

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO – PPGE<sub>n</sub>

INÁCIO REZENDE FAVER

**CARTOGRAFANDO A DISLEXIA NO CONTEXTO ESCOLAR DA REDE  
PÚBLICA: DESCONSTRUÇÕES DE UMA SUPOSTA DOENÇA JUNTO À  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Santo Antônio de Pádua – RJ  
2019

INÁCIO REZENDE FAVER

**CARTOGRAFANDO A DISLEXIA NO CONTEXTO ESCOLAR DA REDE PÚBLICA  
MUNICIPAL: DESCONSTRUÇÕES DE UMA SUPOSTA DOENÇA JUNTO À  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Ensino.

Área de Concentração: Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Goretti Andrade Rodrigues.

Santo Antônio de Pádua – RJ  
2019

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica automática - SDC/BINF  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

F273c FAVER, INÁCIO REZENDE

CARTOGRAFANDO A DISLEXIA NO CONTEXTO ESCOLAR DA REDE PÚBLICA: DESCONSTRUÇÕES DE UMA SUPOSTA DOENÇA JUNTO À PROFISSIONAIS DE SAÚDE / INÁCIO REZENDE FAVER ; MARIA GORETTI ANDRADE RODRIGUES, orientadora. Santo Antônio de Pádua, 2019. 98 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Santo Antônio de Pádua, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGEn.2019.m.65549171791>

1. DISLEXIA. 2. MEDICALIZAÇÃO. 3. INTERSETORIALIDADE. 4. EDUCAÇÃO E SAÚDE. 5. Produção intelectual. I. ANDRADE RODRIGUES, MARIA GORETTI, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior. III. Título.

CDD -

Bibliotecário responsável: Maria Dalva Pereira de Souza - CRB7/7044

INÁCIO REZENDE FAVER

**CARTOGRAFANDO A DISLEXIA NO CONTEXTO ESCOLAR DA REDE PÚBLICA  
MUNICIPAL: DESCONSTRUÇÕES DE UMA SUPOSTA DOENÇA JUNTO À  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Ensino.  
Área de Concentração: Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes.

Aprovada em 20 de maio de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Maria Goretti Andrade Rodrigues - Orientadora  
UFF – Universidade Federal Fluminense

---

Profª Drª Maristela Barenco Corrêa de Mello  
UFF – Universidade Federal Fluminense

---

Profª Drª Ana Lúcia Lima Costa  
UNIFSJ - Centro Universitário São José de Itaperuna

Santo Antônio de Pádua - RJ  
2019

Dedico o trabalho desta Dissertação de Mestrado  
aos meus filhos Bruna Monteiro Faver e Hugo Monteiro Faver,  
motivos maiores de todos os meus projetos e desafios.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram da minha formação ética, moral e educacional.

Agradeço à minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Goretti Andrade Rodrigues pelo encorajamento, suporte e maneira doce de lidar com seus orientandos para a conclusão deste mestrado. Sua busca sem limites por novos saberes trouxe a mim um encantamento em progressão geométrica.

Agradeço ao meu filho Hugo Monteiro Faver por me auxiliar nas pesquisas, me tornar mais digital e por debruçar comigo nesta luta.

Agradeço à minha sobrinha Mariana Faver Linhares por revisar o texto em inglês.

Agradeço à Psicóloga Me. Erilza Faria Ribeiro pela revisão ortográfica e formatação deste trabalho.

Agradeço à minha família, avós, pais, tios e irmãos pelo exemplo que me fizeram enxergar melhor a necessidade de continuar a estudar, só por observar os seus passos.

Agradeço aos amigos, colaboradores da UFF, pelas amizades, carinho e cortesias.

Agradeço sobretudo a Deus, pela alegria, paz e saúde que me mantém verdadeiramente vivo.

*Cada vez que você me rotula, me derrota.*

*Sartre*

## RESUMO

Esta dissertação aborda a medicalização da aprendizagem e a necessária desconstrução da dislexia como doença para investigar sobre a possibilidade de aproximação da temática junto à Rede de Atenção Básica de um município do Estado do Rio de Janeiro enquanto estratégia de Educação e Saúde. O objetivo do trabalho é a investigação de uma possibilidade de rompimento da lógica dos encaminhamentos da escola para o serviço de saúde e da "naturalização" de questões de aprendizagem transformadas em doença. A metodologia qualitativa utilizada abrangeu uma revisão da literatura na área e o trabalho de campo consistiu em encontros com as equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) da Secretaria Municipal de Saúde e do Núcleo de Atenção à Inclusão na Educação (NAIE) da Secretaria Municipal de Educação. Utiliza-se a metodologia colaborativa "não extrativista" enquanto viés metodológico no traçar do plano comum para circular por territórios não familiares e vivenciar com os diferentes atores momentos de pesquisa e intervenção. As rodas de conversas foram realizadas tendo como subsídio teórico o trabalho de Campos et. al. (2014). Foram discutidas questões arraigadas na cultura docente sobre a instalação do processo de leitura e escrita e os excessivos diagnósticos de "doenças de aprendizagem" emitidos pelos próprios profissionais da escola. Como intervir na cultura da medicalização da aprendizagem em um pequeno município do Estado do Rio de Janeiro foi a questão que guiou esse trabalho, e a perspectiva da intersetorialidade gerou caminhos possíveis de projeção de estratégias de linhas de fuga à serialização dos encaminhamentos sem retorno da educação para a saúde. Os modelos tradicionais de atuação profissional em saúde e educação têm sido alvo de críticas que não só revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas áreas, como abrem espaço para a construção de práticas alternativas às que historicamente se constituíram como hegemônicas. Os resultados da pesquisa apontam para a rica possibilidade de uma construção conjunta de instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes, em um compartilhamento de saberes.

**Palavras-chave:** Dislexia. Doenças do Aprendizado. Medicalização. Intersetorialidade. Educação e Saúde.



## ABSTRACT

This dissertation deals with the medicalization of learning disabilities and the necessary deconstruction of dyslexia as a disease, in order to investigate the possibility of approaching the issue with the Basic Attention Network of the State of Rio de Janeiro in a small city, as a strategy of Education and Health. This essay aims at investigating the possibility of breaking the paradigm of referring from the school to the health service where learning issues are transformed into illness by this system. The qualitative methodology adopted includes a literature review and fieldwork, which consisted of meetings with representatives from the Family Health Care Center (NASF), from the Municipal Health Department, from the Center for Attention to Inclusion in Education (NAIE) and from the Municipal Department of Education. A joint approach is used in order to design a common plan to move through unfamiliar territories and to experience different moments of research and intervention with different actors. Round table discussions were carried out having as theoretical basis Campos et. al. (2014) article. Issues that were rooted in the teaching culture about reading and writing development and the excessive diagnoses of learning disabilities made by the school's own professionals were discussed. How to intervene in the culture of the medicalization of learning disabilities in a small city from the State of Rio de Janeiro, was the question that guided this work, and the perspective of interdisciplinary approach generated possible ways of projecting strategies to avoid a series of referrals without return. The traditional models of professional performance in health and education have been criticized not only for revealing the misunderstandings and ideologies between the two areas, but also for opening space for the construction of alternative practices to those historically constituted as hegemonic. The research points to the promising possibility of a joint construction of instruments that empower education and health care practices which contemplate diversity in the ways of being and learning, respecting the rights of children and adolescents, in a sharing of knowledge.

**Keywords:** Dyslexia. Learning Disorders. Medicalization. Intersectoriality. Education and Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA I – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, 2008-2015, na esfera municipal de Santo Antônio de Pádua .....</b>	<b>22</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- ABD – Associação Brasileira de Dislexia
- APA – Associação Psiquiátrica Americana
- AMSM – Associação Madrilenha de Saúde Mental
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CID – Código Internacional de Doenças
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CNUMAD – Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
- DCM – Disfunção Cerebral Mínima
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- GRUPES – Grupo de Pesquisa Educação e Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INFES – Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior
- MS – Ministério da Saúde
- NAIE – Núcleo de Atenção à Inclusão na Educação
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NIMH – National Institute of Mental Health
- PIBID – Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência
- PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PMM – Programa Mais Médicos
- PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
- PSF – Programa Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCE – Tribunal de Contas do Estado
- TCG – Termo de Compromisso de Gestão
- TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
- TEA – Transtorno do Espectro Autista
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- USA – United States of America

UFF – Universidade Federal Fluminense

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1.	<b>A TRAJETÓRIA MÉDICA E A INQUIETAÇÃO FRENTE AO RÓTULO DE DISLEXIA</b>	12
2.	<b>O CAMPO DA PESQUISA</b>	16
2.1.	<b>Caracterização do Município de Santo Antônio de Pádua</b>	16
2.2.	<b>Caracterização da Atenção Básica no Município</b>	18
2.2.1.	<u>Educação Permanente em Saúde</u>	27
3.	<b>SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM</b>	30
3.1.	<b>A Cerebralização da Aprendizagem</b>	30
3.2.	<b>O Complexo Médico-Industrial e o Fenômeno da Medicalização</b>	33
3.2.1.	<u>Consequências na Vida Cotidiana: o Papel do Diagnóstico e da Pesquisa Científica</u>	35
3.2.2.	<u>A Necrofilia e a Medicalização da Vida</u>	38
3.3.	<b>Desconstruindo a Dislexia como Doença de Aprendizagem</b>	40
4.	<b>DIAGNÓSTICO E MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DAS IDEIAS DE DESVIAT: DA PSIQUIATRIA À SAÚDE COLETIVA</b>	51
4.1.	<b>Psiquiatria Baseada em Narrativas para a construção de uma Nova Clínica</b>	55
4.2.	<b>A Medicalização Indefinida</b>	58
4.3.	<b>A Criação de Doenças – O TDAH e a Medicalização da Infância</b>	61
4.4.	<b>Alienação Social, Alienação Patológica: Perspectivas para uma Saúde Colétiva</b>	64
4.4.1.	<u>A Questão dos Dados</u>	64
4.4.2.	<u>Estigma e Alienação</u>	68
4.4.3.	<u>A Verdade Científica</u>	70
4.4.4.	<u>De Novo a Clínica</u>	71
5.	<b>A METODOLOGIA COLABORATIVA E O PROCESSO EMANCIPATÓRIO</b>	76
5.1.	<b>Metodologia da Roda de Conversa</b>	79
5.2.	<b>Resultados e Discussão: Experiências Não-Medicalizantes, Estratégia de Saúde da Família e Escola</b>	80
5.2.1.	<u>Invenção de Modos de Coabitar a Diferença</u>	83
5.2.2.	<u>Barreiras ao Trabalho Intersectorial Não-Medicalizante</u>	85
6.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	87
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	91
	<b>ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	97

## 1. A TRAJETÓRIA MÉDICA E A INQUIETAÇÃO FRENTE AO RÓTULO DE DISLEXIA

A escrita que aqui se constrói parte das experiências do lugar de onde falo como médico dermatologista com viés cirúrgico em oncologia e a experiência vivida na construção dos laudos de médico legista, lidando com experiências de vida e de morte. A vulnerabilidade da vida que transcendia o biológico com os enfrentamentos diários na atividade de perícia abriu as portas para o entendimento dos atravessamentos das políticas públicas na construção da singularidade humana. Larrosa (2002, p. 21) diz que: “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca.” É este o sentido da palavra experiência que utilizo neste texto: algo que realmente nos transforma. Ao me aproximar do Programa de Pós-graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense (UFF), a temática de problemas de aprendizagem transformados em doença suscitou minha curiosidade e meu desejo de desconstrução de rótulos sustentados pela indústria farmacêutica e limitantes das potencialidades de crianças. Me aproximei das orientações de pesquisa com viés metodológico da cartografia (DELEUZE & GUATTARI, 2004), busquei construir um olhar de aprendiz-cartógrafo (ALVAREZ & PASSOS, 2015). Tal olhar cartográfico em minha vida tem o referencial da cirurgia micrográfica de Mohs, que executo para retirada de tumores cutâneos, mapeando áreas da pele não vistas aos olhos nus e somente na microscopia como num mapeamento do cartógrafo, que com seus instrumentos traça os territórios de forma singular.

A dimensão da ética que aprendi na medicina e na vida foi o gesto fundante para minha inquietação frente à temática da dislexia como doença de aprendizagem.

Pode-se dizer que os processos de medicalização promovem a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa lógica “terapêutica”, passam longe do que se espera do ponto de vista ético (FÓRUM, 2012, p. 11).

Essa pesquisa se justifica pelo exagero na estigmatização de crianças com o diagnóstico de dislexia frente às dificuldades no processo de alfabetização e para contribuir com a mudança do paradigma médico para supostas doenças do aprender, tomando no presente contexto a dislexia como foco.

Para a desconstrução do que consideramos ser uma suposta doença, partiremos da definição oficial de Dislexia:

A Dislexia do desenvolvimento é considerada um transtorno específico de aprendizagem de origem neurobiológica, caracterizada por dificuldade no reconhecimento preciso e/ou fluente da palavra, na habilidade de decodificação e em soletração. Essas dificuldades normalmente resultam de um déficit no componente fonológico da linguagem e são inesperadas em relação à idade e outras habilidades cognitivas (IDA - International Dyslexia Association, 2002).

No percurso dessa pesquisa os caminhos foram traçados a partir dos encontros significativos no campo, tal qual o dizer do poeta espanhol Antônio Machado: "caminhante, não há caminho: o caminho se faz ao andar". Nessa perspectiva, o médico dermatologista e legista se encontra com o campo da Saúde Coletiva e a estruturação da Estratégia de Saúde da Família, composta pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituições que surgiram após minha formação médica. O estranhamento com tais práticas se abriu para uma ampliação de horizontes, acompanhando a formação médica de meu filho, agora no Internato na Faculdade de Medicina, atuando junto à Estratégia de Saúde da Família. Tais desdobramentos teóricos são discutidos mais a frente.

A "artesanias das práticas" (SANTOS, 2014) em pesquisa, permitida pelo olhar subsidiado pelas "Epistemologias do Sul", tomou relevo no campo da Educação Permanente em Saúde junto às equipes do NASF e NAIE, cuja intervenção foi demandada por escolas públicas na necessidade de diagnóstico para problemas de aprendizagem.

Para Santos (2014), o pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal. Se trata de um sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis. As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo "desse lado da linha" e o universo "do outro lado da linha". A divisão é tal que "o outro lado da linha" desaparece como realidade, nas palavras de Santos

(2014, 71): "torna-se inexistente e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível".

De acordo com Santos (2014: 24), "tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção de inclusão considera como o 'Outro'". A característica fundamental do pensamento abissal é que para além da linha há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não-dialética.

Quando há o encaminhamento de questões de aprendizagem para a área de saúde, a escola se coloca "do outro lado da linha", como se o saber sobre uma suposta doença fosse o que existe, estando portanto do lado da inexistência o saber da escola e dos docentes sobre questões de aprendizagem.

Apresentamos a metodologia colaborativa "não-extrativista" como uma proposta emancipatória que busca romper a linha abissal para a escola, numa aproximação à "sociologia das ausências" (SANTOS, 2014) quando apontamos a invisibilidade do saber docente nos encaminhamentos das questões de aprendizagem à área da saúde, e à "sociologia das emergências" (SANTOS, 2014) quando encontramos nas dinâmicas das Rodas de Conversa (CAMPOS et. al., 2014) pistas de processos emancipatórios.

A pesquisa aborda a medicalização da aprendizagem e a necessária desconstrução da dislexia como doença, para investigar sobre possibilidade de aproximação da temática junto à Rede de Atenção Básica de um município do Estado do Rio de Janeiro enquanto estratégia de Educação e Saúde.

O objetivo do trabalho é a investigação de uma possibilidade do rompimento da lógica dos encaminhamentos da escola para o serviço de saúde e a "naturalização" de questões de aprendizagem transformadas em doença.

Para situar o contexto da pesquisa é apresentado o município de Santo Antônio de Pádua na seção 2, bem como a caracterização da Atenção Básica, a partir de dados da Pesquisa sobre os "Efeitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e do Programa Mais Médicos em municípios do Estado do Rio de Janeiro", da qual participei das discussões no Grupo de Pesquisa. Uma ênfase especial é dada à Educação Permanente em Saúde.

A medicalização da aprendizagem é a temática abordada na seção 3. À luz de uma breve análise da aproximação dos campos neurocientífico e da educação, nos apoiamos em Canguilhem (2007), Lisboa (2014), Ortega (2007, 2010), Azize e



Carvalho (2011), Moysés e Collares (2010), Oliveira (2018) e Desviat (2018), onde desembocamos no complexo médico industrial e o fenômeno da medicalização.

Na seção 4 discutimos diagnóstico e medicalização a partir das ideias de Manuel Desviat, importante psiquiatra da Organização Mundial da Saúde e referência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que aponta caminhos que levam da psiquiatria à saúde coletiva.

Trazemos de Fasanello, Nunes e Porto (2018) a noção de "metodologias colaborativas não extrativistas" na seção 5, onde partimos do referencial teórico de Boaventura Souza Santos para propor o trabalho de campo com inspiração ainda na "Paideia" de Campos et. al. (2014) nas Rodas de Conversa que deram lugar aos encontros com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Secretaria Municipal de Saúde e do Núcleo de Apoio à Inclusão na Educação (NAIE) da Secretaria Municipal de Educação.

Nesses encontros foram discutidas questões arraigadas na cultura docente sobre a instalação do processo de leitura e escrita e os excessivos diagnósticos de "doenças de aprendizagem", emitidos pelos próprios profissionais da escola. Como intervir na cultura da medicalização da aprendizagem neste pequeno município do Estado do Rio de Janeiro, foi a questão que guiou esse trabalho, e a perspectiva da intersetorialidade gerou caminhos possíveis de projeção de estratégias de linhas alternativas à serialização dos encaminhamentos sem retorno da educação para a saúde.

## **2. O CAMPO DA PESQUISA**

Frente à introdução sobre as construções teóricas apresentadas na seção anterior e que serão desenvolvidas nas seções seguintes, passamos agora a caracterizar o município onde se deu o estudo e a buscar uma aproximação ao campo da Educação e Saúde.

### **2.1. Caracterização do Município de Santo Antônio de Pádua**

Santo Antônio de Pádua pertence à Região Noroeste Fluminense que também abrange os municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, São José de Ubá e Varre-Sai.

De acordo com dados do TCE-RJ (2015), o município tem uma área total de 603,4 quilômetros quadrados, correspondentes a 11,2% da área da Região Noroeste Fluminense. Os limites municipais, no sentido horário, são: Minas Gerais, Miracema, São José de Ubá, Cambuci, Aperibé, Itaocara e Cantagalo.

Em 2010, Santo Antônio de Pádua tinha uma população de 40.589 habitantes, correspondente a 12,8% do contingente da Região Noroeste Fluminense, com uma proporção de 96,8 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 67,2 habitantes por km<sup>2</sup>, contra 59 habitantes por km<sup>2</sup> de sua região. A taxa de urbanização correspondia a 76% da população. Em comparação com a década anterior, a população do município aumentou 4,9%, o 69º maior crescimento no estado.

Segundo o levantamento do TCE-RJ (2015), o município possuía 16.451 domicílios, dos quais 5% eram de uso ocasional. Ainda conforme o censo, não tinha domicílios localizados em aglomerado subnormal. A população de Santo Antônio de Pádua, em 2014, foi estimada em 41.108 pessoas.

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (IBGE *apud* TCE-RJ, 2015), conhecida como Munic, informa que o município não iniciou o processo de elaboração da sua Agenda 21. Agenda 21 é um plano de ação formulado

internacionalmente para ser adotado em escala global, nacional e localmente por organizações do sistema das Nações Unidas, pelos governos e pela sociedade civil, em todas as áreas em que a ação humana impacta o meio ambiente. A Agenda 21 Global foi construída de forma consensuada, com a contribuição de governos e instituições da sociedade civil de 179 países, em um processo que durou dois anos e culminou com a realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), no Rio de Janeiro, em 1992, também conhecida por Rio'92. Também em relação à Agenda Ambiental na Administração Pública, proposta pelo Ministério do Meio Ambiente para enfrentar padrões insustentáveis de produção e consumo neste setor, a pesquisa registra que a mesma não foi implantada.

Apesar de não estar nos parâmetros do pacto da Agenda 21, consta que o município adota medidas para redução do consumo de água e energia elétrica além de outras iniciativas para o consumo sustentável. O IBGE aponta que o município dispõe de mapeamentos de áreas de risco de eventos como escorregamentos ou deslizamentos de encostas. Informa ainda que existe legislação sobre zona e/ou área de interesse social para assentamentos habitacionais de população de baixa renda como parte integrante do Plano Diretor municipal, porém o município não dispõe de programas habitacionais para realocação desta população residente em áreas de risco.

O relatório de acompanhamento brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (*apud* TCE-RJ, 2015) aponta a evolução dos indicadores de “acesso a água” e “esgoto adequado” em Santo Antônio de Pádua, entre 1991 e 2010, a partir dos dados publicados pelo IBGE nos censos decenais. Cabe observar que o censo não registra se o esgoto coletado é tratado, nem se o tratamento, quando ocorre, é de tipo primário, secundário ou terciário. Tais informações couberam no nosso mapeamento das características do município devido ao alarmante dado do alto índice de casos de hanseníase em determinada UBS, conforme relatado adiante por um dos atores entrevistados, e a relação entre saúde e saneamento básico nessa situação.

## 2.2. Caracterização da Atenção Básica no Município

De acordo com Magalhães Júnior e Pinto (2014), a criação em 2011 do PMAQ e a formulação e regulamentação legal, em 2013, do Programa Mais Médicos mobilizaram os mais variados recursos para enfrentar os nós críticos que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da AB no País.

Por fim, uma série de atos normativos, tanto da Presidência quanto do MS, afirmaram o papel e o lugar da AB no conjunto das redes de saúde e no SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011B), que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a AB deva ser um elemento essencial e indispensável da região de saúde. Definiu ainda a AB como ‘porta de entrada’ do sistema e ordenadora do acesso ‘universal e igualitário’ às ações e aos serviços de saúde da rede. O conjunto das portarias que instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), posteriores ao decreto, reconheceram este papel da AB, de porta de entrada e de primeiro contato preferencial do sistema (MAGALHÃES JÚNIOR & PINTO, 2014, p. 15).

De acordo com o TCE-RJ (2015), a regionalização ganhou força no Rio de Janeiro com a adesão do estado ao Pacto pela Saúde descrito adiante, ao qual se juntaram muitos municípios no decorrer dos anos.

Iniciado em 2006, o Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas institucionais ajustadas entre União, estados e municípios visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. A implementação do pacto se dava pela adesão dos entes federados ao Termo de Compromisso de Gestão – TCG, que substituiu os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. O pacto alterou o processo de habilitação dos entes federados, não havendo mais a divisão entre municípios ou estados “habilitados” e “não habilitados”. Todos passaram a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a cumprir. **A adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde indicava a formalização da assunção das responsabilidades e atribuições da esfera municipal na condução do processo de aprimoramento e consolidação do SUS** (TCE-RJ, 2015, p. 49. *Grifo nosso*).

