345

## **P**

---

PANDE, Mariana 60, 186, 219  
PATTO, Maria Helena Souza 117, 233  
portas de saída 6  
presença 7, 235  
pré-vestibular 303

## **R**

---

ROSE, Nikolas 61, 273, 274

## **S**

---

saúde mental 58, 60, 68, 85, 91, 98, 99, 207, 208,  
211, 235, 238, 240, 242, 243, 244, 246, 248, 249,  
250, 276, 278, 279, 282, 283, 284, 285, 286, 287,  
289, 290, 291, 292, 294, 296, 297, 299, 300, 301,  
313, 344, 352  
ser criança 208, 215  
singularidade 143, 145, 211, 256, 268  
singularidades 81, 147, 150, 151, 245  
sofrimento docente 7  
sofrimento psíquico 68, 69, 115, 209, 217, 278,  
279, 282, 283, 287, 289, 290, 297

## **T**

---

trabalho docente 106, 147, 158, 217, 277, 282,  
291, 297

## **W**

---

WINNICOTT, Donald Woods 187, 220



**NEPIE**





A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha “e-livro, e-livre”, de financiamento colaborativo. Acesse a página e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e de todas.

## Acesse nossos links:

- >> [Biblioteca Digital da Editora Rede Unida](#)
- >> [Campanha “e-livro, e-livre” de sustentabilidade das publicações abertas](#)

**E lembre-se:** compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora.

## Ajude a divulgar essa ideia!

### FÁRMACOS, REMÉDIOS, MEDICAMENTOS: O QUE A EDUCAÇÃO TEM COM ISSO? VOLUME 2 – DEBATES CONTINUADOS, DIÁLOGOS INTERDISCIPLINARES



**CECCIM**, Ricardo Burg; **FREITAS**, Cláudia Rodrigues de; **ANGELUCCI**, Carla Biancha (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a educação tem com isso? Volume 2 – debates continuados, diálogos interdisciplinares**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Vivências de Educação na Saúde, v. 27). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-001-7.

**Para além** da necessária crítica à medicalização, patologização e farmacologização que no contemporâneo atravessa a escola e o ensino, o presente livro abre um espaço de criação e de renovamento da afirmação da vida, da diversidade e dos processos de inclusão. **No livro** encontramos diálogos que repropõem temáticas que são recorrentes nos debates sobre saúde mental e educação, como a transformação de dificuldades de aprendizagem em supostas patologias codificadas em quadros nosológicos ou a observação do incremento recente daquilo que, ao longo desses últimos anos, tem sido designado como uma “epidemia” de transtornos ou síndromes. **Algumas dessas categorias** diagnósticas, apesar de sua precária sustentação científica, se multiplicam e pouco contribuem para a efetiva busca de alteração das condições sociais e escolares dos envolvidos. **No presente conjunto de textos** encontramos estudos que discutem alternativas no ato de diagnosticar e de inventar rotas curriculares, assim como os efeitos de recentes alterações provocadas pela pandemia de covid-19, com o afastamento físico e suas consequências. **Estamos**, com o presente livro, diante de reflexões que associam de forma provocadora a pesquisa acadêmica e os desafios de pensar práticas que, esperamos, se multipliquem no fortalecimento das redes em defesa da educação, saúde e processos inclusivos. **Trata-se de uma leitura indispensável** para professores, clínicos e estudiosos interessados em saúde mental (na perspectiva da saúde coletiva), educação especial (na perspectiva da educação inclusiva), inclusão escolar e promoção da saúde.

**Claudio Roberto Baptista**