O Pacto pela Saúde dividia-se em Pacto pela Vida, que definiu as prioridades para o SUS; Pacto em Defesa do SUS, que propunha uma agenda de repolitização do SUS com a sociedade e a busca de financiamento adequado; e Pacto de Gestão,

que estabeleceu as diretrizes e redefiniu as responsabilidades de gestão em função das necessidades de saúde da população e da busca de equidade social. No Pacto pela Vida, foram enumeradas prioridades básicas que os três níveis de governo deveriam perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual. A agenda de atividades prioritárias buscava a atenção integral à saúde do idoso; ao controle do câncer de colo de útero e de mama; à redução da mortalidade materna e infantil; ao fortalecimento da atenção básica; à promoção da saúde; e ao reforço de ações para o controle de emergências e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. "Santo Antônio de Pádua está entre os 38 municípios, dos 92 existentes no estado do Rio de Janeiro, que não aderiram ao Pacto pela Saúde"(TCE-RJ, 2015, p. 50). Aqui já nos deparamos com um desenho que chama a atenção, dada a importância dos "agenciamentos coletivos de enunciação" (GUATTARI, 1985), dos pactos estabelecidos no coletivo para o acontecimento das prerrogativas do SUS.

Em 2011, o governo federal editou o Decreto 7.508, de regulamentação do SUS. Entre outras medidas, o decreto instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – Coap (*apud* TCE-RJ, 2015), definido como um acordo de colaboração com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, indicação dos recursos financeiros a serem disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços em uma região de saúde. Em julho de 2012, o Ministério da Saúde extinguiu a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou de assinatura do Termo de Compromisso de Gestão – TCG. Para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Coap, ficou definido que as ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias devem estar expressas na programação anual de saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos planos de saúde.

A formulação de uma política de atenção à saúde voltada para a organização de um sistema equânime, integral e resolutivo requer o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população e a realização de um conjunto de ações articuladas e complementares entre os diferentes níveis hierárquicos de atuação: atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Com vistas à operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (TCE-RJ, 2015, p. 51).

A estratégia de saúde da família, com a participação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde bucal, pretende superar o antigo modelo exclusivamente centrado na doença, passando a uma ação preventiva que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, a estratégia saúde da família favorece a reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Um ponto destacado pelo TCE- RJ (2015) é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de saúde da família) composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal. Existem dois tipos de equipe de saúde bucal, quais sejam: a modalidade I, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal; e a modalidade II, que inclui um técnico em saúde bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que,

quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde deve ter sob sua responsabilidade uma microárea cuja população não ultrapasse 750 pessoas. Ao nos depararmos com dados sobre a evolução dessa política ao longo de 11 anos no conjunto do estado, podemos notar a dificuldade que existe em implantar essa estratégia, sempre aquém do que está credenciado pelo Ministério da Saúde e com insuficiente nível de cobertura: até o fim de 2014, o município de Cambuci não possuía agente comunitário de saúde e estratégia saúde da família implantados e 13 municípios não dispunham de equipe de saúde bucal. Santo Antônio de Pádua, em dezembro de 2015, apresentava 15 Equipes de Saúde da Família credenciadas pelo Ministério da Saúde, 11 implantadas e a proporção de cobertura populacional estimada era 93%, segundo dados do TCE-RJ (2015).

Temos como ponto positivo dos achados dessa pesquisa que a abrangência da cobertura populacional está em torno de 3.500 pessoas por equipe, conforme abordado adiante. O Índice de Desempenho do SUS – Idsus (*apud* TCE-RJ, 2015) é um indicador elaborado pelo Ministério da Saúde que faz uma aferição do SUS quanto ao acesso e à efetividade da atenção básica, da atenção ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências.

Pretende subsidiar ações, presentes e futuras, dos gestores municipais, estaduais e federais, a fim de melhorar a qualidade dos sistemas de serviços e a saúde dos brasileiros. O índice varia de 0 a 10, e quanto mais alto, melhor. O serviço do SUS pode ser considerado bom com nota superior a 7,00. A pesquisa, divulgada em março de 2012, atribuiu ao SUS no Brasil a nota 5,47, ficando o estado do Rio de Janeiro com 4,58 e a cidade do Rio de Janeiro com 4,33. Dentre os municípios fluminenses, o principal destaque foi Piraí, com nota 7,30. Santo Antônio de Pádua recebeu nota 4,72. O modelo avaliativo adotado independe da existência – no município, estado ou região – da estrutura de serviços de saúde necessária à atenção integral, visto que o oferecimento de tal atenção deve ser orientado pelas diretrizes organizativas de descentralização, hierarquização e regionalização. Ou seja, nos municípios que realizam apenas a atenção básica, o desempenho do SUS é dado pela atenção básica municipal e pelas atenções especializada, ambulatorial e hospitalar regionalizada, de corresponsabilidade do gestor municipal, estadual e federal. Os resultados do Idsus podem ser consultados na internet, em forma de gráficos e mapas, no portal do MS, endereço [www.saude.gov.br/idsus](http://www.saude.gov.br/idsus) (TCE-RJ, 2015, p. 51).

Esse quadro parece não ter evoluído, conforme narrativa das impressões do trabalho de campo de Silva Jr et. al. (2018) e do depoimento de diversos atores

desta, seja em relação à fluidez da comunicação da gestão municipal, na intersectorialidade entre atenção primária e secundária, e em questões de acessibilidade e acolhimento.

De acordo com a Coordenação de Atenção Básica do município, a Atenção básica está assim organizada:

Dividida em 12 Estratégias da Saúde da Família, sendo que tem Estratégia com mais de uma unidade, onde chamamos de suporte. Conseguindo atingir 100%, mesmo com um recomeço devido a deficiência pela equipe nova. Cada uma composta por um médico, enfermeiro, técnico, de 6 a 8 agentes de saúde, saúde bucal, exceto em algumas unidades. Também estamos implantando um polo para Fisioterapia, em Paraquena inclusive já está montado. Cidade Nova e Central ainda estamos em dúvida onde vamos montar, mas devido a demanda por ser maior na Cidade Nova estamos querendo montar esse polo lá. Devido a esses motivos as Fisioterapeutas já estão atendendo, porém a domicílios apenas em Paraquena (Informação verbal colhida com coordenação da AB na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Santo Antônio de Pádua, em dezembro de 2014, de acordo com TCE-RJ (2015), apresentava 15 Equipes de Saúde da Família credenciadas pelo Ministério da Saúde, 11 implantadas e a proporção de cobertura populacional estimada era 93%.

Nos Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2008-2015 - 3ª edição - 2015, podemos visualizar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, entre 2008 e 2015, em Santo Antônio de Pádua, na tabela a seguir.

**TABELA I – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, 2008-2015, na esfera municipal de Santo Antônio de Pádua:**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
75,90	73,62	88,65	84,26	91,32	86,09	86,09	92,47

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde. Informações geradas em 21/03/2016.

No tocante à relação dos profissionais do NASF em relação ao PMAQ-AB e ao PMM, fica expressa a crise política apontada pelo TCE-RJ (2015) no relatório em que o tribunal realizou auditoria na atenção básica (Programa Saúde da Família –



PSF), nas centrais de regulação (que administram o fluxo de pacientes entre os postos de saúde, ambulatórios e hospitais de urgência e emergência), nas unidades de pronto atendimento (UPAs) e no planejamento municipal em saúde.

Em Santo Antônio de Pádua, os problemas encontrados pelo TCE-RJ em 2011 foram os seguintes: em relação à Composição das Equipes de Saúde: admissão irregular de pessoal; em relação à Estrutura Física e Equipamentos das Unidades de Saúde da Família: unidades de saúde sem os ambientes obrigatórios, unidades de saúde com ambientes que não possuem área e/ou dimensão mínima exigida, unidades de saúde sem as condições de acessibilidade exigidas, unidades de saúde com problemas estruturais ou de má conservação, unidades de saúde sem os mobiliários ou equipamentos mínimos, unidades de saúde instaladas em local impróprio; em relação ao Ciclo da Assistência Farmacêutica: ausência de norma municipal sobre assistência farmacêutica na atenção básica; seleção, programação, aquisição e armazenamento inadequados de medicamentos.

Em 2017 encontramos a Estratégia de Saúde da Família descaracterizada nas falas das entrevistas, apesar do PMAQ-AB ser trazido como referência:

O problema todo é que nosso NASF está defasado. Estamos em transição, mas antes disso funcionava muito bem. Nosso suporte tinha relação com PMAQ-AB.

No NASF hoje, temos disponíveis nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta. Atualmente elas não estão trabalhando com grupos que seria o objetivo do NASF, elas fazem o atendimento individual. A fisioterapeuta acompanha os acamados, e a nutricionista e psicóloga vêm duas vezes ao mês, fazer atendimento individualizado apenas.

Nós não fazemos o matriciamento. Eu repasso pra elas os casos mais importantes, porque a gente tem que dar uma garimpada, até porque elas vêm poucas vezes, atendem quatro pessoas cada vez e é muita gente com procura (Informação verbal colhida com enfermeira coordenadora da AB na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Se é um caso de transtorno mental grave, encaminham pro CAPS ou pra psicóloga, mas a psicóloga está tendo dificuldade nisso porque tem algumas restrições. Lá na ilha por exemplo, acho que não atende menores de 18 anos, nem maiores de 45 e ela está tendo dificuldade nisso. Às vezes tem a necessidade de encaminhar, mas ela não tem esse fluxo (Informação verbal colhida com enfermeira coordenadora da AB na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

O NASF não está completo aqui. Só tem do NASF nutricionista. Agora é de 15 em 15 dias, era uma vez por semana. Só tem uma nutricionista e uma psicóloga pra Pádua toda. E em todos os postos estão de 15 em 15 que eles se revezam com uma escala que eles

fizeram (Informação verbal colhida com enfermeira da AB na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Não tem conflito entre as ações de apoio institucional e o apoio matricial do NASF, pois não há diálogo (Informação verbal colhida com enfermeira da AB na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Sobre o matriciamento, Almeida et. al. (2010) trazem dados sobre o apoio, tentando revelar os modos como os profissionais de diferentes serviços dialogam, trocam saberes, compartilham decisões, buscando a qualificação da atenção e a coordenação do cuidado.

Quando interrogados sobre quem realizava esse apoio, 64% das eAB disseram que o recebiam de profissionais dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional prevista na PNAB cuja função é realizar apoio matricial às eAB através de discussão de casos, realização de interconsulta, cuidado compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos e realização de atividades de Educação Permanente, e apoio à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014). Dentre as eAB, 48% apontaram que já haviam recebido apoio dos CAPS, o terceiro mais citado. Mas, a maioria (76%) afirmou ter recebido apoio de especialistas da rede, estivessem eles na própria UBS, em outra, ou em serviços especializados ou só com esta atribuição designada pela gestão (MAGALHÃES JÚNIOR & PINTO, 2014, p. 24).

A pesquisa citada acima trabalha com dados da "macro e meso política", no olhar para ações micropolíticas no trajeto cartográfico que a pesquisa de Silva Jr. (2018) percorre foi encontrada dissonância em relação ao apoio matricial previsto como diretriz destes serviços. No caso da fala da profissional de saúde acima, a crítica ao 'matriciamento' se deve ao simples apoio para atender usuários encaminhados, relacionado à interrupção do fluxo. No universo pesquisado a relação das UBSs com as equipes do NASF tinha o caráter de encaminhamento de casos, circulando usuários ao invés de saberes, contrapondo-se às prerrogativas do matriciamento do NASF apontadas em Almeida et. al. (2014).

A admissão irregular de pessoal na composição das equipes de saúde apontada pelo TCE-RJ (2015) se faz presente no discurso dos entrevistados:

Houve alguns problemas com contratados, e os concursados eles não aceitavam, então tivemos que ligar diretamente para Brasília para o chefe de Atenção Básica para saber se podíamos alocá-los no NASF e foi liberado. Então estamos começando agora a formar nosso NASF.

Inclusive aqui em Pádua foi criado na minha gestão de coordenador. Assim como algumas unidades básicas de saúde também, porque aqui não há cobertura de 100% do território. Nós criamos três UBS e o NASF na época.

Eu saí (da coordenação de Atenção Básica). Fui para o Rio. Essas mudanças são periódicas, porque são cargos de política. Aliás política né, muito forte a nível nacional, estadual, municipal, o que não é muito bom para o programa de saúde da família sobre vários aspectos (Informação verbal colhida na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Isso é mais a nível de coordenação. Talvez a parte de coordenação tenha te dado alguma dessas informações. O NASF na época que criamos, desenvolveu um trabalho muito bom. Você como psicóloga, sabe que isso abriu um campo enorme de apoio a saúde da família, no sentido dessa função multidisciplinar dentro do programa de saúde da família, que é restrita ao médico, ao enfermeiro e ao dentista. Então com a criação do NASF nós desenvolvemos psicólogo, ginecologista, nutricionista, terapeuta ocupacional, e foi muito bom. E a gente também nessa parte da educação promovíamos cursos, reciclagens, fóruns e atividade educacional intensa, que aliás a educação em saúde é o fundamento primordial, principal do programa de saúde da família. Mas hoje eu não vejo muito isso não (Informação verbal colhida com médico na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Em relação ao apoio matricial do NASF, o profissional de saúde respondeu na pesquisa de Silva Jr (2018):

Um pouco desativado, desmotivado.

Na verdade, como todas essas unidades que eu visito já tem médicos titulares da saúde da família, eu faço um trabalho só complementar. Por causa da minha formação da saúde da família, por causa da minha vivência, da minha vivência pediátrica, porque tem muitas unidades que não atendem pediatria, então faço uma complementação. Como eu te disse eu vou, executo meu trabalho, fico lá 3 ou 4 horas, converso, eventualmente faço alguma visita domiciliar. Mas essas funções inclusive de médico de família, os enfermeiros, eles deveriam ser os principais, os ativadores, os incentivadores, o fermento para desenvolvimento de trabalho, que é infinito dentro do programa de saúde da família, incomensurável, se você quiser trabalhar em saúde da família você faz um mundo de coisas, com muito pouco recurso, com boa vontade e atitude diante da sociedade, isso que é importante. O SUS e o programa de saúde da família são fantásticos, maravilhosos, são coisas maravilhosas mas infelizmente a coisa não funciona, porque quem gerencia não entende o verdadeiro sentido e magnitude desse programa e dessas coisas. Eles querem fazer um negócio dos 4 anos, nomear os amigos, as qualificações dos profissionais nem sempre são observadas, então uma coisa que devia ser observada era a qualificação do profissional tanto médico, quanto do NASF, quanto da enfermeira, perfil e qualificação, formação também dele. Porque ele precisa ter esse espírito altruísta e humanista pra se envolver

nessa coisa, precisa amar isso como tudo que a gente faz na vida. Então esse interesse só de cumprir um horário rápido é a tônica (Informação verbal colhida com médico na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), houve considerável expansão dos serviços de Atenção Básica em Saúde. Com isso, diversas iniciativas voltadas à avaliação vêm sendo desenvolvidas progressivamente, motivadas pela necessidade de aferir a qualidade e a efetividade das intervenções em saúde e com vistas a aperfeiçoar as práticas de gestão e atenção à saúde, e, nesse sentido, em 2011, o MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir melhoria do atendimento e do cuidado prestado à população nos serviços de atenção básica em Saúde, a partir de um processo permanente e contínuo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica (BRASIL, 2011a). Para tanto, busca fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde,

promovendo maior conformidade dos serviços com a Política Nacional de Atenção Básica e apostando fortemente na institucionalização de uma cultura de avaliação da ABS no SUS. O intuito é reconhecer e estimular a qualificação dos serviços de saúde ofertados aos brasileiros (CAVALCANTI, NETO & SOUSA, 2016, p.19).

Há um enorme impacto na Atenção Básica da admissão irregular de pessoal na composição das equipes de saúde apontada pelo TCE-RJ (2015) como problema na auditoria.

Na verdade o assunto PMAQ-AB nunca nem foi citado pra gente. A gente sabe que existe, que o município já aderiu, mas a partir daí as informações se perderam no caminho.

A coordenação bem no início sempre citou o PMAQ-AB. Mas só cita, não passou adiante quais são os padrões de qualidade, quais são os resultados, quais são as metas...

Nada disso. Eu mesmo por conta própria já pesquisei na internet, mas a gente não pega tudo. Deveríamos ter uma maneira mais didática de ter acesso a isso.

Não foi feita nenhuma reunião para falar sobre o PMAQ-AB com a gente até hoje. Eu já trabalhava com PMAQ-AB, mas parte da equipe de enfermeiros não conhece o programa, e não foi passada nenhuma orientação, o que a gente deveria fazer a respeito de cada estrutura.

O apoio matricial não existe, ainda não está implantado e não trabalhamos dessa forma. Não recebemos nenhuma orientação de secretaria ou de coordenação a respeito disso (Informação verbal colhida com enfermeira na Pesquisa de SILVA JR et. al., 2018).

Trazemos então no próximo tópico considerações sobre a Educação Permanente em Saúde, território importante na perspectiva intersetorial que vislumbramos nesse trabalho.

### 2.2.1. Educação Permanente em Saúde

Silva Jr et. al. (2017) abordam que os processos de Educação Permanente têm crescido e se estruturado nos municípios, embora majoritariamente, em sua versão Educação Continuada, com cursos de capacitação tecnológica para enfrentamento de doenças. Mas, as perspectivas são animadoras, em alguns importantes municípios que podem influenciar os outros, em práticas mais reflexivas do trabalho e no investimento da interação da equipe e da população.

Uma confusão frequente em relação a Educação Permanente está na aceção do que ela seja. Definida como uma prática de *“ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo”* (CECCIM & FERLA, 2009, p. 444), é frequente que seja confundida com a Educação Continuada - uma atividade da área de recursos humanos, marcada por procedimentos de administração de pessoal em busca de respostas às demandas pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde (PEDUZZI et. al., 2009).

Apesar de ter sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), como política específica no interesse do sistema de saúde nacional (BRASIL, 2007), a educação permanente em saúde ainda enfrenta muitos desafios para sua incorporação como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. Como política de saúde, afirma: I. a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; II. a vinculação

entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; III. a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; IV. o reconhecimento de bases locais/regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersectorialidade. Seu eixo de formulação, implementação e avaliação é a integralidade e o da implicação com os usuários (BRASIL, 2009).

Muitos gestores referem como Educação Permanente as atividades de Educação Continuada. Os profissionais de Enfermagem são os mais requisitados para essas atividades, seja para sua própria formação quanto para a replicação dos “treinamentos” para a equipe. No entanto, os médicos intercambistas começam a ser vistos como disponíveis para capacitações.

O Relatório da Pesquisa na Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro traz que em Silva Jardim foram desencadeadas ações de Educação Permanente a partir dos resultados do PMAQ-AB, que identificou as áreas de maior necessidade para desenvolvimento de ações educativas. Além disso, foi criado um calendário para execução dessas atividades.

No Rio de Janeiro investiu-se muito em educação continuada, em especial, na qualificação assistencial dos Médicos de Família e Comunidade em parceria com Universidades. Volta Redonda e Campos também estabeleceram parcerias com as Universidades locais em processos de educação continuada para as equipes como um todo.

Há também quem confunda a Educação Permanente com Educação em Saúde, o que demonstra a necessidade de que essas atividades sejam melhor esclarecidas para gestores e profissionais.

Para que a Educação Permanente seja compreendida como tarefa de apoiadores institucionais, supervisores e gestores, é fundamental que ela seja reconhecida como espaço de formação de perfis profissionais e de serviços no ambiente de trabalho, produtora de autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional e experimentação das melhores práticas de acordo com cada contexto e realidade (SILVA JR et. al., 2018, p. 81-83).

O encontro com a Educação Permanente em Saúde (EPS) do Município se deu através da busca da então coordenadora de EPS junto à Universidade Federal Fluminense no Grupo de Pesquisa Saúde e Educação (GRUPES) do qual eu sou integrante, numa perspectiva de encontrar parâmetros de ação, visto que era uma área nova de atuação para a profissional, vinda do campo da Administração e do Direito. A questão da escola e a busca pelo NASF para o diagnóstico em massa das crianças foi trazida como ponto de preocupação. A estratégia das Rodas de Conversa para nossa pesquisa, movida pela indagação sobre a possibilidade da construção de alternativas ao conhecimento hegemônico medicalizante, se deu no movimento de uma aposta na EPS.

### **3. SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM**

No Mestrado em Ensino o encontro com as questões da medicalização da aprendizagem, em especial com as supostas "doenças do aprender", fez com que o paradigma clássico de doença fosse visitado para lançar luz sobre a desconstrução da dislexia como doença, retornando ao coletivo da escola as discussões sobre a temática ao invés do simples encaminhamento da criança com o dito problema para a área da saúde.

Quando ocorre a formação de um novo paradigma com mudança do pensamento corrente, Kuhn (1970) denomina esse fenômeno de Ciência Extraordinária. Em relação ao desenvolvimento da Ciência, Kuhn (1970) diferencia a Ciência Normal da Extraordinária. A Ciência Normal se processa quando o conhecimento ocorre de forma cumulativa. Como exemplo podemos citar a construção de uma casa que se faz tijolo a tijolo. Portanto, estamos diante de uma possível "revolução científica", fruto de uma crise na dogmatização do paradigma medicalizante das doenças do aprender.

Nessa seção pretende-se a desconstrução dos discursos que mantêm a narrativa da dislexia como suposta doença, à luz da análise da aproximação dos campos neurocientífico e da educação.

#### **3.1. A Cerebralização da Aprendizagem**

Para evidenciar a diferença entre o normal e o patológico, recorreremos a Canguilhem (2007). Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Seria absurdo, porém, considerar esse normal idêntico ao normal fisiológico, pois trata-se de normas diferentes. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver.

Segundo a doutrina de Broussais (*apud* CANGUILHEM, 2007), a distinção entre o normal e o patológico era de natureza quantitativa, tanto para os fenômenos



orgânicos quanto para os mentais. A doença consistia em falta ou excesso da excitação dos tecidos, abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal. Nessa concepção, a saúde e a doença não passava de um mesmo estado e só dependiam da variação dos estímulos nos diferentes casos, apenas por nível de intensidade.

Lisboa (2014) traz que no início da década de 90, com a promulgação da Década do Cérebro pelo presidente George Bush, teve início, nos Estados Unidos, um período de intensa realização de pesquisas neurocientíficas, impulsionadas tanto por um grande investimento estatal e privado quanto pelo desenvolvimento e disseminação das novas tecnologias de neuroimagens, como a tomografia por emissão de pósitrons (*PET scan*) e a ressonância magnética funcional (*fMRI*), que abriram novas possibilidades de pesquisa. Até a primeira metade do século XX, estudos sobre o funcionamento do cérebro humano eram realizados majoritariamente de forma indireta, através do exame minucioso de indivíduos lesionados – como no famoso caso do operário Phineas Gage (DAMÁSIO, 2011), mas também por meio de análises *post mortem* e de tecnologias de exame mais simples como a eletroencefalografia, disponíveis a partir da década de 1920. Com o desenvolvimento e disseminação das novas tecnologias de visualização do cérebro, tornou-se possível ir além e estudar o cérebro *in vivo*, ou seja, o cérebro de indivíduos vivos, e *ao vivo*, isto é, praticamente no momento em que o sujeito realiza determinada ação ou tarefa (DUMIT, 2003).

Lisboa (2014) ressalta que as imagens obtidas de tais exames, que apontam as áreas cerebrais mais ou menos ativas, não são propriamente fotografias do cérebro, muito menos fotografias do *self*, conforme expressão de Ortega e Vidal (2007), mas sim o resultado de um complexo processo que envolve desde decisões técnicas e metodológicas, convenções visuais até cálculos matemáticos e testes estatísticos.

Desta forma, o que as imagens dizem nunca é algo dado ou evidente, dependendo sempre de interpretações, que não são nem podem ser neutras por estarem sempre assentadas em determinados pressupostos. Como apontam Ortega e Zorzanelli (2010, p. 38), sobre as tecnologias de visualização corporais de uma forma geral, “a ideia de um corpo tornado transparente pelos métodos de visualização e de um olhar neutro da máquina só pode ser compreendida como uma ilusão”. Ou seja, o olhar da máquina só faz sentido quando submetido ao nosso

olhar, ou melhor, ao olhar treinado de um especialista. Assim, ao contrário do dito popular, segundo o qual *uma imagem vale mais do que mil palavras*, Lisboa (2014) enfatiza que as neuroimagens não se bastam, necessitando sempre serem analisadas e interpretadas.

Concomitantemente ao avanço na pesquisa, tem havido um movimento crescente de divulgação/popularização das neurociências. De fato, é possível constatar que o cérebro nunca esteve tão visível, tanto no sentido de ser possível atualmente, em função das tecnologias de neuroimageamento, visualizá-lo *vivo* e *ao vivo* quanto no sentido de receber grande atenção dos meios de comunicação (THORNTON, 2011). Daí o entendimento de que o cérebro tornou-se, na atualidade, um órgão midiático (AZIZE, 2008, 2010; VIDAL, 2011). Como apontam Azize e Carvalho (2011), desde a década de 1980, com o advento das novas tecnologias de visualização e, especialmente, a partir da década seguinte, os neurocientistas, em grande parte envolvidos em pesquisas de bancada sobre o sistema nervoso, têm cada vez mais saído de seus laboratórios para se envolverem em atividades de disseminação, difusão, divulgação, popularização do saber neurocientífico, assim como na busca por aplicações práticas de seus conhecimentos. Com isso, apontam, “as próprias fronteiras entre o universo laboratorial e aquele da divulgação científica, apesar de não deixarem de se fazer presentes, encontram-se cada vez mais instáveis e flutuantes” (AZIZE; CARVALHO, 2011, p. 59). Este processo pode ser percebido pela presença cada vez mais cotidiana da neurociência e dos neurocientistas nos meios de comunicação de massa na abordagem dos mais variados assuntos, desde doenças mentais e neurológicas até escolhas, relacionamentos, religiosidade, violência, etc.

Moysés e Collares (2010) pontuam que a medicina constrói artificialmente, as *doenças do não-aprender* e as *doenças do não-se-comportar* e a conseqüente demanda por serviços de saúde especializados, ao se afirmar como a instituição competente é responsável por sua resolução. A partir dos anos 1980, ocorre a progressiva ocupação do espaço educacional por disfunções neurológicas e psiquiátricas; hoje a quase totalidade dos discursos medicalizantes se referem a dislexia, transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA), transtorno de oposição desafiante (TOD) e, mais recentemente, o transtorno disruptivo descontrolado de humor (TDDH) e o tempo cognitivo lento.

Moysés e Collares (2010) apontam que desde então, os processos de patologização das singularidades do indivíduo em se comportar e de aprender têm avançado em escala inimaginável, em uma espiral viciada, a cada volta, mais e mais pessoas são capturadas por essa teia de “diagnósticos” de transtornos mentais, que aumentam em velocidade espantosa. Para uma rápida ideia, basta olhar o número de entidades nosológicas descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), a cada edição, culminado com o DSM-5. Assim, acreditar que a medicina possa ter um papel importante na resolução do fracasso escolar pode, temporariamente, constituir uma política de superação de conflitos, pelo ocultamento da questão, de seus determinantes e, principalmente, das possibilidades concretas de enfrentamento do problema. Entretanto, não só a medicina não pode cumprir suas promessas, como se está criando, a médio prazo, um outro quadro a ser enfrentado: a patologização do espaço educacional e a consequente expropriação da competência e área de atuação do profissional da educação. Deve-se enfatizar que não é estudando os erros, as doenças da aprendizagem que se entenderá o processo ensino-aprendizagem normal. Menos ainda, se enfrentará efetivamente o grave problema da educação brasileira, pois sem dúvida, as altíssimas taxas de fracasso escolar não se devem a distúrbios de aprendizagem, mas a distúrbios do processo de ensino e aprendizagem, ou melhor dizendo, a distúrbios da política educacional.

### **3.2. O Complexo Médico-Industrial e o Fenômeno da Medicalização**

Oliveira (2018) aponta que a dependência de ferramentas tecnológicas é um dos fenômenos que caracterizam os modos de vida contemporâneos. Para comunicar-se, vencer distâncias, cozinhar, assear-se, praticar esportes e para satisfazer uma infinidade de outras necessidades e desejos inventam-se, promovem-se e vendem-se dispositivos diversos que facilitam a realização das ações cotidianas da vida. Tendo-se tornado não só facilitador, mas também objetos de consumo, muitos destes dispositivos deixaram de ser elementos de facilitação e transvestiram-se em necessidades fundamentais. Assim, é comum aceitar que não se pode mais viver sem determinados aparelhos e sem o uso de certos serviços.

Eles se tomaram essenciais à própria vida, ganharam status de estrutura vital. Com isso, construíram-se segmentos de mercado, indústrias, linhas de consumo, conglomerados empresariais que administram desde a fabricação à distribuição, promoção, venda, reciclagem, controle e regulação de diversos elementos que compõem comportamentos e hábitos inseridos nesta corrente da qual são elos a cultura do consumo, a economia industrial e a regulação estatal.

Medicamentos são dispositivos que não fogem a estas regras. O uso de medicações adaptou-se, como todas as outras ferramentas tecnológicas, ao contexto de consumo em um panorama de economia de mercado. Como qualquer produto a ser vendido e consumido, o objetivo da medicação deixa de ser apenas a promoção do bem-estar individual e coletivo e passa a fundamentar-se também no lucro que deve gerar dentro de um panorama industrial e de serviços. Sendo assim, a busca por medicações não obedece apenas à necessidade estabelecida por um problema de saúde a ser resolvido em prol dos cidadãos e da sociedade, mas a uma necessidade de aumento de consumo, produtividade industrial e lucro empresarial. Este contexto não pode ser ignorado nas análises sobre a produção e distribuição de medicamentos para combater problemas de que afetam a saúde das pessoas e populações e sobre o fenômeno da medicalização, cujo conceito foi proposto por Luz (1988, p. 112) como:

(...) processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos - sexuais, alimentares, de habitação - e de comportamentos sociais.

A autora aponta ainda que este processo promove intervenções na sociedade, inclusive políticas, em articulação com o saber, produzido cientificamente em uma estrutura social. Este conceito dá conta do grau de complexidade de que se reveste o fenômeno da medicalização, mas ainda pode gerar confusão ao se restringir à medicina como o elemento apropriador da vida. Embora a medicina possa ser vista como o grande mecanismo organizador, não se pode deixar de chamar atenção para o fato de que a própria medicina é apropriada pela estrutura maior representada pelo complexo industrial medicina – indústria farmacêutica – indústria hospitalar, ou o que alguns se referem como o complexo médico-hospitalar-

farmacêutico. E, ainda, que este complexo é subsidiário da estrutura político-social capitalista, de orientação mercantilista.

De todas as formas, temos testemunhado, na evolução do complexo saúde-industrial, uma série de diretivas que Oliveira (2018) sumariza da seguinte forma: 1. Os problemas que afetam a saúde devem ser combatidos principalmente com dispositivos industriais e tecnológicos; 2. Estes produtos são regulados por um segmento industrial poderoso, cujos interesses têm sido denunciados como acima do bem-estar dos indivíduos e populações; 3. O atendimento aos interesses do complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico é organizado de forma que fortaleça aos setores que compõem o complexo industrial, formando-se um círculo de retroalimentação protetor contra possíveis contestações a este esquema; 4. A produção científica integra este complexo e estratégias de cooptação desta produção têm sido apontadas, tais como financiamento de pesquisas, propagandas direcionadas a atores chave e estratégias de publicidade comercial de massas.

O conjunto articulado destas ações de produção industrial, a mobilização de atores chave e a promoção cultural através de propaganda massiva, levou a um ponto em que a máquina adquiriu vida própria e não depende mais, estritamente, de nenhum destes fatores. Em outras palavras, o complexo não necessita mais, por exemplo, dos médicos para garantir o consumo excessivo e desnecessário de medicamentos. Por meio da produção cultural os próprios pacientes já aprenderam a demandar o uso destes produtos e os médicos que se recusarem a receitar os produtos que especificamente são demandados são discriminados como negligentes ou maus profissionais. A voz do complexo industrial médico-hospitalar-farmacêutico é hoje difusa, aparecendo em todos os meios que, de forma integrada e muitas vezes não explícita, promovem o crescimento do uso inadequado de medicamentos, que só diferem de veneno pela dose e por quem os prescreve.

### 3.2.1 Consequências na Vida Cotidiana: o Papel do Diagnóstico e da Pesquisa Científica

O esquema macro se apresenta na vida cotidiana de diversos atores envolvidos no fenômeno da medicalização de diversas formas. Informações chegam

diariamente à população sobre a necessidade de impor costumes, hábitos, que incluem o consumo de uma variedade de dispositivos tecnológicos como os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica. Estas prescrições demandam afirmações corroboradas pela Ciência, portanto deve haver pesquisas e publicações respeitáveis por trás das orientações oferecidas.

Um exemplo apontado por Amarante e Freitas (2012) é o da pesquisa então publicada pela Organização Mundial de Saúde que concluiu que um terço da população de São Paulo sofre de algum problema mental. Nesta informação estão contidos, de forma subliminar, um diagnóstico cujas bases são questionáveis e uma forma de condução da pesquisa que, apontam os autores, é no mínimo obscura. O diagnóstico é questionável como são todos os diagnósticos genéricos em saúde e particularmente em saúde mental. Quais os critérios para decidir que uma pessoa sofre de "algum tipo de transtorno mental"? E quais foram os mecanismos de produção da pesquisa, por exemplo, quem a financiou? A escolha de um diagnóstico na área psi é uma decisão orientada principalmente por tratados, compêndios, manuais e outros materiais didático-científicos que abarcam o campo da saúde mental e são autorizados e legitimados pelas instituições hegemônicas deste campo. No caso da saúde mental quem dá a palavra final é a Medicina Psiquiátrica e, em alguns casos, a Psicologia, particularmente suas áreas mais consolidadas, como a psicanálise e a psicologia cognitivo-comportamental. Com base nos manuais e tratados psiquiátricos e de psicologia utilizam-se critérios ali preconizados para a tomada de decisão. O manual mais utilizado e reconhecido na área é o DSM, atualmente em sua quinta edição. Tremendamente criticado por psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental, o DSM-5 foi repudiado até mesmo pelo National Institute of Mental Health dos Estados Unidos, mas entrou em vigor nesta década, sob imensas controvérsias. Um dos principais motivos de contestação é um percebido exagero do manual em tomar como distúrbio um sem número de comportamentos, desviantes ou não de normas e padrões, que permite que populações inteiras possam ser diagnosticadas com transtornos mentais e conseqüentemente seus comportamentos considerados patológicos. Assim, apontam Amarante e Freitas (2012, p. 80),

Crianças que fazem muita birra sofrem de ... "desregulação do temperamento com disforia". Adolescentes que apresentam de

comportamentos extravagantes podem sofrer da "síndrome de risco psicótico". Homens e mulheres que demonstram muito interesse por sexo, aqueles que têm fantasias, impulsos e comportamentos sexuais acima da temperança padecem de "desordem hipersexual".

Com base nestes diagnósticos, fica a critério da instituição e do médico aplicar a "terapêutica", que geralmente inclui mudanças de hábitos, psicoterapias ou outras formas de ajuda psicológica e o uso de algum medicamento, seja como elemento principal ou "de apoio".

As pesquisas devem apontar não só seus objetivos, motivações, os métodos utilizados, conceitos e referenciais teóricos, devem apontar também e muito claramente os interesses que as permeiam, representados entre outras ações por quem as financia. À pergunta formulada, Amarante e Freitas (2012) respondem que a indústria farmacêutica foi uma financiadora da pesquisa, junto com a FAPESP. Ora, a indústria farmacêutica tem interesses claros sobre o consumo de medicações. Uma pesquisa com este resultado abre caminho para um tremendo mercado de consumo cuja representação financeira é da ordem dos bilhões de dólares e, o que é melhor, com perspectivas de um mercado perene, cativo, cujo objeto de consumo torna-se, conforme legitimado pelo complexo científico de sustentação (diagnóstico, terapêutica, prognóstico, etc.) essencial à própria vida. É assim que se instaura, de maneira articulada, com bases aparentemente incontestáveis, de maneira absolutamente respeitável e, sobretudo, com uma aura de beneficência e magnanimidade, a medicalização da vida.

O que se aponta é um conjunto de cumplicidades entre indústria farmacêutica, instituições científicas, corporações profissionais e produção midiática de cultura com a precípua finalidade de promover a medicalização da vida, ou seja, de transformar a vida de populações inteiras de crianças, jovens, homens e mulheres. Estes deixam de ser, neste contexto, seres vivos com potencial para a transformação do mundo, com desejos próprios a serem revelados, com um futuro aberto que pode ser dedicado à evolução da sociedade e da nação. São reduzidos a consumidores de medicamentos, produtos diversos, hábitos e comportamentos prescritos, cujo objetivo nada tem a ver com a vida, mas com a morte.

### 3.2.2. A Necrofilia e a Medicalização da Vida

Paulo Freire (2016) apontava a tendência necrófila da sociedade de consumo. Para obter seus fins, o mercado precisa destruir as intenções de autonomia, de exploração de novas experiências, de libertação e independência. Por isso é necrófilo. Não precisa, não deseja e não quer seres humanos vivos e desejantes, lutadores e transformadores. Precisa robotizá-los, precisa destruir suas esperanças e direcionar suas energias para um só fim: consumir. Para isso não respeita intenções quaisquer que não sejam as de lucrar, a qualquer custo, com o consumo de seus instrumentos de dominação. A medicalização da vida é um deles.

Não é apenas a questão do estigma e de sua confiabilidade, é que isso pode impedir o paciente de tomar conhecimento de suas próprias questões subjetivas, já que passa a se identificar com o que busca aprender sobre a doença. O diagnóstico trata da doença, não do doente. Desviat (2018) chama a atenção para o cotidiano da prática na psiquiatria quando questiona que terapeuta não teve uma experiência em que o usuário chega à consulta e após cumprimentá-lo diz: *Eu sou bipolar ou borderline...?* O autor argumenta que isso, na maioria das vezes, encerra o caso, condiciona a apreciação do terapeuta e do paciente, que assumiu, provavelmente para sempre, sua condição de doente, seu fracasso. "Cada vez que você me rotula, me derrota", escreveu Sartre (*apud* Desviat, 2018, p. 74) o que, em qualquer caso, não ajuda na decisão sobre o tratamento a seguir.

Manuel Desviat (2018) é apresentado no prefácio de seu livro, pelo Prof. Paulo Amarante, como "um dos mais importantes psiquiatras contemporâneos e um dos mais prolíferos autores do campo da saúde mental".

Tais ideias rotulantes ganham relevo quando o diagnóstico responde ao imaginário do momento histórico. A nosologia em psiquiatria e saúde mental é algo provisório, que obedece mais aos interesses da época, de profissionais e, cada vez mais, empresariais, que a critérios clínicos.

Os grandes acordos psicopatológicos, as estruturas ou organizações psíquicas, a psicose, a neurose e aquelas intermediárias (limites ou de caráter ou psicopáticas), estão fora da enorme lista de critérios das classificações internacionais, abrindo a porta para a medicalização farmacêutica dos mal-estares. O problema é que, apesar disso, como apontado por Alberto Ortiz Lobo e Vicente



Ibáñez, existe, entre os pacientes, mas também entre os profissionais, uma capacidade de coisificação extraordinária, como se através dela pudéssemos definir e concretizar a essência do indivíduo, sua consciência e sua subjetividade (DESVIAT, 2018, p. 75).

Desviat (2018) enfatiza que frases como “*você é um borderline*” (ou um esquizofrênico ou bipolar) resumem, como se fosse demais continuar explicando quem são nossos pacientes, como pensam, o que sentem e como agem. Isso supõe um problema sério, porque ao não existir a necessidade de indagar os porquês dos sintomas perde-se toda a opção terapêutica que vai além da psicofarmacologia, do conselho ou da investigação genética ou de neuroimagem, ao mesmo tempo em que se converte o paciente em um sujeito passivo que assume a condição de doente, com seus inconvenientes, mas também com os benefícios secundários que pode obter. Para este autor não custa nada a admitir a manipulação que exercem certas pessoas amparadas no diagnóstico *borderline*, por exemplo, mas é mais difícil admitir que outros diagnósticos, neuróticos e psicóticos, também podem tirar proveito da situação em que os ajudamos a classificá-los tiranizando o seu entorno.

Como disse Berrios (2010), com as classificações diagnósticas, do DSM e do CID, estamos diante de uma situação paradoxal em que se pede aos clínicos que aceitem uma mudança radical na maneira de desenvolver o seu trabalho (por exemplo, deixar o conselho de sua própria experiência e seguir os ditames de dados estatísticos impessoais) quando, na verdade, as bases atuais da evidência não são outras senão o que dizem as estatísticas, os teóricos, os gestores, as empresas (como o Instituto Cochrane) e os investidores, que são precisamente aqueles que nos dizem onde aplicar o dinheiro. Diagnósticos sinistros, mais baixos para muitas doenças existentes ou novos diagnósticos que poderiam ser extremamente comuns na população em geral, aumentando o número de transtornos como o famoso TDAH, o que implica a criação de falsas epidemias e o conseqüente aumento de estimulantes em uma população especialmente vulnerável.

De acordo com Desviat (2018), mais de mil psiquiatras escreveram às autoridades de saúde do Reino Unido, afirmando que:

- O uso de diagnósticos psiquiátricos aumenta a estigmatização.
- O uso de diagnóstico psiquiátrico não ajuda na decisão sobre o tratamento de escolha.

- O prognóstico de longo prazo de problemas de saúde mental piorou.
- Estes sistemas impõem as crenças ocidentais sobre os transtornos mentais em outras culturas.
- Existem modelos alternativos, baseados em evidência, para prestar cuidados eficazes de saúde mental. (TIMIMI, 2011 *apud* Desviat, 2018, p. 76).

Na opinião de Desviat (2018), as grandes estruturas de psicose, neurose e afins já são suficientes para nos entendermos na clínica. Outra coisa é quando o uso das classificações oficiais é imperativo por questões legais e institucionais. Ainda assim, devíamos ser extremamente cuidadosos com o diagnóstico dado ao sujeito, não esquecendo que os relatórios são dos pacientes. E quando o objetivo não é a estatística sanitária, quando se trata de planos de saúde ou de juízes, deve-se ter cuidado dobrado, sabedores de que até que ponto o que dissermos pode influenciar a vida do paciente.

### **3.3. Desconstruindo a Dislexia como Doença de Aprendizagem**

A desconstrução da dislexia é tratada por Moysés (2010), que detalha o assunto de forma minuciosa e esclarecedora. A referida autora é médica pediatra e Doutora em Medicina pela USP; Livre-Docente em Pediatria Social pela Unicamp; Professora Titular de Pediatria na Unicamp; Pesquisadora das relações entre saúde, aprendizagem e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Na sua explanação inicial se posiciona como observadora e estudiosa de “doenças” ou “transtornos da aprendizagem”, trazendo à tona a necessidade de um raciocínio crítico frente ao conhecimento atual, antes de estabelecermos diagnósticos.

A autora citada acima afirma que é importante salientar que há doenças comprovadas que comprometem muitos aspectos da vida, inclusive a aprendizagem, com consequências evidentes. Alega que há pessoas com grande dificuldade para aprender, enquanto outras aprendem com extrema facilidade. Entre esses dois extremos há um continuum de possibilidades infinitas. Portanto, não nega a existência da diversidade e singularidade da pessoa.

O que Moysés (2010) enfatiza é se essa diversidade e, mais especificamente, se o grupo das pessoas que possuem maior dificuldade para aprender, seria um espelho da diversidade dos seres humanos ou se seria uma consequência de uma suposta doença neurológica chamada dislexia. Nesse contexto, analisa as bases científicas atuais que deram origem ao “diagnóstico de dislexia”. E assim, questiona: quais as evidências científicas de que exista essa doença neurológica chamada dislexia? E para tal, inicia pela definição oficial da dislexia. Ou seja, definição aceita pelos autores que defendem a existência da dislexia e pelas entidades que defendem a condição conhecida como dislexia.

Essa definição, de 2003, aceita pela Associação Internacional de Dislexia (IDA) e pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD), é a mais recente e foi estabelecida por Lyon e Shaywitz (*apud* MOYSÉS, 2010), autores conhecidos entre os que defendem a dislexia. Claramente eles postulam que a dislexia seria uma dificuldade ou um distúrbio de aprendizagem de origem neurológica. Portanto, é de uma "doença neurológica" que se trataria. Para confirmação desse diagnóstico, o único meio utilizado para a avaliação dessa suposta doença neurológica é o da leitura e da escrita, e são elementos que vão aparecer em toda pessoa que tiver dificuldade com tais habilidades. Toda pessoa mal alfabetizada também vai apresentar dificuldades nessa mesma área, dificuldade de fluência, dificuldade de decodificação, tudo isso só adquirimos quando não aprendemos a ler adequadamente, quem não sabe ler bem ou tem qualquer dificuldade para ler, vai se enquadrar nessas características. Portanto, dizer que uma doença neurológica é caracterizada somente por dificuldades da leitura e da escrita, sem evidências de outros comprometimentos neurológicos, é extremamente difícil de se aceitar do ponto de vista médico.

A autora ressalta que a discussão em tela é sobre a existência da “dislexia” enquanto doença, segundo as entidades que a defendem e para tal explicita de que forma é realizado o diagnóstico. A ABD destaca que o diagnóstico da suposta doença neurológica dislexia é baseado nos critérios que se seguem. O primeiro seria por exclusão, ou seja, seguir excluindo possíveis doenças comprovadas cientificamente até o esgotamento de todas as possibilidades e por final optar pela que restou, mesmo que essa “doença” ainda não seja comprovada cientificamente. Esse raciocínio vai de encontro a qualquer racionalidade científica, pois quando falamos em diagnóstico de exclusão, estamos apontando no final da investigação

para uma doença existente no patamar do conhecimento científico. O segundo critério apontado seria de forma indireta com base em elementos neurológicos. O que torna ainda mais estranha a forma de investigação, pois não é dessa maneira que funciona a ciência em neurologia (descritos à frente). E finalmente, o terceiro critério que se baseia na persistência de erros na escrita e na leitura.

Moysés (2010) ressalta que tal fato é muito preocupante: uma doença neurológica que só comprometeria leitura e escrita diagnosticada por processo de exclusão... A autora pontua que usar critérios de exclusão é bastante comum no raciocínio clínico; entretanto, fazer um diagnóstico por exclusão é algo muito diferente. No primeiro caso, vai-se excluindo hipóteses de modo a poder ir investigando um grupo cada vez mais restrito de possibilidades; no segundo caso, diagnosticar por exclusão significa que, por ter excluído todas as demais possibilidades, fica-se com a que restou, mesmo que ela não tenha sido comprovada e nem mesmo investigada. Retornando aos modos de diagnósticos apresentados, o segundo seria indiretamente à base de elementos neurológicos. O que também é um fator de grande preocupação: uma doença neurológica diagnosticada indiretamente; "não é assim que funciona a ciência em neurologia" (MOYSÉS, 2010:,p.12). E, por fim, o terceiro modo: diretamente, à base de frequência e persistência de erros na escrita e na leitura. Bem, qualquer pessoa que tenha dificuldade de leitura e escrita vai ter persistência de erros até que aprenda a ler e escrever bem.

Na continuação do texto escrito por Elena Border (*apud* Moysés, 2010, p.12), o qual é comentado acima como constando na página da ABD, há a seguinte afirmação: "Em todos os diagnósticos, o fato de a criança não ter sido alfabetizada por processo comum...". O que a autora nos faz refletir? A negação da diversidade do ser humano. Todos temos que aprender pelos métodos padronizados, métodos pedagógicos aceitos dentro dos padrões habituais. Todos temos que aprender assim. Nega-se, portanto, a possibilidade de que alguns de nós aprendemos mais pela visão, outros mais pela audição, outros por meio de outros recursos mnemônicos. Cada um tem as suas estratégias de aprendizagem e de lidar com o que já foi aprendido. Cada um de nós aprende por meio de situações mentais diversas, não somos todos absolutamente iguais, clonados, robotizados. Afirmar que não ser alfabetizado pelos processos comuns é sinal de problema, é estar negando a diversidade, é padronizar, homogeneizar, quase que liquidificar a humanidade,

fazendo com que todos sejam obrigatoriamente iguais. Não iguais no sentido de termos os mesmos direitos, ao contrário, pois a negação das diferenças elimina a equidade e os próprios direitos, conquistas da sociedade exatamente porque existem diferenças e desigualdades.

Continuando a acompanhar a análise da autora citada, em destaque na página da ABD: "...ou um histórico familiar com distúrbio de aprendizagem" (MOYSÉS, 2010, p. 10). Vale lembrar que segundo Moysés, quando se lida com questões complexas como o comportamento e a aprendizagem, áreas de maior dificuldade de avaliação no ser humano, exatamente por serem as mais sofisticadas, a importância da família é fundamental. Porque, é na imersão do histórico familiar, nos valores culturais que essa família cultua, é que se constitui o sujeito. Moysés ainda cita Paulo Freire: "Somos sujeitos datados e situados" (FREIRE *apud* MOYSÉS, 2010, p. 10), demonstrando assim que nos constituímos dentro do nosso tempo e espaços social, cultural, histórico e até geográfico. Portanto, não há como desvencilhar o componente familiar da maneira como nós somos.

Outra crítica pontuada por Moysés (2010) é a citação de que 10% a 20% da população mundial possui uma doença neurológica que perturbaria apenas a leitura e a escrita. É importante ressaltar que na área da saúde não falamos habitualmente em porcentagens para fazer citação quantitativa de enfermidades de ordem biológica. Só falamos em porcentagem para citar desnutrição, anemia, verminoses, que são doenças determinadas pelo aspecto social do indivíduo. Portanto, quando nos referimos a problemas constitucionais, falamos em taxas como 1 por 10.000, um por cem mil, um por milhão. Ou seja, Moysés também resalta que se houver 10% a 20% do acometimento humano de uma doença neurológica inata, com comprometimento exclusivo do aprendizado, seria alarmante.

Dessa maneira, mostra que o desafio é o seguinte: como se rotula a criança que não consegue ler e escrever bem por doença neurológica, no meio de outras cem que também não conseguem ler e escrever bem? Em outras palavras, como fazer o diagnóstico de uma singularidade que pode ser comum à maioria das crianças não alfabetizadas corretamente e, portanto, com dificuldade na leitura e na escrita? Assim, toda racionalidade médica é desprezada no conhecimento científico, principalmente, se ponderarmos como o diagnóstico foi realizado. E o grande paradigma a ser quebrado é desconstruir uma hipótese que foi transformada em doença comprovada e inquestionável.

Para firmar convicção na sua defesa, Moysés (2010) cita hipoteticamente o exemplo de uma sala de aula onde há uma pessoa disléxica, no meio de todas as outras pessoas na mesma sala. No exemplo, evidencia que todas as demais crianças leem mal, pelos mais variados motivos: porque não foram à escola, entraram tarde na escola, não gostavam do professor, a escola tinha mais de 50 alunos na sala de aula, não possuía lousa... E mesmo assim, somente um é considerado disléxico.

O desafio posto é o seguinte: como se identifica a criança que não lê e/ou escreve bem? Como fazer o diagnóstico de uma doença neurológica cuja única manifestação é a dificuldade para ler ou escrever. Óbvio que o diagnóstico não pode ser realizado utilizando ferramentas de leitura e escrita.

Dessa maneira, uma doença neurológica não pode e não deve ser diagnosticada usando apenas testes de leitura e escrita. Mesmo expostas as questões acima, os testes são feitos usando a linguagem escrita. Esse vício metodológico permeia todas as pesquisas e mostra toda a fragilidade científica desse campo, dessa hipótese, ao mesmo tempo que revela um caráter não isento de avaliação. Moysés (2010) ainda argumenta que se pedirmos a uma pessoa que lê bem para realizar uma tarefa que envolve a linguagem escrita, esse trabalho será feito utilizando determinados processos cognitivos. Entretanto, se a mesma tarefa for solicitada a uma pessoa mal alfabetizada, o resultado é totalmente diferente, sem comparação, porque ela usa outros processos cognitivos, outros processos mentais.

Até mesmo no simples ato de copiar uma letra ou uma palavra projetada, processos diferentes serão envolvidos. Se dizemos a palavra “faca” para quem é letrado, pensa: “Bem, ‘faca’ em letra de forma eu sei escrever” e escreve. Mas e para quem não sabe ler? O processo é exclusivamente de memória da imagem, memória visual. Então, eu não posso comparar pessoas que leem bem com pessoas que leem mal, utilizando a leitura. Ou seja, eu não posso fazer diagnóstico de uma doença, que comprometeria só a leitura, usando a leitura como teste.

Há um autor muito conceituado e diversas vezes citado, de nome Velutino (*apud* MOYSÉS, 2010), que em uma pesquisa de 1979, considerou o teste pela linguagem escrita um erro para aferir o diagnóstico, exatamente pelas condições citadas acima. Esse autor realizou um trabalho com adultos americanos, divididos em dois grupos, um que possuía o diagnóstico anterior de “disléxicos” e outro que havia sido avaliado como “normais”. Conhecedor dos testes realizados com

linguagem escrita, usou o alfabeto hebraico, que não era conhecido, no lugar do alfabeto ocidental, que apenas um grupo dominava. Assim, observou que o desempenho do grupo de americanos que desconheciam o alfabeto hebraico foi medíocre, enquanto no grupo de judeus americanos que conheciam o alfabeto hebraico, a desenvoltura foi muito melhor. Então, novamente, Moysés (2010) chama atenção para o fato que não se pode usar um instrumento feito para quem sabe ler, para avaliar quem não sabe ler. E, dessa forma, afirmar que quem não souber ler tem uma doença neurológica ou um distúrbio.

Em suma, a existência dessa “doença” chamada dislexia é muito questionada pela própria medicina, desde o início de sua descrição. Sua cientificidade não é clara e nem inquestionável, não apenas no Brasil, mas sim em todo o mundo. São numerosas as publicações de autores no mundo todo que questionam sua existência de fato. Trata-se de uma das questões mais controvertidas na medicina. Para sintetizar, a preconização de que exista uma doença neurológica que só comprometeria a linguagem escrita, e seu diagnóstico feito usando a linguagem escrita, não é passível de entendimento na esfera científica. Portanto, esse teste não é um diagnóstico no sentido médico, e, sim, um processo de rotulação em que a criança desaparece no meio desse processo confuso; a criança e o adolescente deixam de ser um sujeito, com toda singularidade e complexidade que os constituem e se tornam apenas um doente, de uma doença que nunca foi comprovada cientificamente.

Há a importância de resgatarmos a história dessa invenção de doenças jamais comprovadas. Essa história começa em 1896, quando um oftalmologista inglês chamado James Hinshelwood (*apud* MOYSÉS, 2010, p. 74) escreve um texto dizendo: “Eu acho que as crianças que não aprendem a ler e a escrever têm cegueira verbal congênita”, mas nunca comprovou e nenhum outro autor demonstrou com evidência científica a existência dessa doença. Em 1918, Strauss (*apud* MOYSÉS, 2010, p. 75) especulou: “Isto é lesão cerebral mínima”. Que, também, não foi comprovada.

Em 1925, Orton (*apud* MOYSÉS, 2010, p. 75) mudou o nome para *strephosymbolia*, afirmando que a leitura em espelho (especular) seria sinal patognomônico de doença neurológica, hipótese jamais comprovada. Aliás, todos os trabalhos sobre leitura especular mostram que todos nós fazemos leitura especular, especialmente quando estamos aprendendo.

Em 1962, tentando manter a doença prevalente, mudaram o nome para disfunção cerebral mínima (DCM), que também não foi comprovada. Na sequência, surgiu a dislexia específica de evolução, que seria específica porque comprometeria só a aprendizagem da leitura e seria de evolução, porque desapareceria com a idade. Essa também não foi comprovada. Em 1984, a Academia Americana de Psiquiatria (*apud* MOYSÉS, 2010), considerou vagos os conceitos que descreviam a DCM, e também inadequados pois o problema era decorrente de comprometimento da atenção, a ênfase em hiperatividade era inadequada e os critérios diagnósticos eram vagos e pouco científicos. A nomenclatura foi substituída por ADD (*Attention Deficit Disorders*), que no Brasil se transformou em TDA (Transtornos de Déficit de Atenção).

Na sequência, poucos anos depois, a Academia Americana de Psiquiatria mudou para ADHD (*Attention Deficit and Hiperactivity Disorders*), em reconhecimento de que a hiperatividade era um componente importante; no Brasil, tornou-se TDA-H (Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Mais recentemente, a Dislexia Específica de Evolução virou Dislexia de Desenvolvimento. Tudo sempre sem qualquer comprovação e racionalidade científica.

Espera-se, portanto, que alguma modificação adicional já esteja em andamento e que um novo nome esteja sendo gestado. Dessa forma, há uma sequência de mudança de nome de forma sistemática, com o intuito de manter a “doença” existente. A autora afirma que o conhecimento científico não se constrói dessa maneira, mas com racionalidade, com evidências, argumentos consistentes e sólidos do ponto de vista teórico e metodológico. A ciência não é analisada no campo das crenças e da fé. O objetivo é trazer à tona a necessidade da análise do que é postulado pela racionalidade crítica e confiar nas evidências científicas, estando sempre aberto a novos conhecimentos, mesmo que esses suplantem os antigos. Afinal, duas das características da ciência são a historicidade e a transitoriedade. O terreno da religião é que se apoia em fé inabalável e na eternidade (dogmas).

Moysés (2010) então demonstra a necessidade da comprovação destas supostas doenças neurológicas – dislexia e TDA-H – não somente através de sua opinião pessoal e nem na forma inquestionável que essas entidades vêm se perpetuando há mais de 100 anos e mostra algumas evidências: em 2008, a ABD realizou em São Paulo o 8º Simpósio Internacional de Dislexia. O evento dá grande



destaque na página da entidade. A palestra magna abriu o evento, proferida pela psiquiatra Ana Beatriz Barbosa e Silva (*apud* MOYSÉS, 2010) que, ao falar sobre os sintomas clínicos e neuroimagens do distúrbio por déficit de atenção e da dislexia, afirmou: “mais do que ajudar no diagnóstico, a neuroimagem trouxe a certeza de que o TDA-H e a dislexia existem” (MOYSÉS, 2010, p. 14).

Ao afirmar que a neuroimagem estabeleceu o diagnóstico das “doenças” citadas acima, ela também está colocando que, até então, a doença não era comprovada. Dessa maneira, a ABD também concorda com o postulado, caso contrário, não a teria convidado para a conferência de abertura e nem manteria o destaque de sua apresentação em sua página.

Moysés (2010) questiona a neuroimagem como comprovação das supostas doenças, como pode-se observar à frente, enfatizando que a sustentação científica não é possível como descreve posteriormente no texto. Com o advento da sofisticação tecnológica, exames tendenciosos podem ser interpretados a fim de garantir uma suposta doença e mostrar inequívocas “comprovações” da existência de alterações anatômicas no cérebro; de alterações funcionais no sistema nervoso; de alterações genéticas em pessoas portadoras de TDA-H e dislexia. Além disso, em interessante inversão da razão, essas alterações passam a ser apresentadas como a comprovação final da existência dessas pretensas doenças. É importante ressaltar, ainda segundo a autora, que o rigor científico não foi utilizado nas justificativas para a manutenção da existência dessas supostas doenças. A começar pelas supostas alterações genéticas, quando se afirma que há quatro mutações genéticas encontradas nos cromossomas: 1, 6, 12 e 15, que acarretariam no aparecimento das “doenças”. Em verdade, os autores que descrevem supostas alterações cromossomiais, não citam as quatro mutações numa só pessoa, mas cada um faz menção a um tipo de mutação. Assim, um defende a alteração no cromossoma 1, outro no cromossoma 6, um terceiro grupo briga pelo cromossoma 12 e um quarto grupo aposta no cromossoma 15. Afirmam ainda que há alguns genes em que as mutações já foram definitivamente provadas, sendo quatro os mais importantes: DYX1C1; KIAA0319; DCDC2; ROBO1.

A história se repete, no sentido de que cada grupo de pesquisadores briga pela hegemonia e pela detenção do poder do conhecimento da descoberta de qual gen causaria a dislexia. Nos estudos concernentes aos genes, aparece a sigla GCPD, que segundo Moysés (2010, p. 15) significa: "Gene Candidato a Predispor a

Dislexia". Portanto, esses genes não causariam, mas seriam ainda candidatos à predisposição (cientificamente irracional). Afim de exemplificar melhor o que é predispor, Moysés (2010) aponta como modelo uma sala de aula com cinquenta alunos, com professores mal pagos e desmotivados. Situações como essas, iriam predispor um aprendizado prejudicado, o que traria como consequência uma série de dificuldades para o desenvolvimento de várias habilidades, entre elas, a da leitura e a da escrita.

Ainda na tentativa de comprovação da suposta doença (dislexia), Moysés (2010) afirma que alguns autores citam as alterações neurológicas como embasamento científico e que, para tal, haveria alterações anatômicas causadoras de dislexia e TDA-H no corpo caloso, área occipital, parietal, temporal e cerebelo, o que levaria o leitor desavisado a imaginar que o comprometimento seria do cérebro inteiro. Novamente, cada pesquisador defende uma área comprometida, mas sem efetiva comprovação científica.

Há um conhecido autor nessa área, Galaburda (*apud* MOYSÉS, 2010), uma espécie de guru, muito citado pela maioria dos autores que escrevem sobre a dislexia e TDA-H, que categoricamente em uma série de trabalhos nas décadas de 1970 e 1980, teria “comprovado” que o problema da dislexia seria a assimetria de neurônios no plano temporal e ectopias neuronais em córtex, tálamo e cerebelo, mencionando que o lóbulo temporal esquerdo e o lóbulo temporal direito, ao invés de serem assimétricos, seriam simétricos e essa seria a causa da dislexia. Ectopia neuronal é o seguinte: é um neurônio que está em uma região fora do seu local habitual. Embora afirme essa modificação, não faz menção ao percentual de ectopia neuronal na população em geral e, assim, não há dados para comparação.

Para reforçar sua tese, Galaburda (*apud* MOYSÉS, 2010), em 1987, estudou 100 cérebros de pessoas “normais”. Segundo ele, eram pessoas que morreram e não tinham nenhuma queixa, não tinham nenhum diagnóstico. Ele encontrou que 16% da população normal tem simetria no plano temporal. Tal afirmação, levou Moysés (2010) a questionar a validade do achado, ou seja, se essa “alteração” levaria à dislexia, como foi encontrado na população “normal”? Mais uma vez, não há evidência científica na alegação. Entretanto, parece que essa “regra” foi o que deu origem ao mito de que 18% a 20% da população geral é “disléxica”. São dados do mesmo autor e, assim, perguntamos: “Mas, espera aí, como é que foi feita essa pesquisa? Que método ele usou? Quantas pessoas foram pesquisadas?”.

Galaburda (*apud* MOYSÉS, 2010) estudou cinco pessoas que ele disse que eram supostamente disléxicas. Apenas cinco! Com idades variando de 12 a 30 anos! Além disso, como ele fez o diagnóstico de dislexia? Nenhuma palavra sobre isso; parece que esta questão, fundamental em pesquisa científica, nem se coloca; parece que não precisa dizer, são disléxicos e ponto. E este é o padrão recorrente do que se publica sobre o assunto: nenhuma palavra sobre os critérios de inclusão, sobre como foi feito o diagnóstico de dislexia e de TDAH. Não há qualquer comprovação de que existam alterações na anatomia do sistema nervoso central que causem dislexia ou TDAH.

Alguns autores citam também as alterações funcionais, que levariam à dislexia e ao TDAH, como divulga a página da ABD. Nesse contexto, a neuroimagem mostraria alterações funcionais em diferentes regiões do cérebro: área occipital, temporais, parietais, cerebelo. Só falta o corpo caloso! De forma repetida, não afirma-se que o cérebro todo estaria comprometido à semelhança do que foi dito em relação aos genes e à anatomia: alguns autores dizem que é em uma área, outros dizem que é em outra área, brigando entre si pelo maior prestígio.

Moysés (2010), aprofundando-se no estudo dos testes realizados em neuroimagem, esclarece que esses exames são feitos com aparelhos de imagem extremamente sofisticados e que, sem dúvida, trouxeram grandes avanços, embora sejam caríssimos e venham aumentando muito o custo da Medicina em todo o mundo. São basicamente três exames que a autora apresenta, conforme já descrevemos no início desse texto: PET (Positron Emission Tomography), é o que tem a maior resolutividade e qualidade de imagem e é o mais caro, Spect (Single Photon Emission Computed Tomography) e RMNf (Ressonância Magnética Nuclear Funcional), sendo que todos funcionam na mesma lógica, a diferença é qual a partícula atômica que eles vão captar, se é um próton, um fóton. Para nossa discussão, não há diferença. Sabe-se que determinada célula do corpo, quando está funcionando, capta ou libera determinada partícula atômica e o aparelho vai captar isso. São exames capazes de detectar uma atividade de um grupo de células ou de um órgão em funcionamento. No caso específico da neurologia, particularmente no campo de processos mentais, processos cognitivos, sendo necessário ativar a área que se pretende estudar. Assim, para que o exame detecte a atividade na área da leitura, a área da leitura precisa ser ativada pela linguagem escrita. Apresenta-se textos para a pessoa ler, objetivando realizar tarefas com linguagem escrita, usando

a linguagem escrita. No analfabeto, esse teste seria inválido e não acusaria áreas do cérebro funcionantes. Os autores que defendem que esse exame provaria que a dislexia é uma doença neurológica dizem que aprender muda o resultado; sendo assim, o teste novamente se mostra falho.

Assim, após revisitarmos o pensamento que evidencia que o normal e o patológico são relativos à época, ao local e a visão de quem avalia o indivíduo, mostramos a necessidade de repensarmos a dislexia como uma disfunção a ser desconstruída e passada a um novo contexto que não a rotula ou a classifica como doença do aprendizado e/ou do comportamento. Essa mudança se fará no âmbito de uma escola que considera o conhecimento hegemônico do ocidente, mas também os conhecimentos alternativos de outras culturas, onde a somatória desses novos valores traga uma escola mais aberta ao conhecimento que desejamos, com qualificações constantes de professores e alunos para evitar o fracasso escolar e estimular ao máximo as habilidades individuais.

Apontamos também a necessidade de repudiar a medicalização excessiva, como forma de solução para as “doenças do aprendizado e do comportamento”. Retornando para o ambiente escolar a autonomia para desconstruir as dificuldades que o educando apresentar durante o processo de ensino e aprendizagem.

#### 4. DIAGNÓSTICO E MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DAS IDEIAS DE DESVIAT: DA PSQUIATRIA À SAÚDE COLETIVA

Desviat (2018) ressalta que o diagnóstico em psiquiatria e saúde mental é algo transitório, que obedece mais aos interesses da época, de profissionais e, cada vez mais, empresariais, do que a critérios clínicos. Principalmente quando o diagnóstico não apresenta respaldo científico.

As colocações deste autor implicam uma mudança de paradigma na perspectiva relacionada às chamadas doenças mentais. Ele menciona que um conhecido psiquiatra com tendência claramente biológica, ante a falta de especificidade dos psicofármacos, reconheceu, em uma mesa-redonda há alguns anos, que o uso dos medicamentos era como matar moscas a tiros de canhão. Nenhum transtorno psiquiátrico tem sido vinculado a uma alteração bioquímica concreta. Nem a teoria da dopamina na esquizofrenia, nem a da monoamina na depressão. As pesquisas ainda não confirmaram que existe uma anomalia da serotonina associada com a depressão. Tampouco a especificidade da dopamina na esquizofrenia.

A psiquiatria hoje hegemônica tenta demonstrar sua posição científica e especialmente a sua posição dominante mediante a equiparação dos transtornos mentais, do sofrimento psíquico, com anomalias bioquímicas do cérebro.

Retrocedemos, assim, a um modelo médico antigo da medicina, o anatomoinfeccioso, como escreve Jorge Luis Tizón no prefácio do livro "Hablando Claro": una introducción a los fármacos psiquiátricos, de Joanna Moncrieff, professora de psiquiatria da University College London. Essa autora defende que, como ocorre com o álcool, os psicofármacos criam um estado alterado no cérebro (MONCRIEFF, 2013, p. 39-40), refutando a ideia que a indústria farmacêutica vende e a "psiquiatria biologista" assume de que a droga exerce efeitos terapêuticos revertendo uma anomalia biológica ou uma doença. Moncrieff argumenta que, pelo contrário, o que estas drogas fazem é substituir o estado mental original pelo estado induzido pela droga, como outras drogas psicoativas: o álcool, a heroína, a cocaína, a maconha. No caso dos psicofármacos, o que acontece é que, se a perturbação sobre a qual ela age for muito grave, o estado anormal induzido pela droga pode ser considerado preferível pelo paciente ou pelas pessoas ao seu redor, apesar dos efeitos colaterais às vezes muito desagradáveis e incapacitantes (Desviat, 2018, p. 78).

Joanna Moncrieff toma como exemplo o álcool na fobia social. Um estado de intoxicação leve pode ajudar as pessoas com ansiedade social, mas ninguém sugere que o álcool age revertendo um desequilíbrio subjacente ou corrigindo um déficit de álcool no cérebro (MONCRIEFF, 2013). As drogas psicotrópicas, conclui ela, são simplesmente drogas. Elas podem deixar uma pessoa mais rápida ou mais lenta, mais eufórica ou disfórica. Mas não tornam feliz uma pessoa desgraçada, ou normal uma pessoa perturbada. Podem ser úteis se o paciente e o médico assim o decidirem quando se está sofrendo muito, porque então pode ser preferível estar em um estado deficitário emocional e intelectualmente induzido por drogas. A questão então é quanto tempo e quão induzido. A questão é que os pacientes possam pesar e decidir sobre isso conhecendo os efeitos positivos e os indesejáveis a curto e a longo prazo.

David Healy, professor de psiquiatria no País de Gales e autor de mais de uma dúzia de livros sobre psiquiatria e psicofarmacologia, comentou em uma entrevista com Robert Whitaker que é necessário usar os psicotrópicos de modo limitado e seletivo (WHITAKER, 2017, p. 407): "Muitas pessoas que experimentam um surto de psicose ou uma depressão profunda podem recuperar-se de forma natural. O uso de drogas psicotrópicas a longo prazo está associado com o aumento da cronicidade".

Desviat (2018) nos conta que a Associação Madrilenha de Saúde Mental, pertencente à Associação Espanhola de Neuropsiquiatria-Profissionais de Saúde Mental (AMSM-AEN), que é a associação psiquiatra mais antiga (fundada em 1924) e com mais associados hoje existentes na Espanha, publicou um artigo em seu site, relativo ao financiamento pela indústria farmacêutica do Dia Mundial de Saúde Mental, em outubro de 2015, denunciando o suposto conflito de interesses. O Conselho de Administração da associação madrilenha decidira havia alguns anos suprimir todos os financiamentos farmacêuticos de suas atividades, tendo em conta que nas últimas décadas o campo da psiquiatria e da saúde mental estava sendo colonizado pela indústria farmacêutica; que havia uma presença excessiva dos laboratórios farmacêuticos na formação dos profissionais, no financiamento de sociedades científicas, associações de familiares e de pessoas afetadas, e no financiamento de campanhas antiestigma:

[A AMSM explica] que a porcentagem dos gastos com Saúde Mental destinados aos tratamentos farmacológicos não deixa de crescer, tanto pelo aumento da população-alvo, como pela substituição de moléculas mais conhecidas por notícias de inovações duvidosas mais caras ou pelo abuso de medicamentos. Deve-se notar a este respeito que muitas pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves recebem uma pensão não contributiva em torno de 350 euros por mês, gastando o Estado, por vezes, o dobro ou mesmo o triplo desse montante para pagar medicamentos muito caros que não têm demonstrado benefícios suficientes para justificar seu uso perante outros muito mais baratos e similares. E se em vez de se gastar esse dinheiro em medicamentos essa pessoa recebesse a mesma quantia para ter uma habitação digna e condições de vida decentes? Faz sentido que haja muita gente sobrevivendo com uma mísera pensão insignificante enquanto o Estado gasta centenas de euros por mês para pagar suas drogas psiquiátricas? Seria mais rentável contratar mais profissionais que tratassem de forma diferente àqueles que buscam os serviços da Saúde Mental com problemas graves? Uma empresa farmacêutica patrocinaria uma campanha de um dia da saúde mental com este tipo de reivindicações? (AMSM, 2015 *apud* DESVIAT, 2018, p. 82).

A revista *NoGracias* denuncia, por sua vez, em seu site que:

A inovação farmacológica e tecnológica — graças ao enfraquecimento da estrutura ética, política, jurídica, investigativa, acadêmica, profissional e comercial que devia estabelecer suas regras de funcionamento — tornou-se um grande fracasso social. (...)As indústrias farmacêuticas priorizaram o benefício econômico sobre qualquer outra consideração, inclusive sobre a saúde e a segurança dos pacientes. (NGRACIAS, 2015 *apud* DESVIAT, 2018, p. 83).

São cada vez mais frequentes os estudos que mostram que os benefícios de medicamentos psiquiátricos, incluindo os novos, são menores do que o que nos mostram os laboratórios farmacêuticos, com seus testes tendenciosos, e os efeitos colaterais muito mais frequentes. A pesquisa realizada por Robert Whitaker (2017) em seu livro *Anatomia de uma epidemia* descobre de forma precisa manipulações e truques nos testes clínicos realizados pela indústria farmacêutica como garantia para que as agências nacionais e internacionais aceitem o seu uso, assim como as parcerias entre associações de profissionais — principalmente a Associação Psiquiátrica Americana (APA) —, de familiares e de usuários, e os benefícios que alguns recebem. Talvez não seja possível estabelecer a suspeita desse autor sobre a responsabilidade desses medicamentos, sobretudo o seu uso indevido, no aumento dramático da doença mental nos últimos sessenta anos. Existem fatores

sociais determinantes, que, sem dúvida influenciaram muito. O certo é que não há dúvida de que a sobre-medicação tem ajudado no aumento desta epidemia; como evidenciado pelo aumento das depressões por toda a vida e, de forma inegável, no aumento do TDAH. Há um crescente consenso sobre a necessidade de uso limitado no tempo e na dose. Desviat (2018, p. 76) afirma que:

Qualquer profissional que tenha exercido a psiquiatria nas últimas décadas creio que vai concordar comigo que até meados dos anos 1980 medicava-se muito menos, doses menores e menos tempo. Claro, na época tanto os neurolépticos (agora chamado erroneamente de antipsicóticos) como os antidepressivos eram muito baratos, e os congressos, os livros e as refeições eram pagos pelos profissionais desde os anos de formação até os de adjunto.

Desviat (2018) discute sobre o movimento de familiares e usuários, estes começaram a partilhar as suas experiências com respeito à medicação, em que se podem ver dois extremos, aqueles que a rejeitam abertamente e aqueles que criticam ser ela a principal ferramenta terapêutica. Há um consenso entre os usuários e os estudos de profissionais não envolvidos com a indústria farmacêutica e críticos da atual supervalorização das drogas é que as altas doses quase nunca representam uma ajuda se forem mantidas, e que não é verdade a necessidade de se manter a medicação a vida toda. É de conhecimento médico que são necessárias regras para remover um medicamento que o paciente venha tomando há tempos; assim como se conhece que há uma síndrome de abstinência depois de qualquer dependência a uma droga viciante, também porque o organismo já se acostumou a essa intoxicação, não porque esses medicamentos ou drogas supram a ausência dessas substâncias nos circuitos bioquímicos.

Não só a medicação pode ser iatrogênica, mas também as práticas psicológicas e assistencialistas. O fato é que, embora a medicação psicofarmacológica seja o tratamento mais usual e do qual mais conhecemos seus efeitos colaterais e as más práticas, todas as técnicas psiquiátrico-psicológicas podem envolver iatrogenia, mesmo que seja por indicações que não procedem. Desviat (2018) explica que o caso mais frequente e mais difícil de resolver, por vezes, é o caso de pessoas que vêm à consulta de saúde mental sem qualquer transtorno, e, às vezes, elas já vêm até medicadas pela atenção primária ou outros especialistas. Em certos momentos são de abordagem difícil, uma vez que certas



situações sociais — desemprego sem opções para encontrar trabalho e principalmente explorações trabalhistas — e a falta de canais comunitários e, por vezes pessoais, para canalizar a raiva e o mal-estar do usuário em crise nos deixam em uma situação de poucas perspectivas. E o autor questiona:

Manter a medicalização do sujeito? Torná-lo usuário de serviços de saúde mental por toda a vida? Encorajá-lo a uma atividade na comunidade? Lembro-me, com a crise financeira, de pessoas que acorriam à consulta de um Centro de Saúde Mental: diretores de agências bancárias, executivos de empresas, profissionais qualificados de televisão e jornais, com mais de 50 anos de idade, às vezes com seu parceiro desempregado ou dona de casa, filhos na faculdade, terminado o seguro-desemprego e sem nenhuma possibilidade de encontrar trabalho, nem na sua área nem em outras áreas para as quais estaria qualificado, e sem aquela cultura da pobreza da classe geralmente castigada pela crise com o desemprego, da cultura de classe, de ajuda mútua, do trabalho informal, recolher papelão ou qualquer outra coisa. O que fazer com esse mal-estar que toma corpo, que se torna psíquico como alternativa? (DESVIAT, 2018, p. 79).

Vemos aqui uma ressonância da questão da medicalização da aprendizagem na escola que não se transforma, que permanece com as cadeiras enfileiradas e os quadros cheios, com o(a) docente diante de uma turma que se deseja ser homogênea, não reconhecendo as singularidades dos discentes.

#### **4.1. Psiquiatria Baseada em Narrativas para a construção de uma Nova Clínica**

Em um editorial da *Revista Española de Salud Pública*, Pérez de Andrés (2000) apresenta algo fundamental para o assunto que tratamos ao estudar a diferença das técnicas — empregadas para o estudo da realidade social, da qual fazem parte os fenômenos relativos à saúde e à doença — chamadas quantitativas ou distributivas e as qualitativas e estruturais: a linguagem. Na metodologia qualitativa, o elemento de estudo não são os fatos, mas os discursos. Não é que os sujeitos participantes respondam a um questionário, mas que falem. O fundamental da metodologia qualitativa é a análise e a interpretação da linguagem (verbal e não verbal) obtida em condições de investigação.

O discurso, a narrativa, proporciona sentido à doença do paciente:

"Define como, por que e de que maneira ele ou ela está doente. O estudo da narrativa oferece a possibilidade de desenvolver uma compreensão que não pode ser alcançada de nenhuma outra forma" (GRENHALGH & HURWITZ, 1999 *apud* DESVIAT, 2018, p. 81).

Ante as limitações da medicina baseada na evidência, alguns médicos ingleses adiantam a hipótese de uma medicina baseada em narrativas. Adoecer, estar doente, estar em tratamento remetem o indivíduo a uma história particular, a um contexto cheio de sentido (DOMONT DE SERPA JUNIOR, 1999).

Para Domont de Serpa Jr. (1999), a tarefa do médico é comparável à dos historiadores, dos biógrafos ou dos etnógrafos; o método clínico consiste em um ato interpretativo baseado em habilidades narrativas para integrar as histórias contadas por pacientes e clínicos e os resultados dos exames.

A situação clínica integra diferentes textos:

- O experimental ou o sentido que o paciente dá a sua doença;
- O narrativo ou o que o médico interpreta como o problema do paciente;
- O perceptivo ou físico; o instrumental ou dos exames complementares;
- E o texto terapêutico.

Uma nova clínica exige, conforme as idéias de Desviat (2018), repensar a saúde e o sofrimento ou a doença mental a partir de outras perspectivas e outros atores e unir a assistência à investigação. Um processo que envolve recuperar a psicopatologia, a psiquiatria clássica, para estudá-la a partir de outro lugar, para além dos muros do hospital e sem querer transformá-lo em uma física mental ou em um simples fracasso da sociedade.

Desviat (2018) crê que estamos em condições de estabelecer pilares para a futura criação de uma clínica diferente. Algumas das experiências e procedimentos expostos podem nos ajudar a fazê-lo. O autor argumenta que começa a ficar evidente, por exemplo, que a medicação não só não é tudo como pode ser prejudicial se usada como proposto por algumas diretrizes e protocolos; que devemos ser prudentes em seu uso e não nos deixarmos influenciar pelo marketing de empresas farmacêuticas. Aponta também que temos de recuperar o trabalho em equipe, associado ao intercâmbio de pareceres, a compartilhar responsabilidades, incertezas e ansiedades, e à reflexão sobre o produto do nosso trabalho; unir prática com pesquisas para não acabar no famoso *burnout*. A Síndrome de Burnout é um

estado físico, emocional e mental de exaustão extrema, resultado do acúmulo excessivo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes e/ou estressantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade, especialmente nas áreas de educação e saúde.

O autor estudado enfatiza que o trabalho da saúde mental envolve uma responsabilidade, um necessário compromisso social e político, alertando que o termo não deve ser confundido com o trabalho de partidos, sindicatos ou governos; político como participante ativo da sociedade.

Não se trata, como escreve Günther Anders (2011), de transformar o mundo. Isso já o fazemos. Já acontece normalmente mesmo sem a nossa influência. Também temos de interpretar essa transformação, e precisamente para transformá-la, para que o mundo não continue mudando sem nossa participação, não se transforme por fim em um mundo sem nós. E sabemos, já é um clamor de vozes leigas e profissionais, que nada justifica a cura a qualquer preço. Nós profissionais de saúde e educação também temos ferramentas, temos estratégias e conhecimentos técnicos, parciais, mas válidos, conhecimento efetivo se os usarmos com um critério que privilegie a dignidade e a autonomia da pessoa que atendemos.

Ao longo dos mais de duzentos anos da psiquiatria como especialidade, da psicologia clínica, o mais de meio século de reforma psiquiátrica com a construção de uma nova cultura na atenção à saúde mental, foram desenvolvidas técnicas de psicoterapia, psicanalíticas, cognitivas, familiares, de grupo, breves, construtivistas; foram desenvolvidas estratégias psicossociais eficazes para lidar com a deficiência. A psicoterapia institucional e a comunidade terapêutica nos levaram a compreender que se pode tornar significativo tudo o que transita nas instituições residenciais, nas instituições de atendimento e apoio; o apoio matricial, a concreção ao fazer um projeto terapêutico em equipes interprofissionais e intersetoriais.

Desviat (2018) argumenta que nos primórdios da reforma psiquiátrica havia um entendimento sobre uma margem para a mudança na saúde mental:

Fechar os manicômios, coisa que fizemos com o Leganés, criar uma ampla rede de recursos comunitários, alternativos, coisa que também fizemos, sabendo que se não fossem criados ao mesmo tempo em que os pavilhões estavam sendo fechados, o processo seria um fracasso. Pretendíamos também integrar a saúde mental à saúde geral, criando unidades nos hospitais gerais, interconsultas e assumindo todo o cuidado ambulatorial em centros comunitários. E

que essa integração, que culminou na criação de duas unidades de pacientes graves com poucos leitos nos dois hospitais gerais da área, devia servir para contribuir para humanizar os hospitais, para introduzir a subjetividade em suas atitudes clínicas e, em qualquer caso, para romper o isolamento secular da psiquiatria (DESVIAT, 2018, p. 89).

Desviat (2018) afirma que a ideia, como agora, não era a crítica à medicina, mas a crítica a uma maneira de fazer medicina, uma medicina de órgãos como gavetas de um armário e de fluidos como no tempo de Hipócrates. Uma saúde desmembrada desde Descartes, onde o corpo e, portanto, o cérebro, prioriza toda a atenção e estudo. Provavelmente, a mudança produzida na medicina hospitalar tem sido pouca, mais além de os profissionais aprenderem a conviver na urgência e na vida hospitalar com psiquiatras, psicólogos e pacientes mentais. E o que é pior, destaca o autor, o efeito foi revertido, as unidades de internamento psiquiátrico foram biologizadas, adotando, em muitos casos, modos e formas de funcionamento das unidades de doenças somáticas ou cirúrgicas.

Hoje, quase três décadas depois do início da Reforma Psiquiátrica, a mudança está, como ontem, por ocorrer não só na saúde mental, mas na saúde em geral, o que implica, mudar a sociedade. Assim expressa Eduardo Vasconcelos (2010, p. 28): "Avanços mais significativos na saúde mental só serão possíveis se conseguirmos avançar na luta popular-democrática como um todo, o que implica condições de vida, trabalho e políticas sociais coincidentes com os interesses da maioria da população".

#### **4.2. A Medicalização Indefinida**

A ideia que temos hoje da loucura surge com o Iluminismo e a Revolução Francesa. Depois, a industrialização imprimirá seu rótulo; com fria determinação estabelecerá os não lugares, expulsará as sobras do sistema produtivo. Não há nenhuma proteção na cidade industrial para os não adaptados à produção. Hoje, suspeita-se de que a esquizofrenia, o protótipo de psicose que hoje a loucura representa, pode ser uma das respostas para as formas de vida estabelecidas pela sociedade industrial, onde a colonização mercantil domina todas as esferas da vida,

e na qual, como escreve César Rendueles, "baseamos nosso sustento físico e nossa organização social na prática generalizada de tentar tirar vantagem dos outros" (RENDUELES, 2015 *apud* DESVIAT, 2018, p. 151).

A sociedade mercantil nos empurra para a concorrência e para a falta de solidariedade. Alguns poucos possuem mais riqueza que a metade da população do mundo. Distância entre os mais ricos e os mais pobres que cresce dia a dia, juntamente com a distância paralela entre saber e ignorância. Já no século XVIII, Benjamin Rusch (*apud* ROSEN, 1980, p. 207) escreve que a doença, as instituições políticas e a organização econômica estão tão estreitamente relacionadas que qualquer mudança social produz alterações concomitantes na saúde. Rosen considera o principal elemento que conduz ao transtorno mental o fracasso da sociedade na provisão adequada de condições essenciais para a saúde mental de seus membros. De acordo com Rosen (1980), J. L. Halliday, em uma tese publicada em 1948, sugere que as mudanças culturais ocorridas nos últimos 75 anos (desde 1873) tinham feito com que a saúde física da população melhorasse, mas haviam provocado uma deterioração da saúde mental.

Deve-se ter em mente que a industrialização levou a grandes mudanças na estrutura de produção, destruindo as condições de existência de muitos trabalhadores empregados nas velhas instalações e acarretou miséria e insegurança. Os trabalhadores já não se agrupavam em agremiações, então ficavam desprotegidos; trabalhavam por uma ninharia durante dez ou doze horas em condições deploráveis. A velocidade com que se transformam as condições de vida dá origem à revolução cultural que chamamos de Romantismo. Produzem-se mudanças na ideologia, no imaginário social, "a revolução do sentimento", idealização romântica do privado e do íntimo (DESVIAT, 2018). O sentimento se opõe à razão, o espaço íntimo e a natureza, a uma sociedade na qual a máquina começa a dominar, os aproveitadores do mercado e do espólio colonial e a europeização do mundo. O trabalho do homem já não serve para criar vínculos humanos. Pelo contrário, convertido em mercadoria, o fetichismo da mercadoria falsificará toda a sociedade, estabelecendo relações coisificadas, a alienação tanto econômica como social do homem. Começa uma nova ordem social e novas formas de controle da população, esse controle total que vai caracterizar o nosso tempo e que:

[...] As relações humanas são transformadas em relações de mercado, em relações entre coisas, em objetos que se compram e se vendem, em relações alienadas, alheias, estranhas à natureza do homem. [...]

Cria-se uma pessoa individualista e consumidora indiferente à dimensão constitutivamente política da existência. A mercadoria chega à ocupação total da vida social, escreve na década 1960 o autor de *A sociedade do espetáculo* (DEBORD, 1999, p. 55 *apud* DESVIAT, 2018, p. 145).

Desviat (2018) nos mostra que houve um tempo em que os sentimentos de angústia ou de infelicidade, que hoje acabam sendo diagnosticados como ansiedade ou depressão, eram tidos como parte da ordem natural das coisas, mas hoje, uma vez que convertemos tudo em mercadoria, está aberta a porta para a medicalização da saúde e à construção de pseudoenfermidades. Não é mais a demanda do doente que define o campo de ação da medicina. Temas como sexualidade, escola, ócio, delinquência tornaram-se áreas de frequente intervenção médica. O complexo industrial-sanitário foi transformado em uma fonte de riqueza, na certeza de lucros em tempos de turbulência no mercado, ao mesmo tempo em que a saúde tornou-se objeto de consumo. Mas o aumento exponencial do consumo na área da saúde não é correspondente a um aumento semelhante no padrão de vida da população, nem se reduziram às desigualdades na incapacidade e na doença. O país que mais gasta em saúde, Estados Unidos, e é uma nação com problemas importantes na saúde pública. Sem esquecer a função normalizadora dos cuidados em saúde que, nas mãos da publicidade avalizada pela opinião de publicitários especialistas, é uma ferramenta de padronização. Assim, o que comer, como se vestir, encontrar-se, ser saudável são regras padronizadas e que se multiplicam ao mesmo tempo em que avança o processo que Foucault (2008) chamou de "medicalização indefinida". A medicina é imposta ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade, e não há nenhum aspecto da vida que fique fora do seu campo de atuação. O corpo se converte num espaço de intervenção política. Nestes tempos em que os poderes econômicos e políticos se imiscuem e regulam cada área de nossa vida, onde a vida é nada, em que a vida é qualquer coisa menos espontânea; é o que Foucault (2007) chama de biopolítica.

### 4.3. A Criação de Doenças – o TDAH e a Medicalização da Infância

De acordo com Desviat (2018, p. 146) em 1992, a jornalista Lynn Payer inventou o termo *disease mongering*, para falar sobre a mercantilização das doenças. Criar doenças onde elas não existem, convertendo pessoas saudáveis em doentes. Ivan Illich já havia alertado na década de 1970 para a construção de pseudodoenças, e, na época, o psiquiatra Thomas Szasz questiona a nosologia psiquiátrica nos livros *O mito da doença mental* e *A fabricação da loucura* (SZASZ, 1978, 1979).

De fabricar medicamentos para pessoas saudáveis passa-se a construir doenças em colaboração com debates de especialistas psiquiatras e dos meios de comunicação. É uma maneira de expropriar a saúde, nos termos de Juan Gervás e Mercedes Pérez Fernández, transformando em doenças situações negativas da vida que perdem seu caráter de normais, requerendo a intervenção médica (GERVÁS & PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2015, p. 48). É o caso da qualificação do luto como patológico nas classificações internacionais vigentes. Graças à influência da indústria farmacêutica, sem excluir a colaboração de parte dos médicos, cada vez se medicaliza mais. Medicaliza-se o sofrimento social — desenganos, desemprego, pobreza, infelicidade — e medicaliza-se o crime, o comportamento desonesto. Há uma extensa bibliografia e muitas páginas da web nas quais hoje se podem consultar este processo que quase exige a criação de um observatório por sua aceleração e seu crescimento exponencial. Mas é na medicalização progressiva da infância e da adolescência que temos o melhor exemplo. Especificamente no escândalo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o TDAH.

Na Internet, pode-se encontrar indicações como estas:

“Seu filho tem problemas para prestar atenção? Ele ou ela fala sem parar ou não consegue ficar quieto? Isso podem ser sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” (DESVIAT, 2018, p. 146).

E não se trata de uma página qualquer de um internauta inexperiente, a página é do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIMH). A garantia técnica é dada pela autoridade sanitária dos EUA e pela autoridade técnico-científica das classificações internacionais. Podemos ver itens diagnósticos semelhantes aos do NIMH no DSM

da American Psychiatric Association, como não poder sustentar a atenção por mais de dez ou quinze minutos, correr ou saltar excessivamente, tocar em tudo, fazer palhaçadas, esquecer-se de levar a merenda ou andar de patinete em lugares irregulares.

O TDAH é um transtorno comum na infância e pode afetar as crianças de diferentes maneiras: podem ter dificuldade para ter paciência ou ter dificuldade para um bom desempenho na escola ou para se comportar em casa. Outros sintomas possíveis: distrair-se facilmente e esquecer coisas com frequência; estar sempre mudando de atividade; sonhar acordados, fantasiar demais, correr de um lado para outro; tocar e brincar com tudo o que veem; fazem comentários inadequados.

Quem pode desenvolver TDAH? Crianças e adolescentes de todas as origens. Adultos também podem ter TDAH. Como causas, podemos enumerar: os genes, o chumbo, fumar e beber durante a gravidez, alguns danos cerebrais, os aditivos alimentares. Tratamento: 1) medicamentos, 2) pode ajudar a terapia comportamental (NIMH-USA *apud* DESVIAT, 2018, p. 147).

O que implica medicar uma criança por perturbar a classe, não copiar o que está escrito no quadro-negro ou ser distraída? O que transmitimos quando lhe propomos que tome tal pílula para ficar quieta, obedecer aos professores, fazer tarefas que não gostam? Pergunta-se em uma mesa-redonda sobre a psiquiatrização da subjetividade, organizada pela Editora Topia, para concluir que é algo que as crianças traduzem como: *tomo um comprimido para me comportar bem*; para em seguida, replicar na adolescência como: *tomo um comprimido para poder dançar durante dez horas seguidas ou para emagrecer*, que faz supor que se deve recorrer a um estimulante externo para manter um funcionamento adequado ao socialmente esperado (CARPINTERO, 2013).

Hoje, os adolescentes que não correspondem às exigências de momento já não se comportam mal, não são considerados mal-educados ou negligentes: têm um déficit; não são inquietos, sofrem de um transtorno; não são distraídos, têm uma doença; são diagnosticados como deficientes, como anormais. Estão fora dos padrões subjetivos, de convivência e sociais de comportamento, de seus sintomas se houver.

A sociedade se exime de qualquer responsabilidade; é uma questão médica e, portanto, tratável com medicamentos, como discutido na seção 2 dessa dissertação de mestrado. A medicação passa a ser considerada a solução, uma



solução rápida e sem implicações familiares, educativas e sociais; que resolve problemas de comportamento e de aprendizagem, do fracasso na escola à tristeza ou à perda de autoestima ou simplesmente à sensação de vazio que podem levar o adolescente a contradições sociais a que está exposto. Assim, reduz-se a complexidade da vida psíquica do adolescente: em lugar de um psiquismo em estruturação, em crescimento contínuo, em que o conflito é fundante e no qual todo efeito é complexo e pressupõe, exclusivamente, um déficit neurológico. Uma medicalização que muitas vezes esconde conflitos que persistem no sujeito sem a devida atenção, algo extremamente grave numa fase como a adolescência, em pleno processo de estruturação e reestruturação de sua personalidade. Se a isto somarmos a ideia da urgência na resolução dos problemas, teremos como resultado a *pílula milagrosa*. O marketing de venda do produto antiTDAH ainda diz que os pacientes não tratados correm maior risco de abuso de substâncias; que as meninas consideradas tímidas e sonhadoras podem ser uma variante do TDAH; que mesmo sem impulsividade e hiperatividade requerem o mesmo tratamento; e que o baixo desempenho acadêmico e as dificuldades na aprendizagem podem ser amenizados com o tratamento adequado.

Em 2006, a revista *Pios Medicine* publica uma monografia chamada *Disease Mongering* (DESVIAT, 2018, p. 143) que se tornaria a principal referência bibliográfica durante os anos seguintes. Nela são abordados temas como a disfunção erétil, o TDAH, a disfunção sexual feminina, o transtorno bipolar, a síndrome das pernas inquietas ou assuntos relacionados com a promoção de doenças por parte da indústria farmacêutica ou dos meios de comunicação.

No DSM-3 considerava-se normal um luto com duração de um ano. No DSM-4, foi reduzido para dois meses. No DSM-V, para duas semanas. Não é necessário ser um psicólogo ou psiquiatra para saber que um luto pode durar meses ou mesmo anos sem ser patológico.

Não podemos, portanto, surpreender-nos que as vendas do estimulante para TDAH tenham se multiplicado por mil. Estimativas coletadas por Sami Timimi (2015) sugerem que cerca de 10% das crianças em escolas dos EUA já tomaram ou tomam estimulantes para TDAH. No Reino Unido, aumentou de 6.000 prescrições ao ano em 1994 para mais de 450.000 em 2004, um aumento impressionante de 7000% em apenas uma década (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005 *apud* DESVIAT, 2018, p. 148). O crescimento foi espetacular nos últimos anos, mas já vem de longe. Em

1996, mais de 6% das crianças americanas em idade escolar tomavam medicação estimulante; havia crianças de apenas dois anos de idade às quais eram prescritos estimulantes de maneira crescente. Em amostras do final dos 1990 foi observado que em alguns colégios nos Estados Unidos cerca de 17% das crianças tomavam medicação estimulante (TIMIMI, 2015).

À gravidade desse abuso de medicação graças a um diagnóstico, além disso, mais do que duvidoso, acrescenta-se que, ao vinculá-lo a uma determinação biológica, se obtura toda possibilidade de investigar os problemas do sujeito, perde-se o sentido dos sintomas se houver. Como aponta Enrique Carpintero (2013), os conflitos aparentemente desaparecem:

Encontramo-nos com crianças tristes às quais são dados antidepressivos; crianças que se rebelam, às quais são dados antipsicóticos; crianças ansiosas, as quais são prescritos ansiolíticos. Se a criança é hiperativa, mas também está triste será associada com transtorno bipolar. Se tiver tiques, à doença de Gilles de la Tourette. Desafia-se o transtorno desafiador oposicionista. Em suma, crianças às quais são dadas pílulas para não as escutarmos, para não falarmos com elas, não entendermos seus conflitos. Ou seja, classifica-se seu sofrimento em uma categoria diagnóstica em que desaparece sua singularidade (CARPINTEIRO, 2013, *apud* DESVIAT, 2018, p. 149).

#### **4.4. Alienação social, alienação patológica: perspectivas para uma saúde coletiva**

##### **4.4.1. A Questão dos Dados**

De acordo com Desviat (2018, p. 203-204), a Organização Mundial de Saúde apresentou estudos epidemiológicos de universidades de prestígio e relatórios de agências internacionais nos quais estão prognosticando, desde o final do século passado, um crescimento alarmante dos transtornos mentais. Essas estimativas concordam que, hoje, uma em cada quatro pessoas — 25% da população mundial — sofrem em algum momento de sua vida pelo menos um transtorno mental. Os problemas de saúde mental constituem cinco das dez principais causas de

incapacidade no mundo, o que representa quase um terço do total de incapacidade mundial. Os transtornos com maior peso são a depressão, o abuso de drogas, a esquizofrenia e a demência. Desviat (2018) alega que devemos levar em conta ao analisar esses dados que esses estudos incluem doenças neurológicas como a epilepsia, o Parkinson ou as demências, doenças que representam uma carga — medida em anos de vida perdidos por incapacidade — superior ao câncer e às doenças cardiovasculares. Há um aumento progressivo das taxas de suicídio (representando 1,5% da somatória da mortalidade mundial) e centenas de milhões de pessoas presas no alcoolismo — calcula-se que as doenças relacionadas com o álcool afetam de 5% a 10% população mundial — ou a outras adicções, envolvendo uma importante fonte de morbidade e um dos maiores negócios criminosos do mundo. Quase três quartos do fardo global dos transtornos neuropsiquiátricos correspondem aos países com rendas baixas e médio-baixas. O autor ressalta que, o estigma e as violações dos direitos humanos das pessoas que sofrem desses transtornos agravam o problema, aumentando sua vulnerabilidade, acelerando e reforçando sua caída na pobreza e dificultando sua atenção e reabilitação.

Transtornos que são apenas a ponta de um iceberg, a morbidade e a mortalidade detectadas. Entre as condições alegadas para este crescimento exponencial está o aumento de fatores adversos, de circunstâncias que tornam vulneráveis grandes setores da população mundial (a existência entre 20% e 75% de mulheres vítimas da violência doméstica, o aumento dos maus-tratos e o abuso de crianças mediante a exploração sexual, o trabalho escravo e o abandono, tão frequentes em muitas partes do mundo; a existência de milhões de refugiados, de pessoas deslocadas por conflitos bélicos ou perseguições políticas; a limpeza étnica e as violações em massa dos direitos humanos que ocorrem em todo o mundo) (DESVIAT, 2018, p. 204).

Desviat (2018) chama a atenção para o fato de que a qualidade do meio social em que a pessoa se desenvolve, está intimamente ligada ao risco de que esta venha a sofrer de uma doença mental e à probabilidade de que a doença se torne crônica. As perdas significativas, os traumas sofridos na infância e aqueles vividos por pessoas relativamente indefesas desempenham um papel predominante na incidência e na prevalência de transtornos mentais.

O autor enfatiza que estudos retrospectivos nos mostram até que ponto o tratamento desumano que estão recebendo da União Europeia os refugiados sírios,

afegãos, iraquianos, que fogem de seus países em guerra, estão predeterminando a saúde mental das gerações futuras. Não existe uma política adequada nem os recursos são suficientes. Globalmente, os gastos com a saúde mental são menos de dois dólares americanos por pessoa ao ano, e menos de 25 centavos em países de baixa renda. Quase metade da população mundial vive em um país onde, em média, há um psiquiatra ou menos para atender 200.000 pessoas. Dentre os países que têm assinado um orçamento para a saúde mental, 21% gastam em saúde mental menos de 1% do orçamento sanitário total (OMS, 2008 *apud* DESVIAT, 2018), e mais de 40% dos países não têm uma política de saúde mental; mais de 25% dos países carecem de medicação psiquiátrica básica em atenção primária; cerca de 30% da carga total de doenças não transmissíveis se deve a transtornos neuropsiquiátricos (incluindo epilepsia, Parkinson e demências).

São números que se repetem a cada convenção, assembleia após assembleia da Organização Mundial de Saúde e das Nações Unidas, com escassa repercussão sobre as políticas dos Governos, como tantos outros alarmes e recomendações dos comitês técnicos de organizações internacionais; mas isto tem seu efeito, pois o elevado número de depressões ou transtornos na infância, que a OMS e alguns estudos epidemiológicos preveem, não podem estar favorecendo a construção dessa realidade para as quais somos alertados? Como indicado por José Jackson Coelho Sampaio (1998): (a epidemiologia se move em) uma perversa dialética entre denúncia, rótulo e diagnóstico; aceita o padrão estatístico como padrão moral; pensa todo o fenômeno do sofrimento psíquico com base em uma compreensão psiquiátrica.

Desviat (2018) nos alerta que, no entanto, a influência dessas previsões é baixa, pois o alarme que estas deveriam despertar é pouco ouvido pelos Governos, nem mesmo quando as medidas propostas para melhorar a situação não representam um aumento nos gastos, mas políticas adequadas que levariam em conta uma melhor distribuição dos recursos. Pelo contrário, políticas de privatização dos serviços sanitários, sociais e educativos que encarecem os serviços são vinculados com a preocupação das organizações internacionais com a saúde mental da população.

Veja-se o exemplo recente da União Europeia com os refugiados e a política adotada contra os imigrantes. Com as pessoas que requerem asilo e que não têm em seus direitos fundamentais contemplados, entre eles o direito à saúde, e por que

não dizer, o direito à vida. Não só pelos riscos que correm em sua tentativa de escapar da guerra em seu país, mas também pelas condições insalubres dos campos de refugiados, quando não pelo abandono ao ar livre em fronteiras bloqueadas.

A questão é que, em situações em que a desumanidade se manifesta, como nas diretrizes da União Europeia a respeito dos refugiados e imigrantes, a desigualdade adoce e mata, como mata a pobreza em boa parte do mundo. Nos países desenvolvidos, o dano costuma ser mais lento: estão erradicadas doenças como malária e cólera que podem matar em questão de dias. Assim, a desigualdade não mata as pessoas, mas encurta a expectativa de vida, criando grandes tensões e traumas sociais devido à desatenção à população de menor poder aquisitivo.

Este contexto obriga os profissionais de saúde mental a se questionar sobre qual é o seu papel, qual a função a desempenhar e seus limites. Há algo muito presente nos profissionais de saúde mental que cada vez precisam mais os outros profissionais da saúde: o conhecimento da influência do meio ambiente, da cultura, da política nas ações de saúde. Desviat (2018) compara ao ofício de um cirurgião. Embora ainda aqui esteja presente *que tipo de assistência, que tipo de sanidade*, está presente um compromisso que vai além da sala de cirurgia. No caso da saúde mental, a conclusão é óbvia: o papel do profissional não se enquadra somente em uma atividade instrumental, técnico-sanitária; o trabalho de um profissional e de uma equipe comunitária tem de atuar simultaneamente sobre o transtorno mental, sobre o imaginário coletivo que sustenta a representação social da doença e o sistema de cuidados. Não basta ser contra a pobreza, nem contra a desigualdade, como não basta ser contra os abusos da psiquiatria e da psicologia, deve-se ser contra as estruturas que as determinam; pelo menos não disfarçar as causas sociais de ansiedade, depressão e loucura em causas genéticas e biológicas.

As declarações de princípios contra a iniquidade social e em favor de uma sociedade saudável e socialmente justa se transformam em discursos vazios quando não se discutem as razões desses problemas nem são projetadas alternativas para o estado atual.

Tendo-se em conta que somos especialistas, que com nossas ações profissionais influenciemos o sistema cultural e de valores da comunidade, em um trabalho comunitário, coletivo, é difícil separar a ação cívica da ação profissional. A opção de saúde pública/saúde

privada vai estar presente se não na possibilidade de trabalho, nem sempre viável, mas como horizonte ideológico, de aspiração profissional.

A saúde mental comunitária, ou melhor, coletiva, promove um deslocamento do eu individual para o território do coletivo sem deixar de ser singular. Esse respeito pelo singular no comum marca a diferença com o ontem. Os movimentos de mudança do século XX, mesmo em seus momentos mais coletivos, não se interessaram em abarcar o singular. (DESVIAT, 2018, p. 207).

Com a globalização a coisa se complica, o triunfo do privado deixa reduzido o público a um exíguo nós. O desaparecimento do espaço público leva as pessoas à esfera privada e ao fim da política como atividade cidadã. Desenha-se um mundo único, sem dimensão comum. Um mundo inter-relacionado como nunca, onde, no entanto, estamos sós. Estamos todos relacionados e sós ao mesmo tempo. Tocqueville vislumbrou esta realidade nos tempos da industrialização e consolidação da engrenagem do mundo contemporâneo (TOCQUEVILLE *apud* DESVIAT, 2018, p. 207).

Desviat (2018) argumenta que cada pessoa, isolada dentro de si mesma, comporta-se como se fosse um estranho ao destino de todos os demais. Seus filhos e seus bons amigos constituem para ele a totalidade da espécie humana. Quanto às relações com os seus concidadãos, pode misturar-se entre eles, mas não os vê; toca-os, mas não os sente; ele existe só para si mesmo e para ele sozinho. E se nestes termos ficar em sua mente algum sentido de família, já não persistirá nenhum sentido de sociedade.

#### 4.4.2. Estigma e Alienação

Desumanizamos os outros quando os deslegitimamos por considerar que pertencem a uma categoria social que previamente desvalorizamos mediante um processo de opressão que fere a dignidade. Naqueles contextos sociais em que a ética igualitária dos direitos humanos não se solidificou, aplica-se uma escala vertical do valor humano. Segundo essa escala, há pessoas ou grupos que têm mais valor que outros, algo que pertence à "ordem natural das coisas" (DESVIAT, 2018). Não há necessidade de voltar aos tempos da escravidão. Temos exemplos dessa

escala vertical em nossos costumes e em muitos artigos de nossas legislações: nesse grupo estão a mulher, os imigrantes, os doentes mentais, a cor da pele, as deficiências físicas... Erving Goffman (2001) considera que esta desaprovação social, essa atribuição do que é certo ou errado, é o que define o estigma social segundo a variedade de contextos sociopolíticos no mundo. A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e seus atributos. No caso do estigma, o termo será usado para se referir a um atributo profundamente depreciador que, ao mesmo tempo em que estigmatiza um, confirma a normalidade do outro. Construir uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a inferioridade um do outro e perceber o perigo que essa pessoa representa, racionalizando às vezes uma animosidade com base em outras diferenças como, por exemplo, a classe social (GOFFMAN, 2001, p. 14-15). A humilhação se completa com a auto-humilhação quando o excluído, a vítima, o diagnosticado assume o status, a pseudoidentidade a ele atribuída.

De acordo com Desviat (2018), Josep Gabel, psiquiatra estudioso da relação entre a alienação social e a patológica, observa que o primeiro autor que descreveu a síndrome conhecida hoje como esquizofrenia foi Jonathan Swift. Para o autor de *As Viagens de Gulliver*, o reino de Laputa e o de Balnibarbi é um reino de esquizofrênicos; um mundo, recordemos, de sábios matemáticos e geômetras a quem a imaginação, a fantasia e a inventividade são completamente estranhas para eles; mundo do real onde o ordenamento da vida fica reduzido a regras geométricas, a uma tentativa de fabricar a realidade enquanto que a que se oferece não tem nem simetria nem regularidade (SWIFT, 2003). Apoiando-se em Minkowski, Gabel mostra elementos esquizofrênicos em nossa civilização, um mundo prisioneiro de uma esquizofrenia coletiva. No pensamento ideológico como na patologia individual, ante o estranhamento da realidade, a própria consciência fornece um mundo simbólico que não corresponde à realidade. Surge assim a coisificação do homem que individualmente se expressaria por estados patológicos.

As condições objetivas em que se encontra a pessoa são a causa e não a consequência de suas formas subjetivas de ser e pensar, vem sugerir Giovanni Jervis na introdução de seu *“Manual crítico de psiquiatria”*, um texto que visa demonstrar que por trás dos tecnicismos, por trás das classificações e dos infinitos diagnósticos e subdiagnósticos de doenças, outros problemas estão escondidos; e estes são os problemas humanos da vida cotidiana, que são problemas políticos,

porque, escreve ele (JERVIS, 1977 *apud* DESVIAT, 2018, p. 209): “Os problemas psiquiátricos, ou seja, os sofrimentos psicológicos, as contradições e as dificuldades pessoais e interpessoais, são um aspecto importante da política da vida cotidiana”.

#### 4.4.3. A Verdade Científica

Em nome da ciência tem-se implementado políticas que vêm configurando o cenário de hoje. A submissão da ciência aos mercados. O fato é que a lei científica e a própria lógica não são neutras nem eternas, mas expressam a visão de um mundo, a estrutura econômica, dos ideais políticos em geral, enfatiza Desviat (2018). A saúde pública, por seu grande conteúdo político, e a psiquiatria por sua fragilidade teórica (dada à falta de um consenso na comunidade profissional) exemplificam o peso das determinações políticas e econômicas na atividade científica: o peso do pensamento dominante na teoria e na prática sanitária em sua organização e expressão clínica. O fato de que hoje, como nunca antes na história da saúde mental, parece não haver uma saída para a psiquiatria fármaco-biológica própria do sistema vigente. Algo que, segundo Cornelius Castoriadis, nos converteu em cínicos, profissionais cínicos, social e politicamente, pois encerrados em nós mesmos, num mundo pessoal individualista e egoísta, perdemos a capacidade de agir criticamente (CASTORIADIS, 2011). Nos esquecemos de que no mundo sempre houve amos, mas também aqueles que se confrontavam com os amos. Aceitando essa necessária desobediência, vamos falar sobre como podemos desenvolver uma prática e uma teoria longe do “vale tudo” e da dupla moral. A teoria não pode ficar exclusivamente nas mãos de poucos, distante da prática clínica e assistencial ou que a utilizam para seu proveito pessoal. Longe do tudo vale ou da queixa lastimosa, deve-se forjar uma prática coletiva que incorpore uma visão global a partir das chamadas neurociências, da psicoterapia, da psicopatologia, até do social e do político.

Para resolver o problema da verdade, ou o uso da linguagem como falsidade e injustiça, Albrecht Wellmer usa como exemplo um relato de Thomas Bernhard, *O sobrinho de Wittgenstein*:



(Os psiquiatras) a cada momento fugiam para outro termo científico (como todos os demais médicos!) para ficarem seguros e se protegerem a si mesmos (mas não aos pacientes). Afinal, as denominações das doenças são falsas porque são usadas de forma acrítica e com fins de autoproteção; sua falsidade é parte de uma prática falsa, pois contradiz o que constitui a tarefa do médico. E, no entanto, pode-se pensar em outros usos de suas expressões técnicas em que palavras como maníaco ou depressivo não designem o final de uma tentativa de classificação, mas o princípio de uma aplicação terapêutica (WELLMER *apud* DESVIAT, 2018, p. 211).

Desviat (2018) explica que no primeiro caso (o criticado como falso no relato de Bernhard), as expressões psiquiátricas técnicas seriam utilizadas como as expressões com as quais são classificadas as diferentes qualidades de frutas e verduras para sua armazenagem; no segundo caso, designariam as primeiras conjecturas sobre o caráter e a etiologia de uma doença, graças às quais, a fantasia dos terapeutas tomaria um determinado rumo: neste caso, a classificação serviria para a orientação durante um processo terapêutico em que seria, em última análise, que os pacientes considerassem suas a sua própria história concreta.

A noção de verdade pertence à retórica do poder (...) A disputa acerca da veracidade ou da falsidade de determinadas crenças envolve, simultaneamente, o debate sobre o direito de algumas pessoas de falar com a autoridade que outros deveriam obedecer (BAUMAN, 1998, *apud* DESVIAT, 2018, p. 91).

#### 4.4.4. De novo a Clínica

Escreve Fernando Colina (2008 *apud* DESVIAT, 2018, p. 212), no prefácio do livro de José Marfa Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*, que, para descrédito dos psiquiatras, cada vez é mais frequente encaminharem os pacientes ao psicólogo clínico enquanto insistem em se explicar e falar, e, o que é mais contraditório, que deixem a cargo do neurologista todas as patologias mentais de causa biológica conhecida, ficando com as de causa desconhecida, para as quais, não obstante, defendem fortemente uma causa orgânica. O que resta da psiquiatria, asfixiada entre as ciências moleculares do cérebro e um aumento incontável da demanda, removidos os limites da ação terapêutica graças à medicalização da

sociedade? O que resta após o abandono da psicopatologia, da confluência com as ciências humanas, psicológicas, antropológicas, sociais? O que persiste em uma clínica desarticulada da subjetividade, onde se busca a evidência do sintoma e não o seu sentido? A que preço pode prescindir a psiquiatria clínica de qualquer referência a uma psicopatologia? (LANTERI-LAURA, 2000, p. 239).

Desviat (2018) resgata os autores Restrepo e Jaramillo, que sugerem quatro críticas fundamentais às concepções "tradicionais" da clínica psiquiátrica-psicológica (biomédica, comportamental, cognitiva):

- crítica à normalização, que Fromm chamou de "a patologia da normalidade" (FROMM e cols., 2001);
- crítica à medicalização e ao individualismo, a sua consideração como mercadoria e uso como forma de ocultar os problemas sociais após doença ou distúrbios comportamentais;
- crítica à centralidade das intervenções focalizadas na noção de estilo de vida, ao considerar que a capacidade dos indivíduos para tomar decisões que lhes permitam proteger a saúde, e enfrentar a doença, está condicionada pela disponibilidade de recursos sociais e não só por suas crenças ou sua vontade (JARAMILLO & RESTREPO, 2012 *apud* DESVIAT, 2018, p. 212-213).

Esses autores fazem essas críticas baseados no campo da saúde pública, em um artigo que analisa as diferentes concepções de saúde mental, para concluir considerando a necessidade de estudar a saúde mental além da "simples transposição de enfoques individualistas importados de psicologia e da psiquiatria".

Daqui e dali, disciplinas profissionais da saúde ou saberes profanos, surge a necessidade de outro discurso e outra clínica. Não se trata de ignorar as teorias e ferramentas até agora conseguidas pela psiquiatria, pela psicologia, pela sociologia e outras disciplinas afins. Pelo contrário, a questão proposta é ressignificá-las no contexto histórico atual, no contexto de uma saúde mental que parta do sujeito, da subjetividade projetada no comum, que permita "coabitar a diferença" (DESVIAT, 2018, p. 213) e a partir dela reformular as respostas assistenciais, clínicas e sociais. E aventurar um caminho, quando atingimos o limite, a esse *não há* uma saída, quando o único cenário que nos é oferecido é a psiquiatria fármaco-biológica.

Desviat (2018) apresenta uma clínica contra a corrente, que entenda o sujeito em seu contexto, que atue sobre seu mal-estar e ao mesmo tempo sobre a alienação social que o provoca ou o potencializa. Sem uma teoria e uma prática capaz de atender o sofrimento do sujeito doente, nenhum discurso, nenhuma política

de saúde é crível, nem socialmente aceitável. Entretanto, aquele que trabalha na saúde mental deve saber do limite da técnica perante a alienação da vida; de uma forma de vida que promove a perpétua insatisfação do ser humano que sente falta de sua força de trabalho e de seu desejo. Cuidar da saúde mental é promover técnicas eficazes para a prevenção e atenção, coletiva e individualmente, mas sabendo que sem uma mudança no quadro social e político que substitua a competência pela colaboração e pela solidariedade, os fatores adversos para a saúde, e especialmente para a saúde mental, continuarão aumentando. Não basta tratar a doença, é necessário combater as causas que a provocam.

É preciso trabalhar o mal-estar assumindo o conflito como um elemento inerente à vida em sociedade. Neste sentido, estão sendo desenvolvidas experiências de mudança em diferentes lugares. Há núcleos no mundo profissional e no movimento de portadores de doenças psíquicas que lutam para introduzir uma dimensão ética e maior ênfase no contexto sociocultural e político na prática da saúde mental. Núcleos de pensamento que começam a ser ouvidos em fóruns e movimentos de protesto que estão surgindo em todo o mundo: em defesa do meio ambiente (ante a degradação maciça dos ecossistemas terrestres), contra as desigualdades de gênero (muitas vezes subsumidas em desigualdades mais gerais, o que até recentemente era pouco visível), a pobreza, a miséria urbana, a xenofobia, as guerras, a intolerância religiosa, o déficit democrático. Bem, o fato é que uma nova clínica, uma saúde mental coletiva, exige enfrentar o atual modelo de sociedade que se apresenta como imutável. O futuro da atenção à saúde mental não é um jogo na confrontação psiquiatria biológica–psiquiatria biopsicossocial, joga-se no modelo de atenção, na modulação de uma oferta de serviços de acordo com as necessidades da sociedade e em uma prática que deve recuperar uma psicopatologia que dê conta do porquê e do devir das doenças mentais, que sirva para definir sua área de competência, sua finalidade terapêutica, preventiva, reabilitadora. O debate gira em torno de um modelo médico reducionista contra um modelo orientado pela saúde pública, que vem a coincidir com a controvérsia dos serviços públicos de saúde contra os serviços privatizados. Nem a farmacopsiquiatria nem o mercado como política de governo é uma resposta para garantir a saúde. A sociedade de mercado funciona sem referências éticas: não se encaixa nela o indivíduo enquanto sujeito moral. Deve-se separar o lucro empresarial e mesmo individual da excelência sanitária.

Desviat (2018) insiste na idéia, mais uma vez, por mais que pareça óbvio: a maneira de lidar com a doença, com a invalidez e os cuidados definem as sociedades e seus representantes políticos, diferenciando tendências. E o autor anuncia que, neste presente vazio e desmemoriado, que prega o fim das grandes ideias da Modernidade — justiça, igualdade, progresso —, devemos reivindicar uma determinada ética. O cuidado ético do mundo consiste em assumir a essencial igualdade dos homens. O cuidado, a defesa dos direitos humanos, a proteção dos indivíduos mais vulneráveis, o respeito às diferenças. A saúde mental da população, em suma, não é um privilégio do poder do dinheiro ou dos governos. Após meio século de reformas psiquiátricas em boa parte do mundo, apesar das declarações e dos acordos de organizações internacionais que mostram a magnitude do problema e marcam estratégias aos governos, e apesar dos indubitáveis avanços do conhecimento e da tecnologia — psicoterapêuticos, psicofarmacológicos, psicossociais, reabilitadores — a saúde mental continua sendo uma dívida pendente das sociedades e dos governos; as famílias continuam sendo, no hemisfério Norte e no Sul, nos países ricos e pobres, os principais pilares da cronicidade psiquiátrica; os pacientes psiquiátricos mais graves continuam sendo frequentemente parte dos socialmente excluídos, sem voz, sem trabalho nem casa. Em um contexto que o torna possível, pois para além da retórica das organizações internacionais e das reiteradas manifestações sobre o combate à pobreza e às desigualdades, a política atual está aumentando significativamente as desigualdades sociais nos países e entre os países, mantendo-se a desnutrição infantil na maioria dos países periféricos, bem como a dificuldade no acesso a saneamento básico, água potável, moradia adequada e a serviços de saúde.

Dizia Foucault (*apud* GALVÃO, 2014, p. 115) que todas as teorias de liberdade podem converter-se com o tempo em opressoras. O que surge como inovador pode ser instituído, após alguns anos de certo triunfo, como saber acabado, convertendo-se na verdade, e só se busca a preservação do status quo. Aplicado à reforma, poderíamos dizer que algo surgido no processo desinstitucionalizador e comunitário, antimanicomial e antiexcludente pode tornar-se, como apontado por um relatório técnico da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria (PÉREZ, 2012, *apud* DESVIAT, 2018, p. 215), "em um instrumento tendenciosamente excludente", que colabore "em ações segregadoras e provocadoras as quais poderíamos denominar novos processos de cronicidade".

E Desviat (2018) traz como considerações finais de sua discussão em torno da psiquiatria e seus processos de exclusão do sujeito, uma necessária aliança com a saúde coletiva e um olhar para o cotidiano das pessoas e as produções de verdades sobre o sofrimento psíquico, que resgatamos para a dimensão da intersectorialidade das questões escolares encaminhadas para o serviço de saúde, e a urgente conversa que os setores educação e saúde precisam construir, um diálogo de mão dupla, para romper com os encaminhamentos sem retornos.

Alinhavando com os estudos realizados sobre a temática da medicalização da aprendizagem na seção 2, entendemos que a desinstitucionalização fez surgir ainda mais ênfase na contenção química e um apelo ao diagnóstico, de forma que as amarras do manicômio foram transferidas para a estigmatização com rótulos de doenças mentais cada vez mais cedo, tendo a escola e o corpo docente como aliados no processo de fabricação das doenças do aprendizado.

A metodologia de pesquisa expressa na seção a seguir foi uma tentativa de não apenas extrair dados, mas trabalhar para um processo de emancipação dos sujeitos envolvidos na pesquisa, por isso o nome de metodologia colaborativa não-extrativista.

## 5. A METODOLOGIA COLABORATIVA E O PROCESSO EMANCIPATÓRIO

Trazemos de Fasanello, Nunes e Porto (2018, p. 398), a noção de metodologias colaborativas não extrativistas, "entendida não apenas como um campo de conhecimentos e práticas, mas também como um componente dos possíveis encontros e diálogos entre pessoas e grupos sociais com seus saberes, culturas e lutas por dignidade".

Segundo os autores citados, a noção de metodologias colaborativas vem sendo desenvolvida por Boaventura de Sousa Santos e seu grupo de pesquisa no âmbito das chamadas epistemologias do Sul, em estreita relação com conceitos como linha abissal, pensamento pós-abissal, ecologia dos saberes, tradução intercultural e artesanaria das práticas. A discussão metodológica realizada recentemente por Santos (2014) articula-se fortemente com dimensões educacionais e pedagógicas da transformação social trabalhadas, anteriormente, de forma seminal pelos autores latinoamericanos Paulo Freire e Orlando Fals Borda.

Os modelos tradicionais de atuação profissional em saúde e educação têm sido alvo de críticas, que não só revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas áreas, como abrem espaço para a construção de práticas alternativas às que historicamente se constituíram como hegemônicas.

Em 2018 foi realizada pelo GRUPES no INFES/UFF a ação de Extensão cujo objetivo geral foi uma construção conjunta de instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplassem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes.

Como recurso didático, apresentamos a metodologia 'Paidéia' (CAMPOS et. al., 2014), onde nos inspiramos para o desenvolvimento da proposta operacional das práticas cotidianas de profissionais do NASF na Ação de Extensão "Estratégias não medicalizantes de acolhimento à demanda da Escola encaminhada ao serviço de saúde", numa parceria da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Pádua e a Universidade Federal Fluminense.

A justificativa para o trabalho foi baseada na defesa do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) pleiteando uma escolarização de boa qualidade para todas as crianças e todos os jovens, bem como na proposta do Sistema Único de

Saúde (SUS) e na posição contrária em relação aos processos de medicalização na/da educação (crianças/jovens e supostos distúrbios de aprendizagem e transtornos de comportamento).

Nos propomos a trazer contribuições significativas de estudos sobre supostos transtornos de aprendizagem, mais especificamente o caso da Dislexia, para buscar aprofundar a transformação do discurso. Assim, estabelecendo conexões entre o modo de produção, circulação e apropriação dos sentidos e a natureza da prática social. Trazemos aqui a questão da quebra de paradigmas para sair do discurso hegemônico de uma suposta doença versus a possibilidade de levar os profissionais a refletir sobre suas ações no caso de recepção pelos profissionais de saúde dos encaminhamentos vindos da escola.

Parafraseando Fasanello, Nunes e Porto (2018, p. 398):

A partir de tais referenciais, a comunicação é analisada na pesquisa como um ciclo, um processo de produção, circulação e apropriação constituído por múltiplos e diversos interlocutores com desiguais poderes não só para produzir, mas também para fazer circular seus modos de ver as coisas da vida e do mundo.

Os autores citados enfatizam que compreender a comunicação em sua relação com o enfrentamento das desigualdades significa também perceber e reverter o silenciamento sistemático dos discursos que objetivam desconstruir pensamentos e práticas hegemônicas que excluem, de diferentes formas, sujeitos e seus saberes, assim como outros projetos de sociedade. Em outras palavras, nesse contexto, esclarecer que a “dislexia” não se configura como uma doença, uma vez que não apresenta evidências científicas para caracterizá-la como tal. Assim, evitar rotular crianças, desconstruindo, na própria escola, as dificuldades que apareçam no contexto do aprendizado, sem expropriá-la dessa instituição.

Nossa pesquisa caminhou nesse sentido, a partir do paradigma freiriano que fundamenta as epistemologias do Sul, fornecendo elementos que permitam articular a ideia da comunicação enquanto o tornar comum. Para as epistemologias do Sul, a compreensão das estratégias comunicativas implica na construção de métodos colaborativos que permitam avançar nas lutas e resistências voltadas ao fortalecimento e à autonomia das vozes subalternizadas, em nosso caso de profissionais da saúde e da educação que se submetem à repetição do modelo

perverso de patologização da infância e não questionamento da estrutura da escola como está posta.

Há, portanto, mais que disputas de poder e pontos de vista em jogo, já que a perspectiva freiriana e das epistemologias do Sul assume um lado ético e político para além da superação das desigualdades: a dimensão ética e política é simultaneamente ontológica, epistemológica e comunicacional. Portanto, possui lado claros nas lutas sociais.

Conforme os autores em questão, ao longo da pesquisa buscou-se, mais que compreender tais lutas e suas estratégias, pensar em objetos de pesquisa e metodologias de investigação que avançassem na possibilidade de apoiar tais lutas e transformações sociais a partir de diferentes narrativas que emergem simultaneamente enquanto uma pluralidade de vozes, experiências e saberes. Nesse sentido, houve uma crescente aproximação com o referencial das epistemologias do Sul, o que gerou reflexões com desdobramentos metodológicos acerca das condições de realização de entrevistas e dos processos de construção de relatos significativos, que aconteceu nas rodas de conversa realizadas em três oficinas em momentos diferentes.

Tal aproximação resultou em uma articulação teórica entre as dimensões comunicacionais e epistemológicas e, posteriormente, desembocou na ideia de metodologias colaborativas não extrativistas como alternativa para pensar um trilhar metodológico que, a par de permitir a consecução dos objetivos previstos para a pesquisa, guarde coerência com a fundamentação das epistemologias do Sul.

Conforme abordado anteriormente, como recurso didático foi utilizada a metodologia "Paidéia", idealizada por Campos et. al. (2014), que foi nossa referência para o desenvolvimento da proposta operacional para as práticas cotidianas de profissionais do NASF na Ação de Extensão "Estratégias não medicalizantes de acolhimento à demanda da Escola encaminhada ao serviço de saúde", em uma parceria da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Pádua e a construção de prática pedagógica em ambiente não formal de educação, como percurso de estágio na disciplina Pesquisa e Prática Pedagógica IV do Curso de Pedagogia do INFES/UFF. Os modelos tradicionais de atuação profissional em saúde e educação têm sido alvo de críticas que não só revelam os equívocos e as ideologias que perpassam os encontros entre as duas



áreas, como abrem espaço para a construção de práticas alternativas às que historicamente se constituíram como hegemônicas.

O objetivo geral foi uma construção conjunta de instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes.

### **5.1. Metodologia da Roda de Conversa**

Também conhecido como "método da roda", sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao apontar que: "ninguém sai da roda (de co-gestão) da mesma forma que entrou" (CAMPOS et. al., 2014).

O Método Paideia reconhece a importância, a pluralidade e a transversalidade das instituições, assim como a necessidade de entender essas instituições não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições-máquinas de produção de subjetividade e, portanto, de controle), mas também pelo seu aspecto positivo: "espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos" (CAMPOS et. al., 2014, p. 983).

Na tese de livre-docência, intitulada "Um método para análise e cogestão de coletivos – a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições: o Método da Roda", Campos (*apud* CAMPOS et. al., 2014, p. 985) realizou uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica e indicou um método que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho. "Para tanto, o método parte de uma articulação de saberes e práticas dos campos da Saúde Coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia" (CAMPOS et. al., 2014, p. 985).

O "Método da Roda" pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e

contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações.

## **5.2. Resultados e Discussão: Experiências Não-Medicalizantes, Estratégia de Saúde da Família e Escola**

Entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo.

Assim, não se fala das precárias e sofríveis condições de trabalho, quando se observa o adoecimento do professor, mas sim foca-se na doença, hoje conhecida como burnout; não se fala de indivíduos questionadores, mas de portadores de “transtorno opositor desafiador”. A educação não fica de fora desse processo, e as dificuldades do processo educativo (ampliadas no interior de um sistema educacional problemático) são facilmente reduzidas a supostos transtornos que “acalmam” o mal-estar de famílias e profissionais de saúde e educação frente a uma série de dilemas sociais.

A racionalidade operante da medicalização nos processos de avaliação e de intervenção junto a crianças e jovens com dificuldades no processo de escolarização representa um retorno de explicações organicistas, centradas na ideia de distúrbio de aprendizagem para justificar o não aprender numa escola e numa sociedade que raramente são questionadas em sua estrutura (SOUZA, 2010).

Pode-se dizer que os processos de medicalização promovem a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa lógica “terapêutica”, passam longe do que se espera do ponto de vista ético.

O "Método da Roda" ou Paideia permitiu uma horizontalidade entre pessoas de diferentes profissões, como assistentes sociais, médicos, psicólogas, pedagogos, nutricionistas e estudantes de pedagogia, além da coordenadora da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. A intersetorialidade materializada. Certamente, uma das maneiras de enfrentamento do fenômeno da medicalização consiste no fortalecimento de políticas públicas em educação que favoreçam a passagem de crianças e jovens pela escola sem que sejam capturados pela lógica medicalizante.

A partir da demanda da coordenadora da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde levada ao Grupo de Pesquisa em Educação e Saúde (GRUPES) da UFF, foi criado o Projeto de Extensão "Estratégias não medicalizantes de acolhimento à demanda da Escola encaminhada ao serviço de saúde". Na discussão da dinâmica de tal projeto de extensão, com a participação de estudantes da graduação e mestrados da UFF, vislumbrei um campo de pesquisa fecundo para as questões que me instigavam, justamente porque haveria a presença do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que representava uma porta de entrada para o entendimento da lógica da recepção dos encaminhamentos, e também uma possibilidade de ver emergir um processo de emancipação da escola, com a apresentação dos estudos sobre "dislexia" nos quais vinha me aprofundando.

No texto intitulado "Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento", Souza (2007) destaca uma série de mecanismos que favorecem concepções e práticas medicalizantes no interior das instituições escolares. Dentre os muitos aspectos elencados, o costume de encaminhar a especialistas alunos que não correspondem às expectativas/ideais de aprendizagem e comportamento pode e deve ser visto com muita cautela, pois muitos desses encaminhamentos tendem a individualizar a queixa e os conflitos gerados a partir dela, fortalecendo, assim, os processos de medicalização. De fato, a escola tem sido palco de discursos de especialistas da área de saúde, que impõem seus saberes aos profissionais da educação. Entretanto, torna-se necessário que se diga que isso não caracteriza interlocução. É preciso que o educador desencoraje essas práticas, restaurando a sua autonomia, reconquistando seu território.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê que os cuidados integrais à saúde são de responsabilidade dos sistemas locais de saúde, o que, no caso de crianças e

adolescentes, significa a proposta de que tenham acesso a esses serviços e neles sejam contemplados para a promoção e atenção à sua saúde.

O SUS é composto por serviços, sendo que a Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de complexidade, responsável por atender à maior parte das necessidades, além de atuar como porta de entrada dos usuários no sistema e na coordenação de seu cuidado nos casos que requerem referenciamento aos demais níveis (BRASIL, 2006).

Uma vez que a Atenção Primária à Saúde constitui relevante porta de acesso ao sistema, é importante destacar que cada Unidade Básica de Saúde responde pela atenção de uma determinada população habitante de um território. Além disso, o tipo de atendimento e os recursos humanos variam de acordo com modelos de organização da atenção, existindo atualmente três tipos principais: o tradicional, composto por atenção à saúde da criança, do adulto, da mulher, saúde mental e algumas especialidades; a Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por equipes mínimas de saúde (médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista, técnico em odontologia); e as diferentes formas de arranjos mistos entre ambos. Em algumas situações, o acesso ao sistema se dá por serviços de pronto-atendimento, mas, geralmente, ocorre um encaminhamento dos usuários destes para as unidades básicas.

No intuito de aumentar a potencialidade dos profissionais generalistas, vêm sendo desenvolvidas atualmente experiências de matriciamento – trata-se de instrumento de apoio para a organização e a realização técnica dos trabalhos, com base numa estrutura de tipo matricial, cruzando projetos e funções, e sob uma gestão participativa, na qual estão envolvidos os diversos profissionais – e supervisão, destacadamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Solicitei autorização então à coordenadora do projeto para a realização de minha pesquisa e, antes do início das atividades, apresentei aos participantes o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), para leitura e assinatura em caso de concordância. Todos os profissionais do NASF concordaram em participar da pesquisa, a partir dos relatos nas rodas de conversa que aconteceram em três dias e foram gravados.

Além da equipe do NASF, composta por uma assistente social, uma psicóloga, duas nutricionistas e um estagiário da nutrição, também participaram das rodas de conversa a coordenadora da Educação Permanente em Saúde da

Secretaria Municipal de Saúde e a equipe do NAIE (Núcleo de Atenção à Inclusão Escolar) da Secretaria Municipal de Educação, integrada por assistente social, fonoaudióloga e psicóloga, sendo que desse apenas a psicóloga participou das rodas de conversa do projeto de extensão, as outras profissionais trabalhavam em outro lugar no horário da ação de extensão e, assim, justificaram sua ausência. Do meio acadêmico da universidade, fizeram parte da roda de conversa duas professoras doutoras (uma pedagoga e a outra psicóloga), quatro graduandos de pedagogia, um mestrando em Ensino graduado em pedagogia, e quem escreve esse relatório, um mestrando em Ensino graduado em medicina.

Os processos de Educação Permanente têm crescido e se estruturado nos municípios, embora majoritariamente em sua versão Educação Continuada, com cursos de capacitação tecnológica para enfrentamento de doenças. Essa ação de extensão possibilitou práticas mais reflexivas do trabalho e o investimento da interação da equipe e da população.

O NASF se propôs a se agenciar à Escola com a intenção de implicar a instituição como um todo na construção de projetos pedagógicos, discutir e refletir sobre iniciativas e estratégias que deram certo, pois trazê-las à tona pode despertar um novo ânimo em todos os envolvidos.

#### 5.2.1. Invenção de modos de coabitar a diferença

Entre as falas destacadas sobre possibilidades, foi veiculado pelos profissionais presentes a "coordenação própria da equipe (NASF e NAIE)" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), o que já se pode caracterizar como gesto emancipatório. Freire (2016) nos aponta saídas, e uma delas é o desenvolvimento de uma mediação educativa por meio de uma ação dialógica, em que, pela via do diálogo, educadores e educandos possam juntos encontrar o caminho para que toda essa opressão sofrida possa ser superada, pois no coletivo é possível construir reflexões críticas que geram ações libertárias. O debruçar sobre a temática através da ação de extensão da universidade gerou falas dos profissionais direcionadas à perspectiva de movimento para mudança.

Outra fala significativa foi em coro sobre a "aproximação Intersetorial", através de "promover rodas de conversa" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), onde entendemos que a metodologia utilizada na promoção da dimensão dialógica foi fonte de inspiração, o que nos remete novamente à Freire (2016), que em sua prática dizia que o verdadeiro educador não é aquele que tenta impor sua visão de mundo, mas dialoga sobre sua visão e a do outro, pois a concepção de mundo que cada um tem é fruto das influências que se vive, daquilo que nos constitui enquanto sujeitos de ação. Portanto, é importante que o educador ouça o educando, respeite suas decisões, dialogue com atenção para conduzi-lo à libertação, tudo isso por meio de um gesto humilde, de confiança no outro. A metodologia colaborativa, e "não-extrativista", ganha aqui o sentido do nome, o encontro proporcionou ganhos de informação para a pesquisa e possibilidades de vislumbrar outros caminhos por todos os envolvidos.

Outros eixos de informação verbal colhidos foram sobre a "descentralização", que também anuncia vestígios de emancipação por parte dos profissionais, antes acostumados a receber os encaminhamentos passivamente, e "intervenção de caráter socioeducativo", que abarcaria explicações junto aos docentes pelos profissionais de saúde das dimensões ocultas dos interesses das indústrias farmacêuticas em promover as doenças de aprendizagem.

A "educação com os gestores" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), bem como a "análise do contexto familiar" e "reunião com famílias" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), foram outros pontos apontados como relevantes que apontam para um papel ativo e não meramente de receptáculo dos encaminhamentos, por parte dos profissionais da saúde do NASF e NAIE.

Vale ressaltar que aprendemos na leitura de Pedagogia do Oprimido (FREIRE, 2016) que por meio da conscientização realizamos uma ação para transformar uma situação que vivenciamos em nosso cotidiano, e assim, agindo para modificar as situações alienantes na qual vivemos. Freire (2016) afirmou que a verdadeira emancipação só poderá acontecer mediante a uma tarefa política que precisa ser assumida por todos, pois, é preciso se libertar a si e aos outros, incluindo nesse grupo os opressores. Entendemos o trabalho sugerido para educação com os gestores nesse sentido.

### 5.2.2. Barreiras ao Trabalho Intersectorial Não-medicalizante

É preciso criar um movimento de continuidade desse processo de libertação, onde todos possam ver que a emancipação humana não se dá no individualismo, mas no coletivo de sujeitos que, são históricos e dotados de vivências que precisam ser partilhadas por meio de diálogos, onde se saiba ouvir o que o outro tem a dizer, valorizando seus saberes e cultura. Pensando nisso sugerimos uma dinâmica na Roda de Conversa que apontasse para as barreiras.

"Não valorização/reconhecimento dos profissionais por parte das instituições, coordenação" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), apresenta uma conscientização do lugar de oprimido, bem como "Dificuldade na comunicação com a rede e escolas" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), que aponta para uma possibilidade de movimento quando falam de estratégias para enfrentar tal dificuldade. A emancipação, defendida por Freire não é algo restrito a um espaço, mas ela perpassa por diversos momentos e lugares, podendo acontecer na relação entre pais, mães, filhos, filhas, amigos, na escola, nas relações de trabalho, enfim, o que é necessário é o respeito pela dignidade do outro, num gesto de respeito e amor (Moreira, 2017).

Num estudo sobre a obra de Freire (2016), Campos e Stein (2019) enfatizam que é preciso criar um movimento de continuidade desse processo de libertação, onde todos possam ver que a emancipação humana não se dá no individualismo, mas no coletivo de sujeitos que, são históricos e dotados de vivências que precisam ser partilhadas por meio de diálogos, onde se saiba ouvir o que o outro tem a dizer, valorizando seus saberes e cultura. A "burocratização" (informação verbal colhida na Roda de Conversa) foi também apontada como barreira, e o "modelo médico hegemônico, formato de atendimento individual" (informação verbal colhida na Roda de Conversa), o que pode ser visto como uma crítica num movimento de conscientização para um processo de libertação.

Freire (1996, p. 112) nos lembra que "[...] O educador e a educadora críticos não podem pensar que, a partir do curso que coordenam ou do seminário que lideram, podem transformar o país. Mas podem demonstrar que é possível mudar [...]”, reforçando nessa fala que assumir uma postura ética, política, social é tarefa de todo educador, pois, mediante a essa ação, a criticidade é desenvolvida e a

emancipação é alcançada. Nessa ação dialógica, educador e educando se colocam juntos na situação de ensinar e aprender. Ainda como informação verbal colhida na Roda de Conversa, sobre barreiras para co-habitar a diferença, temos: "Falta de gestão" e "Falta de transporte e comunicação (telefone)".

Para que a emancipação humana de fato aconteça, é preciso desenvolver práticas pedagógicas que estejam voltadas para uma mudança do mundo. Gadotti (2011) nos diz que a mudança do mundo não vem daqueles que estão satisfeitos ou que estão se beneficiando, ela vem daqueles que estão sendo injustiçados e excluídos, porque esses estão comprometidos com a mudança. E, nesse contexto, o educador tem papel fundamental, pois precisa ser um mediador para conduzir a reflexão, gerando assim reformas significativas e reais. Gadotti (2011, p. 95) nos diz que educar para alterar o mundo “[...] é visibilizar o que foi escondido para oprimir, é dar voz aos que não são escutados”, por isso é preciso educar para conscientizar e desalienar, para a ruptura, para sonhar que esse mundo é possível, só assim, o ser humano alcançará a liberdade que é um devir constante, pois, sempre existirá, na relação humana, espaços para a opressão que precisam ser superados mediante a emancipação.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dimensão da ética que aprendi na medicina e na vida foi o gesto fundante para minha inquietação frente à temática da dislexia como doença de aprendizagem. Finalmente após um período de encontros marcantes durante os estudos no Mestrado em Ensino, pude firmar convicção da inexistência da “dislexia”, uma vez que não é comprovada do ponto de vista genético, nem pelas neuroimagens e muito menos pelos testes mencionados para diagnóstico.

Trouxemos a caracterização do município de Santo Antônio de Pádua e da Atenção Básica desse, com ênfase em Educação e Saúde, para denunciarmos estudos sobre a questão da medicalização, onde traçamos o percurso do nosso entendimento da desconstrução da dislexia como doença.

As ideias de Desviat (2018) partem da negação da psiquiatria biológica exclusiva e evidenciam possibilidades junto à saúde coletiva e outras formas de atuação para a medicina, em uma perspectiva intersetorial, uma "ecologia de saberes".

O sistema de saúde não é, nem deve ser, o único responsável por lidar com a saúde e com a vida de seus usuários, ainda mais quando as questões que suscitam a procura de cuidados passam por necessidades relativas à educação, aos direitos e à vida em sociedade, sendo relevante a busca de parcerias e trabalhos em rede com outros setores, tanto para o compartilhamento de conhecimentos e instrumentos de ação como de responsabilidades. Essa dimensão nos inspirou para o trabalho de campo com metodologia participativa não-extrativista. Com a inserção de profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física e serviço social, além de médicos especialistas, dentre outros, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) constituem importante arranjo no fortalecimento da atenção básica, ao aumentar as ofertas de cuidados na rede de serviços, a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (Brasil, 2011).

Por meio de atuação integrada às equipes de saúde, o NASF permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de

saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde, por isso a ênfase da pesquisa no retorno dos encaminhamentos da escola para a área de saúde.

Os desafios conceituais e de formulação englobam a ampliação desejável do escopo de ofertas da Estratégia de Saúde da Família e a adequação de outros pontos de atenção na rede, com destaque para a polarização entre “atender pacientes” e “fazer ações coletivas”.

· Pode aqui ser trazida uma crítica à baixa institucionalidade das ações de educação permanente o que leva à descontinuidade da formação dos trabalhadores. A ação na interface entre saúde e educação prevê ações interdisciplinares e intersetoriais, mas, para alguns profissionais, essas ações só podem ser realizadas sob o aval de diferentes secretarias que se unem na consolidação de uma política pública. Esse caminho é muito importante, mas depende de uma ação cotidiana e anterior: o trabalho comprometido dos profissionais nos serviços.

Trazemos aqui o exposto no Cartilha do Fórum sobre Medicalização:

A verdadeira política pública põe em operação todos os atores ligados à atenção de determinado tema, no caso destas recomendações, a educação e saúde de crianças e adolescentes. Para tanto, os profissionais que atuam nessas áreas devem conhecer as possibilidades disponíveis para melhora dos seus serviços. E esse conhecimento raramente está disponibilizado em manuais do governo e ultrapassa diferentes esferas: públicas, particulares, estaduais, federais e municipais. O trabalho comprometido, aqui, está longe de qualquer visão romântica de um profissional super-herói, mas daquele que se dispõe a trabalhar em redes e está aberto ao diálogo com outros colegas de outras instituições, respeitando suas especialidades. Entretanto, raras vezes são buscadas as causas da dificuldade de trabalhar em parceria e, em geral, um serviço reclama que não consegue trabalhar com o outro. Para interações com a comunidade, é importante não apenas mapear os grupos organizados e equipamentos do território, como também reconhecer a legitimidade de suas demandas, além de favorecer espaço para que participem dos serviços de educação e saúde (FÓRUM, 2012, p. 59,60).

Retomando o que foi discutido nesse trabalho, quando há o encaminhamento de questões de aprendizagem para a área de saúde, a escola se coloca "do outro lado da linha", como se o saber sobre uma suposta doença fosse o que existe, estando portanto do lado da inexistência o saber da escola e dos docentes sobre questões de aprendizagem. Apresentamos a metodologia colaborativa "não-

extrativista" como uma proposta emancipatória, que busca romper a linha abissal para a escola, numa aproximação à "sociologia das ausências" (SANTOS, 2014), quando apontamos a invisibilidade do saber docente nos encaminhamentos das questões de aprendizagem à área da saúde, e à "sociologia das emergências" (SANTOS, 2014), quando encontramos nas dinâmicas das Rodas de Conversa (CAMPOS et. al., 2014) pistas de processos emancipatórios.

Aqui o médico recorre à Pedagogia do Oprimido, de Freire (2016) nas dinâmicas das Rodas de Conversa no Projeto de Extensão da Universidade, onde as falas marcadas denotam um processo de emancipação.

Quando a pesquisa assume que as lutas sociais emancipatórias de nosso tempo envolvem disputas por visibilidade, ou seja, por melhores condições de produzir e fazer circular os sentidos e demandas dos movimentos sociais frente a formas hegemônicas, opressoras e invisibilizadoras de realidades e alternativas. Nos propusemos a trazer contribuições significativas de estudos sobre supostos transtornos de aprendizagem, mais especificamente o caso da "dislexia", para buscar aprofundar a compreensão da dimensão transformadora do discurso, estabelecendo conexões entre o modo de produção, circulação e apropriação dos sentidos e a natureza da prática social, na sua relação com as estruturas e as lutas sociais. A questão de "lutas sociais" é trazida por se tratar da absorção do discurso hegemônico de uma suposta doença versus a possibilidade de levar os profissionais a refletir sobre suas ações, no caso de recepção pelos profissionais de saúde do NASF e NAIE dos encaminhamentos vindos da escola.

Moysés & Collares (2010) nos apontam a existência de uma diversidade de processos de aprendizagem e as infinitas formas de aprender. O "Método da Roda", ou Paideia, permitiu uma horizontalidade entre pessoas de diferentes profissões, como assistentes sociais, médicos, psicólogas, pedagogos, nutricionistas e estudantes de pedagogia, além da coordenadora da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Uma das maneiras de enfrentamento do fenômeno da medicalização consiste no fortalecimento de políticas públicas em educação que favoreçam a passagem de crianças e jovens pela escola sem que sejam capturados pela lógica medicalizante.

Vale ressaltar que aprendemos na leitura de Pedagogia do Oprimido (FREIRE, 2016) que por meio da conscientização realizamos uma ação para transformar uma situação que vivenciamos em nosso cotidiano, e assim, agindo

para modificar as situações alienantes na qual vivemos. Resgatar Paulo Freire nesse atual momento do país traz uma "oxigenação" e esperança de tempos melhores, na crença em relação ao outro e nos processos emancipatórios pela via da educação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. et. al.. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F.; GAGNO, J.. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** In: CROZETA, K.; COSTA, M. F. B. N. A. (Org.). PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família. 1 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016, v. 4, p. 53-98.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E.. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** – Porto Alegre: Sulina, 2015. 131-150.

ANDERS, G.. **La obsolescencia del hombre.**Valencia, Pretextos, 2011.

AZIZE, R. L.. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. **Trabalho, educação, saúde**, v.8, n.3, p.563-574, nov. 2010/fev. 2011.

AZIZE, R. L.. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, v.14, n.1, p.7-30, jan./jun. 2008.

AZIZE, R. L.; CARVALHO, M. C.. Você conhece bem o seu cérebro? Pessoa e divulgação neurocientífica. In: SANTOS, L. H. S.; RIBEIRO, P. R. C. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: Instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida.** Rio Grande: FURG, 2011. p. 59-66.

BERRIOS, G. E.. Sobre la medicina basada en la evidencia. **Psicoevidencias. Es.**, 2010. Disponível em: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/file>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006. Acesso em: 31 mar. 2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, Brasília, DF, 2011a. Acesso em: 31 mar. 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF, 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Acesso em: 31 mar. 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Verbetes Educação Permanente. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**, Brasília, DF, 2011. Acesso em 30 mar. 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf).

CAMPOS, G. W., FIGUEIREDO, M. D., JÚNIOR, N. P., CASTRO, C. P.. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2014; 18 SUPL 1; 983-95. Acesso em: 23/02/2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt)>

CAMPOS, M. F. G.; STEIN, S.. **Pensando a Emancipação à Luz da Pedagogia do Oprimido**. EaD freiriana [livro eletrônico]: artigos e projetos de intervenção produzidos durante o curso A escola dos meus sonhos: ed. 2018 ministrado pelo professor Moacir Gadotti / Paulo Roberto Padilha, Janaina Abreu, Ângela Biz Antunes, (Org.) São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2019. 586 Kb; PDF. 420-426.

CANGUILHEM, G.. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, 153 p.

CARPINTEIRO, E., **Un síntoma de época: la medicalización en los niños**. Topia, 68, 2013.

CASTORIADIS, C.. **El individuo privatizado**. Santiago de Chile. Le Monde Diplomatique - Aun creemos en los sueños, 2011.

CAVALCANTI, P. C. S., OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA M. F.. Uma Narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. In GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 357p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde; 7).

CECCIM R. B., FERLA A. A.. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, nov.2008/fev.2009; 6(3):443-456.

DAMÁSIO, A.. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. I. São Paulo, Ed. 34, 2004.

DESVIAT, M.. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DOMONT DE SERPA JUNIOR, O.. **Mal Estar na Natureza**. Rio de Janeiro, Te Corá, 1998.

DOMONT DE SERPA JUNIOR, O.. **Clínica e Evidência: em que se baseiam as nossas decisões?** Rio de Janeiro, Cadernos IPUB, 1999.

DUMIT, J.. Is it me or my brain: depression and neuroscientific facts. **Journal of Medical Humanities**, v. 24, n.1/2, p. 35-47, 2003.

FASANELLO, M.T.; NUNES, J. A., PORTO, M. F.. **Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social**. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2018. 12 (4): 1-19.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.. Grupo de Trabalho Educação & Saúde. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação**. São Paulo, 2012. Acesso em: 03 de janeiro de 2018. Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/CFP\\_CartilhaMedicalizacao\\_web-16.06.15.pdf](https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf)>

FOUCAULT, M.. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 247p.

FOUCAULT, M.. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. Petrópolis. Vozes. 1987. 288p. 20ª edição.

FREIRE, P.. **Pedagogia do oprimido**. 62ª ed. [1967]. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAS, F., & AMARANTE, P. **Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI**. 2012. Recuperado em 10 junho de 2017 de <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>.

GADOTTI, M.. **Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido**. 2.ed. São Paulo: Livraria Instituto Paulo Freire, 2011.

GALVÃO, A. B.. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. **Intuitio**, Porto Alegre Vol.7 – Nº.1 Junho 2014 p.157-168.

GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M.. **La expropiación de la salud**. Barcelona, Los libros del Lince, 2015.

GOFFMAN, E.. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUATTARI, F.. **Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

IDA-International Dyslexia Association, em 2002. Acesso em 14 de setembro de 2018. Disponível em: <[www.dislexia.org.br/o-que-e-dislexia/](http://www.dislexia.org.br/o-que-e-dislexia/)>

KUHN, T. S.. **The Structure of Scientific Revolutions**. Chicago and London: University of Chicago Press, 1970.

LANTÉRI-LAURA, G.. **Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna**. Madrid, Triacastela, 2000.

LARROSA, J.. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2002, n.19, p. 20-28. Acesso em: 25 de maio de 2017. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf)>.

LISBOA, F. S.. **“O cérebro vai à escola”: um estudo sobre a aproximação entre Neurociências e Educação no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

LUZ, M. T.. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MACHADO, A.. **Proverbios y cantares**. Estrofe XXIX. In: Campos de Castilla. Acesso em 30 de nov. 2017. Disponível em [https://es.wikisource.org/wiki/Proverbios\\_y\\_cantares\\_\(Campos\\_de\\_Castilla\)](https://es.wikisource.org/wiki/Proverbios_y_cantares_(Campos_de_Castilla)).

MACHADO, A. M.; ALMEIDA, I. & SARAIVA, L. F. O.. Rupturas necessárias para uma prática Inclusiva. In: **Educação Inclusiva: experiências profissionais em psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2009, p. 21-36.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A.. **Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?** Divulgação em Saúde para Debate 2014; 51:14-29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Síndrome de Burnout: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. <http://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acessado em 23/04/2019.

MONCRIEFF. J.. **Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos**. Barcelona, Herder, 2013.

MOREIRA, C. E.. Emancipação. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. P 145-147.

MOYSÉS, M. A. A.. Dislexia existe? – Questionamentos a partir de estudos científicos. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org). **Dislexia: subsídios para políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010.**

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa



Escolar (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

OLIVEIRA, W. F.. Medicalização da Vida: Reflexões sobre sua produção cultural. In: AMARANTE, P.; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. (Orgs.). **Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política**. 1ed. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 11-15.

ORTEGA, F.; VIDAL, F.. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. **RECIIS: Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 257-261, 2007.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R.. **Corpo em evidência: A ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P.; LUCENA, F. S.; SILVA, J. A. M.. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PÉREZ DE ANDRÉS, C.. Deben estar las técnicas de consenso incluídas entre las técnicas de investigación cualitativas? **Revista Española de Salud Pública**, 74: 319-321, 2000.

ROSEN, G.. **Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness**. Phoenix edition. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

SAMPAIO, J. J. C.. **Epidemiologia da Imprecisão**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

SANTOS, B. S.. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. D. S., MENESES, M. P. G., (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. Coimbra; Almedina e CES/UC. 2014, p. 23-71.

SES-RJ (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro).. **Planejamento Regional Noroeste**. 2015.

SILVA JR, A. G. et. al.. RELATÓRIO DE PESQUISA: **Efeitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e do Programa Mais Médicos em municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Instituto de Saúde Coletiva da UFF. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2018.

SOUZA, B. P. Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento. In: SOUZA, B. P., **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 241-278.

SOUZA, M. P. R.. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional "Queixa Escolar", Medicalização de crianças e**

**adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SZASZ, T.. **Fabricação da Loucura – um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento da Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

SZASZ, T.. **O Mito da Doença Mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SWIFT, J.. **As Viagens de Gulliver.** São Paulo, Melhoramentos, 2003.

TCE-RJ (Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro).. **Estudos Socioeconômicos do Estado do Rio de Janeiro: Santo Antônio de Pádua.** 2015.

TIMIMI, S.. **La McDonaldizacion de la infancia: la salud mental infantil en las culturas neoliberais.** *Atopos*, 16: 15-34, 2015.

THORNTON, D. J.. **Brain Culture: neuroscience and popular media.** London: Rutgers University Press, 2011.

VASCONCELOS, E.. **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** São Paulo, Hucitec, 2010.

VIDAL, F.. Sujeito cerebral: um esboço histórico e conceitual. **Polis e Psiquê**, v. 1, n.1, p. 224-251, 2011.

WHITAKER, R.. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **Cartografando a Dislexia no Contexto Escolar da Rede Pública Municipal: desconstruções sobre uma suposta doença junto à profissionais de saúde**, de responsabilidade do pesquisador Inácio Rezende Faver. Esta pesquisa trata do tema da medicalização nas escolas, buscando compreender como os diagnósticos podem interferir no contato entre professores e alunos e na relação ensino e aprendizagem. Pretende-se contribuir para a percepção da escola e de seus profissionais, sobre a forma de ver e lidar com os estudantes que apresentam modos diferentes de habitar no espaço escolar, levando à discussão de propostas e criação de linhas de fuga para a inserção do saber médico nesse espaço de vivência e aprendizado.

A pesquisa utilizará o método da metodologia colaborativa "não extrativista", que se aproxima do método cartográfico, para tanto contará com grupos na ação de extensão universitária desta rede municipal de saúde e educação, com promoção de rodas de conversas. Será realizada com a autorização dos participantes, de acordo com os dispositivos ético-legais do Cômite de Ética desta Instituição e com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados serão utilizados apenas para a presente pesquisa e poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos.

A participação é voluntária e o sigilo da identidade do participante é garantido. Caso haja desconforto de qualquer natureza durante a realização das atividades da pesquisa, o participante poderá discutir com a responsável pela pesquisa para que o risco de afetamento emocional ou psicológico seja atenuado. O participante tem garantido o direito de interromper sua participação ou mesmo retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se assim desejar, sem nenhum dano.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Santo Antônio de Pádua, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável  
por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha