

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

GLEICIENE GOMES DE ARAUJO

UMA INTERFACE ENTRE MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E OS PROFISSIONAIS DA
EDUCAÇÃO:

construindo estratégias para uma autonomia ao saber médico

Santo Antônio de Pádua, RJ

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

GLEICIENE GOMES DE ARAUJO

UMA INTERFACE ENTRE MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E OS PROFISSIONAIS DA
EDUCAÇÃO:

construindo estratégias para uma autonomia ao saber médico

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Fochi Nogueira Insfran

Santo Antônio de Pádua, RJ

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

GLEICIENE GOMES DE ARAUJO

UMA INTERFACE ENTRE MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E OS PROFISSIONAIS DA
EDUCAÇÃO:

construindo estratégias para uma autonomia ao saber médico.

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

Linha de pesquisa: Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Fochi Nogueira Insfran

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fernanda Fochi Nogueira Insfran - Orientadora
UFF

Prof.^a Dr.^a Kátia Faria de Aguiar - Examinadora
UFF

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima - Examinador
UERJ

Santo Antônio de Pádua, 27 de Março de 2017.

A coletividade humana aprenderá, gradativamente, a compreender que os conceitos de normalidade e de anormalidade deixam a desejar quando se trate simplesmente de sinais morfológicos, para se erguerem como agentes mais elevados de definição da dignidade humana, de vez que a individualidade, em si, exalta a vida comunitária pelo próprio comportamento na sustentação do bem de todos ou a deprime pelo mal que causa com a parte que assume no jogo da delinquência.

(Chico Xavier – Vida e Sexo).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as pessoas que colocou em meu caminho durante essa jornada. Agradeço a Ele também por conseguir chegar até aqui, podendo servir como exemplo para outros estudantes que passaram pelas escolas públicas que percorri.

Aos meus familiares: mãe, pai, avó e irmão pelo carinho, afeto, conselhos e pela presença. Sei o quanto torcem por mim e o quanto vibram a cada realização minha.

Ao meu marido por todo apoio oferecido durante a construção desse trabalho, pela espera, pela falta na distância e pela paciência a cada momento de incerteza. Muito obrigada por todo carinho e pela força que me dá até hoje. É muito claro para mim que você é um dos grandes responsáveis por mais essa conquista minha. Amo você!

Agradeço aos professores da minha graduação por suscitarem o desejo pelo conhecimento, especialmente ao professor Dr. Pedro Cattapan que despertou em mim o interesse pela pesquisa, bem como pelo apoio e incentivo a dar continuidade à trajetória acadêmica.

Agradeço imensamente à minha orientadora, professora Dr.^a Fernanda Insfran por ser presente durante a construção do trabalho, principalmente pela pesquisa. Também agradeço pelo aprendizado durante esse processo, assim como pela amizade. Obrigada pela dedicação e pela atenção que me prestou, tenho consciência que todo esse tempo como sua orientanda possibilitou meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por acreditar e ver potência em mim e no meu trabalho.

Ao professor Dr. Rossano Lima e à professora Dr.^a Kátia Aguiar por participarem da minha banca de qualificação e por contribuírem com suas reflexões de forma tão cuidadosa e relevante para o andamento da pesquisa. Tenho imenso orgulho de poder contar com vocês em minha banca de defesa.

Às profissionais que participaram da minha pesquisa e trouxeram contribuições importantíssimas que resultaram nas principais discussões deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ensino que oferece oportunidade ao trazer para o interior um curso a nível *stricto-sensu*, descentralizando a produção acadêmica e servindo de exemplo para outros campi interiorizados. Agradeço também aos amigos do PPGEn, em especial à Thamyres Bandoli, grande amiga que me acompanha desde a graduação e à Karen Mata, amiga que partilhava das grandes emoções durante as viagens à Pádua. Ambas foram meu porto seguro durante esse processo e espero poder reencontrá-las por mais vezes durante

os caminhos da vida.

Às amigas de longa data, Kely Chagas, Laís Fraga, Camila Medina, Marcelle Aparecida, Sarah Matos, Marcilia Cordeiro, Jéssika Pinto e Anna Paula Ibrahim por sempre estarem presentes, apesar da distância que nos separa. Obrigada por compreenderem minhas ausências durante o período de construção desse trabalho.

RESUMO

Este trabalho se apoia na temática da medicalização escolar. Sendo assim, visa compreender, inicialmente, como as relações de poder, que foram se modificando ao longo dos séculos, influenciam na formação de uma sociedade moderna pautada por práticas medicalizantes, em essência. Discute-se sobre a construção da ideia de infância bem como as instituições familiar e escolar, sinalizando duas problemáticas que incidem nesta última: a relação doença-não aprender e o fracasso escolar. Neste sentido, discute-se também sobre as relações produtivistas incididas nos corpos infantis, através de medicamentos e diagnóstico puramente normativos que geram grandes lucros para a Indústria Farmacêutica. Ainda é apresentada explanações a respeito do papel do psicólogo escolar/educacional que, em sua maioria, ainda ampara sua prática num viés medicalizante, muito por falta de especializações críticas às práticas mais antigas. Este trabalho também mostra alguns movimentos desmedicalizantes que possuem atuações importantíssimas para que possamos acreditar em um futuro diferente do que vemos acontecendo nos dias de hoje. Por fim, é apresentada a pesquisa realizada através do método da roda de conversa, que tem como objetivo oferecer um espaço de escuta das práticas cotidianas na escola e entender, junto às participantes – profissionais da educação - como estas são atravessadas pelo discurso medicalizante, bem como construir alternativas para uma autonomia ao saber médico.

Palavras-chave: Medicalização. Escola. Disciplina. Psicologia.

ABSTRACT

This work is based on the theme of school medicalization. In order of that, it aims to understand, initially, how the relations of power, which have been changing over the centuries, can influence the formation of a modern society based on medical practices, in essence. Also, it discusses the construction of the idea of childhood as well as the family and school institutions, pointing two problems that affect the latter: the relation between illness and non-learning and school failure. In this sense, it is also discussed about the productivist relations focused on infantile bodies, through purely normative drugs and diagnosis that generate great profits for the Pharmaceutical Industry. Explanations are still presented about the role of the school / educational psychologist, who, for the most part, still supports his practice in a medicalizing bias, much for the lack of critical specializations to the older practices. This work also shows some demedicalizing movements that have very important actions so that we can believe in a future different from what we see happening nowadays. Finally, the research carried out using the talk wheel method is presented, which aims to provide a space for listening to everyday practices in the school and to understand, along with the participants - education professionals - how these are crossed by the medicalizing discourse as well How to construct alternatives for an autonomy to medical knowledge.

Keywords: Medicalization. School. Discipline. Psychology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 DO PODER SOBERANO AO BIOPODER: O CULTIVO DAS MICRO E MACROPOLÍTICAS DISCIPLINARES.	14
1.1 A SOBERANIA QUE “DEIXA VIVER” VERSUS O PODER CENTRADO NA VIDA QUE “DEIXA MORRER”	15
1.2 AS TÉCNICAS DE CONTROLE E PRODUÇÃO DE VIDA.....	18
1.2.1 <i>A Disciplina</i>	18
1.2.2 <i>A Biopolítica</i>	22
2 O CORPO INFANTIL E SUA DOCILIDADE PRODUTORA.....	26
2.1 O SABER MODERNO SOBRE ESCOLA E INFÂNCIA.....	26
2.2 A PRODUÇÃO DE UMA INFÂNCIA MEDICALIZADA ATRAVÉS DE UMA SOCIEDADE ADOECEDORA.....	29
2.3 A CRIAÇÃO DE UMA NOVA PROBLEMÁTICA: A DOENÇA E O NÃO-APRENDER	33
2.3.1 <i>Entre a doença e o fracasso: escola para todos?</i>	37
3 PRODUZINDO CORPOS ÚTEIS:.....	45
3.1 QUANDO A PADRONIZAÇÃO PRODUTIVISTA DISCIPLINAR/BIOPOLÍTICA E OS DESEJOS CONSUMISTAS CAPITALISTAS SE ENCONTRAM	45
3.2 ENTRE A LÓGICA PRODUTIVISTA E A CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DIAGNÓSTICOS	49
3.2.1 <i>O DSM e suas muitas (trans)formações</i>	51
3.3 O DIAGNÓSTICO DE TDAH E AS PRÁTICAS DE CONSUMO DE METILFENIDATO.....	57
4 DESMISTIFICANDO O PAPEL DO PSICÓLOGO ESCOLAR/EDUCACIONAL.....	66
4.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA ESCOLAR/EDUCACIONAL NACIONAL: DESVENDANDO SUAS PRÁTICAS.....	67
4.2 REFLEXÕES SOBRE AS ATUAIS ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO ESCOLAR/EDUCACIONAL	72
5 REALIDADES DE SUPERAÇÃO E RESISTÊNCIA A PRÁTICAS MEDICALIZANTES	78
5.1 QUANDO É POSSÍVEL DESMEDICALIZAR PARA SUPERAR.....	78
5.2 MOVIMENTOS RESISTENTES NACIONAIS	81
6 À GUIA DA PESQUISA	87
6.1 DISCUSSÕES PRÁTICAS SOBRE O COTIDIANO: A RODA DE CONVERSA COMO MÉTODO.....	88
6.2 IMPRESSÕES SOBRE AS RODAS DE CONVERSA.....	92
6.2.1 <i>O efeito do diálogo sobre o cotidiano</i>	93
6.2.2 <i>Um espaço de escuta entre família e escola</i>	96

6.2.3	<i>O lugar de saber ocupado</i>	98
6.2.4	<i>A falta de poder sobre o próprio saber-fazer</i>	100
6.2.5	<i>Impressões gerais finais</i>	103
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
8	ANEXOS	116
8.1	QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE DE CURSO DE FORMAÇÃO CONTINUADA SOBRE MEDICALIZAÇÃO.....	116

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado versa sobre o tema da medicalização escolar e suas produções de subjetividades referentes ao enfrentamento de situações que são permeadas por ela. Compreendemos que a medicalização é uma problemática de caráter social localizada em um nível mais amplo, que vem, desde o início do Iluminismo, criando raízes na instituição escolar com o intuito de normatizar, controlar e gerar corpos produtores (BARROS, 2009; FOUCAULT, 2001; ARIÈS, 1981; PATTO, 2015).

O nosso tema central é composto por um termo não muito difundido na sociedade em geral. A medicalização é cotidianamente confundida, em significado, por outros termos como, por exemplo, medicação e medicar. Também não é incomum encontrarmos indivíduos que nunca tenham ouvido falar a seu respeito, o que evidencia a necessidade de discussões sobre o assunto. Neste sentido, afirmamos que o termo “medicalização” se refere a um sistema que se faz possível através do empoderamento da medicina sobre questões que se encontram externas a ela (MEIRA, 2012; DECOTELLI, BOHRER & BICALHO, 2013). O que afirmamos com isso é que, a medicina se utiliza de sua cientificidade para perpassar por saberes estranhos aos seus e garantir controle social (FOUCAULT, 1978, 1987, 1999, 2001). Este controle é ofertado no sentido de deslocar para o saber médico-biológico, conteúdos que não se localizam em seu poder de competência, havendo assim, uma naturalização de questões de cunho social, originalmente. Neste sentido, nossas discussões acerca do tema estarão atreladas à crítica ao saber-poder médico no âmbito escolar, salientando a importância histórica que constitui o enraizamento da prática medicalizante na educação.

Ao refletir sobre o que me seduz ao tema, constato que minha história de vida está muito ligada à resistência desses saberes que a cada dia crescem com mais força. Durante minha graduação em Psicologia pude participar do campo de estágio em instituição escolar, atuando com Análise Institucional. Neste momento pude observar a necessidade que as profissionais da educação possuíam em solicitar um saber externo ao seu para compreender as situações que emergiam na escola. Logo foi-me aguçando a curiosidade de compreender o motivo desse saber se encontrar no nível médico científico. Neste sentido, o interesse se voltava para a necessidade de se questionar sobre a medicalização estar tão fortemente enraizada nesta instituição. Ainda sobre a aproximação ao tema em questão, certa vez me deparei com uma gravação da minha de formatura de alfabetização onde todos se encontravam parados em pé e eu andava livremente pelo “palco” onde os formandos estavam.

Não era uma criança de ficar parada quieta, porém meus pais e professores não se questionavam sobre minha saúde mental por conta disso, pelo contrário, entendiam essa minha “agitação” como “normalidade”. O ponto que quero chegar é: como os profissionais da educação veem esse comportamento na atualidade? Crianças podem fugir aos padrões “normais” estipulados pela escola? Qual a real necessidade de medicalizar crianças que fogem à normalidade – principalmente se utilizando de diagnósticos e medicamentos sem muitas certezas quanto à eficácia e com fortes efeitos colaterais?

Neste sentido, a hipótese inicial desse trabalho é a de que os profissionais da educação não reconhecem a importâncias das discussões em relação a medicalização escolar, bem como não têm se portado criticamente diante do saber médico instituído, inclusive até, concordando com os modelos normativos/ biologizantes disponíveis na educação (COLLARES & MOYSÉS, 2010 apud FIGUEIRA & CALIMAN, 2014).

A questão que me coloco a investigar, e que traduz a sedução evidente – e também pessoal – ao tema é a seguinte: por que têm sido tão importante os recorrentes diagnósticos, principalmente os que são destinados ao público infantil? Compreendemos, inclusive, que durante a história da construção do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) o desenvolvimento infantil não contava com tantas opções de nomenclaturas para possíveis transtornos mentais, contrastando com o que observamos hoje em sua quinta edição (DUNKER & NETO, 2011; FRANCES, A. 2014). É possível concluir, inclusive, que a cada novo manual a facilidade para o enquadramento aos diagnósticos, aumenta. Principalmente os de cunho normativo, como o caso do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) (LIMA, 2005). Esta informação nos leva a acreditar que os indivíduos estão se encontrando cada vez mais propensos a doenças mentais e rotulações, assim como à utilização de medicamentos invasivos para tratamento dos mesmos.

Para responder aos questionamentos elaborados acima, este trabalho conterà debates de pontos cruciais para a discussão da medicalização no contexto escolar, inclusive levantar o questionamento sobre como toda essa forma de organização têm influenciado na relação ensino-aprendizagem. Sendo assim, a nossa proposta se traduz em, inicialmente, apresentarmos um embasamento teórico favorável para a compreensão da pesquisa de campo na qual resulta essa dissertação. Para tanto separamos cinco capítulos com levantamentos de dados teóricos e suas discussões, e um capítulo para o desenvolvimento da pesquisa.

Sendo assim, no primeiro capítulo nos embasaremos primordialmente nos estudos de Michel Foucault (1978, 1987, 1988, 1999, 2001) sobre as questões referentes à história das

relações de poder que se estabelecem na sociedade. Para tanto abordaremos desde o Poder Soberano até a constituição da sociedade moderna, calcada pelo biopoder e pelas relações micro e macropolíticas que dele se estabelecem. Nosso objetivo, neste momento, é produzir a compreensão sobre os princípios norteadores dessas mudanças que ocorreram através das relações de poder vigentes e, salientar como estas se aproximam ao modelo social medicalizante que compactuamos ainda na atualidade.

No segundo capítulo, discutiremos, a construção do “ser” infantil fundamentada pelos modelos disciplinares modernos e como este passou a ser alvo indispensável de intervenções medicalizantes. Também articularemos questões relativas à modificação da organização estrutural familiar e escolar modernas e como esta última se tornou essencial para que o saber-poder médico pudesse se perpetuar, inclusive tornando-se potente diante do próprio saber pedagógico. Tais considerações nos levam ao propósito de aproximar toda a discussão elaborada no primeiro capítulo com o histórico da construção social das instituições familiar e escolar e apontar as construções possibilitadoras de situações conflituosas como o fracasso escolar e o processo de naturalização do não-aprender que incidem na medicalização escolar.

O terceiro capítulo surgiu como necessidade de apontar o que os desejos capitalistas pela produtividade coletiva acarretam na sociedade. Sendo assim, explanaremos sobre a história do DSM, bem como sobre os interesses financeiros da Indústria Farmacêutica, para, ao fim, discutir sobre o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), diagnóstico de maior recorrência nas instituições escolares. É nesse sentido que o quarto capítulo foi pensado, já que, ao profissional da psicologia inserido no campo da educação, tem sido recorrente a queixa sobre os “alunos-problema”, geralmente observados como portadores de TDAH. Nesse capítulo abordaremos sobre as questões relativas às atribuições do profissional psicólogo escolar/educacional. Neste sentido, traremos a luz o histórico desta profissão no nosso país para compreendermos o que gerou a necessidade deste profissional nas instituições escolares e, além disso, as razões pelas quais, ao longo do tempo, foram se modificando suas práticas. Através desse tema, temos como finalidade compreender o motivo de ainda ser tão fortemente empregado nas instituições escolares modelos normativos/medicalizantes intermediados, inclusive, por parte de alguns profissionais ligados à psicologia, bem como compreender quais visões dentro da prática da psicologia possibilitam o distanciamento desse ideal.

No quinto capítulo apresentaremos algumas situações que já foram superadas e desmedicalizadas. Mostraremos também movimentos anti-medicalizantes que atuam para em

diferentes setores da sociedade com a finalidade de oferecer conhecimento sobre a temática, bem como diminuir as práticas que excluem as diferentes formas de existência. Como principal movimento apresentado, apresentaremos o “Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade” que muito auxilia na propagação de informações, realizando eventos em todo Brasil para debate e conhecimento da temática.

O sexto e último capítulo será dedicado à pesquisa de campo. Nele, temos o objetivo de conferir se os assuntos discutidos acerca da medicalização escolar durante este trabalho estão realmente atravessando os profissionais da educação. Sendo assim, nossa pesquisa se dará com profissionais da educação que atuam em uma escola municipal de educação infantil da cidade de Santo Antônio de Pádua, localizada no noroeste fluminense. Trabalharemos com o método da roda de conversa que possibilita observarmos as reais necessidades daquelas profissionais (MOURA & LIMA, 2014) e, ao compreender que a temática em questão é um assunto que permeia o cotidiano dessas profissionais, trabalharemos no sentido de construir estratégias para empoderamento de seu saber-fazer, diminuindo a necessidade de recorrência a profissionais especialistas externos à pedagogia.

1 DO PODER SOBERANO AO BIOPODER: o cultivo das micro e macropolíticas disciplinares.

Para discutirmos o desenvolvimento e as práticas dos poderes engendrados na sociedade não poderíamos deixar de pesquisar algumas das obras do filósofo francês Michel Foucault, que deixou um grande legado ao analisar as noções de Poder Soberano, Biopoder, Poder Disciplinar e Biopolítica as quais se caracterizam como ponto inicial de nossa discussão. Sendo assim, pretendemos aqui, salientar a importância e analisar mais especificamente o conceito de Biopoder e de suas duas técnicas atuantes (o poder disciplinar e a biopolítica) para compreendermos os dilemas político-sociais que ainda se encontram associados no presente. Desta forma, estabeleceremos também, uma análise crítica à medicalização da vida que vem sendo instituída como norma desde a construção ideológica do Biopoder.

Parece viável que, para o início de uma discussão sobre as relações de poder, se compreenda qual o significado do que, neste trabalho, denominamos como “poder”. Para tanto, buscamos inicialmente o conceito em Foucault (1999, p. 21) que afirma que: “o poder é essencialmente o que reprime. É o que reprime a natureza, os instintos, uma classe, indivíduos”. Partindo desta mesma essência, encontramos em Barros (2009, p. 56) a seguinte afirmação: “o poder incita, induz, seduz, constrange... é sempre um conjunto de ações sobre outras ações”. Ou seja, nos guiando através destas duas afirmações, podemos concluir que o poder se mantém como uma relação que existe enquanto força contrária ao natural dos sujeitos; é o que visa oprimir suas ações instintivas. Podemos afirmar, no entanto, que o poder está intimamente ligado com as práticas do saber, assim como, também, à verdade que é produzida e, ao mesmo tempo, perpetuada por ele (FOUCAULT, 2003).

É interessante que se compreenda que a opressão dos instintos ocasionada pelo poder, provoca sofrimento aos sujeitos e, esse sofrimento gerado é o que possibilita o surgimento de atividades de resistências a ele.

Em suma, o que discutiremos ao longo desse capítulo serão as relações que, de alguma maneira, agem essencialmente como repressoras da vida. Analisaremos também como os saberes modernos – que traduzem a verdade – foram se constituindo através de práticas sociais.

1.1 A SOBERANIA QUE “DEIXA VIVER” VERSUS O PODER CENTRADO NA VIDA QUE “DEIXA MORRER”

As relações de poder que vigoravam, antes de serem sobrepujadas no século XVIII, – pelo que mais adiante apresentaremos como biopoder – não contemplavam a vida enquanto fonte de força produtora e, por este motivo, o investimento sobre o corpo era realizado, principalmente, através das mais diversas formas de punições. Ou seja, o ato de punir era a maneira que encontravam para atuar sobre os sujeitos e, dessa forma, conseguir controlá-los aos desejos do Soberano.

A essa mais antiga relação denominamos de “Poder Soberano” o qual, podemos afirmar que, possui o direito de vida e de morte. Foucault (1999, p. 128) afirma que “... o direito de vida e morte [...]: é condicionado a defesa do soberano e à sua sobrevivência enquanto tal”. Tal afirmação indica que o soberano tem, na mesma medida, poder sobre a vida e também sobre a morte, visando sempre a sua própria manutenção. Neste sentido, o que ocorre aqui, é que o poder que ele detém sobre a vida só se concretiza na medida em que há nele uma figura soberana que detém o direito de matar, e desta forma, como Foucault (1999) apresenta como complemento, o soberano tem a escolha de “fazer morrer” ou “deixar viver”, ilustrando a ideia de que a vida não se localiza a nível do natural, e o soberano, então, poderia decidir quem teria a possibilidade de continuar vivo e quem deveria morrer, ultrapassando os limites do biológico.

Servindo como um contraponto, as ideias que emergiam no século XVIII – conhecido também como o século das Luzes – correspondiam a um mundo novo que surgia. A ideologia que contemplavam nesta época defendia que o pensamento racional deveria predominar diante da sociedade em geral, ao invés da visão teocêntrica, – que até então era a mais aceita – pois acreditavam que esta última era capaz de bloquear a evolução humana. Ou seja, acreditavam que a racionalidade era capaz de oferecer grandes progressos no que diz respeito ao conhecimento (PATTO, 2015).

Neste sentido, Barros (2009, p.46) ainda afirma que “o iluminismo, como exaltação da racionalidade, ao não aceitar que algo do exterior determinasse as ações do homem, buscava a supremacia da razão, ao fim das superstições”. Ou seja, a crença no pensamento teocêntrico, por exemplo, possibilitava que a culpabilização das ações dos sujeitos não fosse tomada para si, pois atuavam como meras conformações da expressão divina. Porém, com o pensamento racional em voga, os indivíduos passam a ser considerados livres para realizarem suas

escolhas, e desta forma, responsabilizados por suas ações e, mais ainda, sujeitos capazes de transformar seu destino.

A Revolução Industrial, que coincidiu com essa nova forma de ver o mundo, também possibilitou mudanças nos pensamentos comuns à época, como Barros (2009, p. 43) pontuou: “o capitalismo liberal, em vigor no século XVIII, difunde a ideia de que todas as diferenças de classe, idade, sexo devem desaparecer frente às leis, já que todos têm os mesmos direitos e deveres”. Essa ideia de igualdade faz jus também ao pensamento racional de ascensão social, pois dessa forma, o sujeito se torna o único responsável por se destacar entre os demais. Sem, assim, haver a ideia de que uma entidade superior estipulasse essa situação, a priori. Isto é, porém, um tanto paradoxal, já que se preza pela igualdade entre os sujeitos para que, individualmente, possam alcançar uma maneira de se diferenciar. Neste sentido, esta era uma forma, também, de incitar uma competição entre os indivíduos, o que era muito interessante para o mercado capitalista. Patto (2015, p.37) vai ainda mais além afirmando que este momento foi a maior transformação histórica da sociedade e conclui que:

A passagem do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista não se fez sem grandes convulsões sociais, que culminaram no período de 1789-1848; em termos sociais e políticos, o advento do capitalismo mudou gradual mas inexoravelmente a face do mundo: até o final do século XIX praticamente varreu da face da terra a monarquia como regime político dominante, destituiu a nobreza e o clero do poder econômico e político, inviabilizou a relação servo-senhor feudal enquanto relação de produção dominante, empurrou grandes contingentes das populações rurais para os centros industriais, gerou os grandes centros urbanos com seus contrastes, veio coroar o processo de constituição dos estados nacionais modernos e engendrou uma nova classe dominante – a burguesia – e uma nova classe dominada – o proletariado – explorada economicamente segundo as regras do jogo vigente no novo modo de produção que se instala e triunfa no decorrer deste século.

Sendo assim, podemos perceber que a sociedade estava se modificando de uma forma geral e para a Indústria Moderna – que se embasava nos preceitos do capital – era necessário lucrar cada vez mais e, para tanto, potencializar sua mão de obra. Por este motivo, o pensamento capitalista forneceu, também, meios que possibilitaram a descoberta do corpo individual como potência de produção. Tal ideia surge quando se compreende que este corpo é algo que está suscetível a ser manipulado, adestrado e adaptado. No entanto, ao mesmo tempo em que se descobre essa condição do corpo como algo que pode ser manipulado ao ponto de transformá-lo em um corpo economicamente produtivo, comparável até a uma “máquina”, é descoberto também que ele é dotado de submissão, fragilidade e docilidade. Tal

composição é o que possibilita que mecanismos de punição e vigia – que almejarão incessantemente o controle – faça-se de grande relevância para que esses corpos se adaptem às novas normas a serem estabelecidas socialmente (FOUCAULT, 1987).

Adriana Marcondes Machado (2014, pp. 93-94.), dentre outras questões, discute também sobre a queda do Poder Soberano como hegemonia, e nos acrescenta que: “Sem Deus, sem o soberano e com a norma aprisionada à ideia de média, ela se tornou um valor para analisar e examinar o homem, seu corpo e sua conduta do homem e assim estabelecer quem seriam os anormais”. Neste sentido, percebemos que a sociedade passa por consideráveis transformações que vão modificar toda sua forma de funcionamento, desde as constituições do eu; do individual, às constituições sociais/grupais – inclusive a relação de poder vigente.

Essa nova configuração de poder que vem emergindo neste novo século é o que denominamos de “Biopoder”. Pelo próprio nome já podemos supor que este é um poder que atua sobre a vida. E de certo o é, mas para além de tal afirmação, este é um poder destinado a produzir forças.

Esse tipo de poder preza por gerir a vida mais do que ameaçá-la com a morte. O que não significa afirmar que a ameaça de morte é extinta de vez. Ainda há o espaço para se fazer este pedido, porém ele é aceito apenas em uma circunstância: para que haja uma defesa da vida. Ou seja, aceita-se a morte para que a vida seja garantida. Um tanto contraditório, é verdade, mas é exatamente dessa afirmação que se trata os mais diversos tipos de preconceitos – que, aliás, se tornam ainda mais possíveis na medida em que o Biopoder ganha forças na sociedade. Neste sentido, isso ocorre, por exemplo, quando uma parcela social tem a ideia de que é mais evoluída que outra – por qualquer que seja o motivo: cor da pele, religião, classe social, gênero, etc. – e tenta diminuir/exterminar essa última com o discurso de que quanto menos “espécies inferiores”, – que diferem do seu modelo ideal – melhor para o Estado, e por consequência, mais “espécies evoluídas” se proliferarão.

A partir dessa exemplificação, percebemos, inclusive, que esse discurso segregador não é incomum mesmo nos dias de hoje e em diversos sentidos mais amplos que nos trariam longas discussões. No entanto, neste trabalho, nos restringiremos em abordar com mais clareza apenas a questão da medicalização da vida que vem se tornando uma espécie de arma dessa opressão.

Observamos, a cada dia, a potência que ganha os discursos que mantêm um padrão ideal dos corpos que deve ser adotado para não haver equiparação a seres inferiores. “Estar doente significa ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado, etc.” (JASPERS,

1933 apud CANGUILHEM, 1995, p. 93). Ou seja, para serem aceitos como “normais” os sujeitos precisam, cada vez mais, estar atentos, felizes e saudáveis, tanto fisicamente quanto psicologicamente, para enfim estudarem, – em um sistema educacional pouco atraente e demasiadamente falho – trabalharem, – em seu emprego que lhe tira longas horas do seu dia estressante – terem seu lazer, – nas poucas horas que lhe restam para descanso – enfim, conviver em sociedade. E àqueles que fogem a essa regra são discriminados e, mais ainda, sujeitos a intervenções medicalizantes.

Foucault (1987) analisa ainda que o Biopoder se diferencia do poder soberano na medida em que este último preza pela máxima do “fazer morrer” ou “deixar viver” enquanto que o Biopoder, ao contrário, preza pelo “fazer viver” ou “deixar morrer”. Ou seja, diferente do pensamento do Poder Soberano, aquele considera que é mais importante e também – claro – mais lucrativo que a vida seja garantida de forma que o poder sempre tenha controle sobre ela, atuando, assim, com o seu “fazer viver”. O que resta para aqueles que não se encaixam nesse modelo de corpo lucrativo, o Biopoder “deixa morrer” naturalmente. E como Ana Heckert & Marisa Rocha (2012, p. 87) bem pontuaram: “Tecnologias de poder que interferem no modo de viver, no ‘como’ da vida, e intervêm para fazer viver, ao mesmo tempo em que deixam morrer maneiras de existir ou admite-se até mesmo a morte de parcelas inteiras de grupos sociais”. Neste sentido, os grupos sociais os quais as autoras se referem, são aqueles que pouco dão lucro a essa sociedade capitalista, aqueles que estão à margem e, por conseguinte, não conseguem se adequar a regra econômica, sendo assim, acabam por viver a mercê do pouco que o Estado lhe reserva, ou poderíamos afirmar: o Estado “deixa morrer”.

Podemos concluir, ainda, que o Biopoder é um tipo de estratégia de poder mais ampla e que vai possibilitar outras duas potências, que são atuantes desse “fazer viver” descrito acima, a surgirem. São elas: a Disciplina e a Biopolítica.

1.2 AS TÉCNICAS DE CONTROLE E PRODUÇÃO DE VIDA

1.2.1 *A Disciplina*

A Disciplina é a primeira técnica a aparecer, – já pelos fins do século XVII e início do século XVIII – e não é à toa que isto acontece, pois esta prepara o indivíduo para a próxima relação de poder que vem se seguindo e que abordaremos mais adiante.

A disciplina está centrada no corpo individual. Ela inicia seu desenvolvimento dentro das escolas, hospitais, forças militares e fábricas e estima como resultado a docilização e

disciplinarização do corpo. Foucault (1987, p. 118) ainda destaca que este modelo disciplinar não tem a ver com o tipo de relação escrava, pois este não se encaixa em uma “relação de apropriação dos corpos”. Nesse sentido, entendemos que as relações de poder só se exercem enquanto tais quando há possibilidade de “liberdade” – mesmo que velada – dos sujeitos e algum potencial de revolta, sendo assim, uma relação escravocrata não se encaixaria nesses moldes já que, nesta, não é possível a associação de um pensamento libertário.

Michel Foucault (1987) aponta ainda que, diferente do Poder Soberano, a disciplina utiliza do castigo para reduzir os desvios, ou seja, esta tem a função, basicamente, de correção. Essa essência corretiva vai possibilitar o surgimento do poder da norma, que, diferente da lei que divide a sociedade em certo e errado, esta estimula, de certa forma, a homogeneização e a transformação de todos os sujeitos em “normais”. Ou seja, o que importa aqui são as relações subjetivas que adequarão e controlarão o comportamento dos corpos, e não mais, apenas, a objetividade do que é certo ou errado.

Passam a existir, então, formas tidas como eficientes para alcançarmos esse ponto normal, que serão definidas segundo as necessidades e os desejos que se produzem no funcionamento social, nas formas de viver de certo tempo, sendo uma dessas formas a ação de medicar-se. A engrenagem vai se ampliando e se conectando com novas práticas e relações cotidianas: a norma, a individualização, a busca por soluções imediatas que remediam aquilo que se considera anormal, o mercado, os laboratórios farmacêuticos, a química, **a intensa presença de medicação para aliviar a vida.** (MACHADO, 2014, p. 94.)

Ou seja, para se alcançar padrões estipulados pela norma, é necessário que se tenha controle sobre suas ações, que não devem mais serem regidas apenas pela dicotomia certo/errado que, de certa forma, está voltada mais a padrões gerais, mas agora, deve-se regular os padrões individuais para potencializar a vida de acordo com a necessidade de cada momento histórico. E, neste sentido, a medicalização dos corpos passa a se tornar interessante, pois ela visa estimular os sujeitos que se encontram fora dos padrões a voltarem a eles mais rapidamente. Esta condição acaba por transformar esses sujeitos “anormais” em sujeitos “normais” novamente.

Podemos então concluir que a disciplina é, portanto, uma forma de adestramento do corpo para a integração em sistemas de controle, sendo aquele, sujeito a vigilância, treino e possíveis punições. Esse poder disciplinar, em suma, enfraquece a resistência do corpo, enquanto aumenta a força em termos econômicos. Ou seja, para os pensamentos capitalistas emergentes na modernidade, isso é sem dúvidas, muito positivo, pois ao mesmo tempo em

que temos um indivíduo que pouco resistirá, que será dócil e obediente, temos nesse mesmo indivíduo um corpo hábil para o trabalho, sendo assim, economicamente produtivo. Neste sentido podemos, inclusive, afirmar que o poder disciplinar não tem a intenção de retirar a força do indivíduo enquanto tal, mas direcioná-la para algo que fortalece os desejos daquele: a produção.

Foucault (1988) também observa que até mesmo os discursos sobre a sexualidade são modificados na medida em que a disciplina vai se instaurando. O que era antes um discurso apenas moral, a partir desse século se transforma também em um discurso normatizador, político e econômico e, podemos afirmar, as técnicas atuantes no Biopoder têm grande influência nessa mudança. Para complementar essa discussão, Foucault (1988, pp. 37-38) analisa que:

(...) essa colocação do sexo em discurso não estaria ordenada no sentido de afastar da realidade as formas de sexualidade insubmissas à economia estrita da reprodução (dizer não às atividades infecundas, banir os prazeres paralelos, reduzir ou excluir as práticas que não têm como finalidade a geração)? Através de tais discursos multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas e, também e sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação: isso não equivaleria a buscar meios de reabsorver em proveito de uma sexualidade centrada na genitalidade tantos prazeres sem fruto? Toda esta atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade, há dois ou três séculos, não estaria ordenada em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir a forma das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora?

Mais uma vez podemos perceber que o que está em pauta é sempre potencializar os corpos para que haja uma produção mais eficaz, inclusive, nesse momento, no âmbito da sexualidade. A ideia de sujeito livre que emerge com a Revolução Francesa não parece ser exatamente seguida à risca, ou talvez esteja servindo somente para encobrir verdadeira proposta. Podemos observar, ainda, que até mesmo as expressões da sexualidade individual estão sendo regulamentadas por normas de enquadramento social, e – mais ainda – segregadoras.

Uma das grandes preocupações que também vieram com a Revolução Industrial, e que fizeram um bom complemento para o Poder Disciplinar, foi a questão da saúde do corpo.

Barros (2009) acredita que, por conta do capitalismo, foi desenvolvido o que ela denomina – pegando o termo emprestado de Foucault – de “anatomia política do indivíduo”, pois ao mesmo tempo em que o corpo deve servir como força de trabalho, ele precisa de cuidados para que não haja problemas quanto ao seu funcionamento. Ou seja, para que houvessem grandes produções era necessário que houvessem também corpos saudáveis para o trabalho, assim como Foucault (1987) nos apresenta com o exemplo dos soldados. Com esse poder em vigor, os soldados passam a receber treinamento adequado para o trabalho que se dispõem a efetuar, o que não era comum anteriormente. Tal mudança permite que eles se tornem mais produtivos em seus objetivos. Neste sentido, há também uma preocupação maior com a vida destes, já que, quanto mais homens saudáveis lutando, mais forte é um exército.

Da mesma forma como citamos o exemplo dos soldados, poderíamos citar outros tantos exemplos, contudo, certamente, todos eles teriam como base fundamental a preocupação com o rendimento e resultado final do trabalho a ser elaborado e, portanto, a atenção também à saúde daquele sujeito.

Neste sentido, a medicalização dos corpos parece muito eficaz para o mercado capitalista crescente, já que, para qualquer doença que impeça a produção de um indivíduo, haverá a tentativa de criação de algum diagnóstico e, mais ainda, algum medicamento para seu tratamento. Além disso, a inserção de ideias medicalizantes na sociedade também se torna algo importante para os que se preocupavam com as revoltas políticas que poderiam emergir vez ou outra, pois a medicalização através dos psicofármacos pressupõe sujeitos mais dóceis e pouco resistentes.

Desta forma, “a medicina passou a se encarregar dos corpos para garantir sua saúde” como aponta Barros (2009, p. 51). No entanto, quando ela cita nesta frase a palavra “saúde” não está manifestando apenas o sentido fisiológico, mas também o seu sentido político. Essa saúde, portanto, não significa o contrário de doenças, mas estar sob controle. Ou seja, a medicina emergente percebia a doença, para além de seu sentido biológico, como problema político e econômico e por este motivo, era necessário que houvesse o controle e a vigia não apenas sobre o corpo individual, mas também sobre a população. As ideias de higiene, por exemplo, como afirma essa autora, precisaram ser reformuladas para garantirem que a preocupação com a saúde do corpo fosse cada vez mais evidente. Todavia, fora percebido que não apenas o indivíduo precisava se adaptar a essas novas regras de higiene, mas a sociedade como um todo precisava ser modificada para, então, ser medicalizada.

1.2.2 A Biopolítica

Com as discussões que Foucault (1999) nos traz, também percebemos que há uma segunda técnica atuante do biopoder: a Biopolítica. Esta foi se formulando pelo final do século XVIII, ou seja, um pouco mais tarde que a Disciplina. Esta nova técnica de poder não age com a intenção de excluir a anterior, pois o interesse real dela recai sob outros parâmetros que estão localizados em um outro nível. Invés de se centrar no corpo individual, como o poder disciplinar, esta apresenta-se centrada na vida de uma forma mais ampla e possui a intenção de gerir os riscos que uma população possa vir a produzir para que, assim, haja controle sobre possíveis eventualidades, sobre os fenômenos aleatórios.

A biopolítica centra-se no corpo como espécie, se interessando pela sua mecânica e seus fenômenos biológicos como: os nascimentos, a mortalidade e a longevidade. Este interesse, no entanto, é algo pautado, sempre, na busca pelo controle da vida.

Compreendendo que a disciplina entende o corpo individual como algo dotado de força ao mesmo tempo em que é manipulável e, por este motivo, tenta agir sobre ele em favorecimento do Estado, é percebido, porém, que esse corpo é também capaz de possuir força política e revoltas massificantes e, a partir disso, a biopolítica objetiva agir sobre essa massa poderosa (PATTO, 2015). Para entendermos melhor do que se trata a biopolítica, Foucault (1999, pp. 293-294) nos aponta que:

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar, sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encurtar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se, sobretudo, de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem um estado de vida.

Estas formas de controle se efetuam através do governo das populações e, neste momento, se faz necessário que toda a população se adéque aos meios para haver crescimento e “bem-estar”, por este motivo podemos afirmar que a medicina se instaura, aqui, como uma estratégia biopolítica. Ou seja, é através de seu saber-poder que a medicina cria formas de controle social, como os ideais higienistas por exemplo. Podemos, contudo, afirmar que a

medicina também atua junto ao poder disciplinar, pois os efeitos desse seu saber-poder estão apontados não somente para uma massa social, mas também para um corpo individual, ou seja, a medicina além de possuir efeitos regulamentadores, possui, da mesma forma, efeitos disciplinares.

Com a finalidade de exemplificar melhor estas duas potências em ação e evidenciar como estas duas forças agem de modo complementar, Foucault (1999) apresenta uma importante discussão: a sexualidade do indivíduo.

Percebe-se que a sexualidade, cada vez mais, vai sendo pressionada para não se encontrar exposta a desvios – como já citado anteriormente neste texto. Nesse sentido apontamos sobre a disciplina que está agindo sobre os corpos individuais, restringindo sua liberdade na medida em que atua com a imposição a respeito do funcionamento da expressão sexual do indivíduo. No entanto, essa preocupação com a sexualidade individual perpassa pelos âmbitos bio-sociológicos, já que este indivíduo não estaria apto a procriar quando se envolve com alguém do mesmo sexo e, sendo assim, alguém que não procria não estaria seguindo um modelo da estratégia biopolítica regulamentadora e interessada nesse tipo de (re)produção.

Sendo assim, a partir do que foi discutido até aqui, em parâmetros comparativos a estas duas formas de poder, podemos concluir que a biopolítica atua em níveis diferentes do poder disciplinar, e que, porém, estas duas técnicas de poder não funcionam de maneira excludente, mas articulam-se entre si e atuam em complemento.

Não podemos, contudo, afirmar que o poder soberano se extingue na medida em que emerge o biopoder. Na verdade, essas duas formas de poder possuem seu espaço na sociedade moderna, mesmo que se organizem de formas distintas. O que fica claro é que esta é uma sociedade disciplinar, mas que ainda mantém traços da soberania. Como, por exemplo, cita Foucault (1989, p. 44):

... os sistemas jurídicos, sejam as teorias, sejam os códigos, permitiram uma democratização da soberania, a implantação de um direito público articulado a partir da soberania coletiva, no mesmo momento, na medida em que e porque essa democratização da soberania se encontrava lastrada em profundidade pelos mecanismos de coerção disciplinar.

Essas formas de poder são heterogêneas fundamentalmente, de forma que as duas possam coexistir em um mesmo momento, mas sem, portanto, coincidir. Deste modo, a ideologia do direito, que é soberana, trás consigo as regras que uma sociedade deve seguir e

estas regras se caracterizam por discursos regidos pela lei. Já os discursos disciplinares estão ancorados em um outro nível. São regras diferentes das aplicadas no campo jurídico. Essas regras disciplinares estão no nível da natureza, das ciências biológicas. Ou seja, estes são discursos normatizadores, e que, desta forma, são assegurados por um saber clínico.

Sendo assim, temos de um lado o saber jurídico que é soberano e penetra pela sociedade atrelado e governado pela lei e que, além disso, visa punir os que não a seguem e, de outro, temos o biopoder que, em sua forma disciplinar, age no campo normatizador e que não visa punir, mas segregar os que fogem ao ideal normal para que, desta forma, possam ser corrigidos.

E é, também, por este motivo que o saber médico cresce com tamanho vigor neste último poder. É necessário que haja alguém com conhecimento científico suficiente para saber diferenciar o que é natural do que não é. O que se deve “fazer viver” ou “deixar morrer”. Pensemos no exemplo dos loucos. Estes, por si só, não infringem nenhuma lei jurídica, no entanto também não possuem tanta força de trabalho que os façam produzirem tanto quanto outro indivíduo que, à luz do saber médico, é normal. Ou seja, o louco, apenas por sua condição de loucura, é considerado como alguém que precisa ser corrigido, antes mesmo de cometer algum ato contra a lei. Inclusive, por este motivo, por muitos anos foi aceito que este sujeito pudesse ser deixado trancado, em condições sub-humanas, invés de se investir em forças para “fazer viver” (FOUCAULT, 1997; FRANCES, 2016).

Podemos também considerar que, na medida em que o biopoder vai emergindo, e com ele, o saber médico ganhando forças, percebemos que alguns dos excluídos que se encaixavam na lógica do “fazer morrer” soberano, na modernidade passam a apresentar nomenclaturas patológicas que os enquadram na lógica do “deixar morrer”.

Não mais possuídos, mas loucos, epiléticos. Delinquentes no lugar de endemoniados. No início, indiferenciados, todos enquadrados na mesma etiqueta e mesma cela da mesma instituição, depois separados em etiquetas, celas e instituições diferentes e exatamente iguais. Assim se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído (MOYSÉS & COLLARES, 2014, p. 26).

A medicina, então, constrói maneiras de normatizar tudo quanto for possível, inclusive o comportamento humano. Que deve se adequar às leis, e mais ainda, às normas. Desse modo, inclusive, passa a categorizar entre portadores de desajustamentos psicológicos os excluídos historicamente.

Diferenciando ainda os níveis a que atuam esses dois poderes, – o poder soberano e o biopoder – também podemos, aqui, pensar no exemplo dos ladrões que, quando furtam algum objeto, estão infringindo uma lei jurídica e, por este motivo, a figura soberana do juiz o castiga com a prisão. Esse ato representa muito menos a ideia de reinserção deste contraventor à sociedade, ou até a reflexão sobre sua conduta errônea do que de punição a um erro contra o Estado. Até porque se pensarmos em reinserção deste sujeito na sociedade afirmaríamos um ato disciplinar, que se encaixa muito mais na ideia de correção do que de punição.

Foucault (1999) ainda afirma que, sem dúvida, essas duas formas de poder são importantes na constituição da nossa sociedade. E que, se quisermos lutar contra a disciplina instituída, não deveríamos fazê-la afirmando a antiga lógica soberana, mas através de um novo poder “que seria antidisciplinar, mas que estaria ao mesmo tempo liberto do princípio da soberania” (FOUCAULT, 1999, p. 47).

Outros autores também se debruçaram a discutir as transformações da sociedade moderna, como Sigmund Freud, por exemplo. É interessante observar a sutil semelhança como percebem este momento histórico.

Freud (1930) debate o fato da cultura moderna ser produtora de um mal-estar para os indivíduos. Ele analisa que há um distanciamento considerável entre o que a sociedade exige com o que a pulsão dos sujeitos demanda. Nesse sentido, Freud percebe que passa a ser necessário que o indivíduo renuncie a seus desejos pulsionais em nome de uma construção de sociedade “normal”. Importando, mais do que os desejos individuais, estar de acordo com as regras normativas sociais. É então, neste sentido, que podemos notar a aproximação do que o psicanalista anuncia como mal-estar da civilização moderna com o que discutimos até agora neste capítulo.

Abordamos até aqui, principalmente, sobre as análises de Foucault assim como de outros importantes autores acerca dos poderes que incidem sobre o corpo e, além disso, sobre a população. O Biopoder, nesse sentido, age como forma regulamentadora para que os sujeitos se enquadrem em normas que vêm sendo estabelecidas desde o início do século das Luzes.

Sendo assim, a discussão nos trouxe para o âmbito da medicalização dos corpos que passa a servir como artifício de ajustamento rápido aos padrões estipulados. Neste sentido, precisamos compreender melhor como o biopoder se aproveita das instituições familiares e escolares para repassar seus ideais disciplinares e biopolíticos desde a infância do sujeito, para que, mais tarde, a medicalização dos corpos seja vista como algo natural e pouco questionada.

2 O CORPO INFANTIL E SUA DOCILIDADE PRODUTORA

2.1 O SABER MODERNO SOBRE ESCOLA E INFÂNCIA

Menino maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psicotrópicos para Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Mafalda está tratada e seu Transtorno Opositor Desafiante (TOD) foi silenciado. Xaveco não vive mais nas nuvens, aterrissou desde que seu Déficit de Atenção foi identificado. Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida. Cebolinha está em treinamento na mesma cabine e nas mesmas tarefas usadas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DPAC) e assim está em tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola. Cascão é objeto de grandes debates no comitê que está elaborando o DSM-V, por divergências se sofreria de Transtorno Obsessivo Compulsivo por Sujeira (TOCS) ou de Transtorno de Fobia Hídrica (TFH), mas tudo indica que chegarão a um acordo e os dois novos transtornos recém-inventados serão lançados no mercado, pois quanto mais transtornos, melhor. (MOYSÉS & COLLARES, 2014, p.21)

As análises sobre as relações de poder que trouxemos no capítulo anterior nos servem como referência para que possamos discutir a respeito do modelo escolar que se constituía pelos fins do século XVIII, assim como, debatermos sobre a forma como a infância passa a ser sustentada e, além disso, produzida, através das transformações político-sociais que ocorriam nesta época. Sendo assim, nesse momento, temos o intuito de investigar mais adequadamente como a instituição escolar passou a ser uma grande disseminadora dos ideais medicalizantes.

Ao citarmos o termo “infância” na atualidade não parece possível que não nos remetamos à ideia de família e escola. Estas duas instituições são primordiais na constituição da subjetividade de uma criança, pois estão sempre norteando suas vivências até o caminho da vida adulta. No entanto, a ideia de infância, família e escola que temos nos dias de hoje se diferencia excessivamente do que concebiam os medievais. E é neste sentido que percebemos a importância de se compreender como foram efetuando-se essas reformulações das concepções sociais, para entendermos melhor como a medicalização dos corpos passa a ser interessante para a sociedade como um todo, bem como algo vastamente disseminada pela escola.

Sendo assim, iniciando a explanação pelo ambiente medieval que podemos comparar com a instituição escolar moderna, contamos com Ariès (1981) para nos indicar suas

diferenciações. Primeiramente, podemos destacar que não havia um local específico para a “aula”, como hoje vemos através de salas de aula dentro de estruturas escolares. Naquela época, o local para aula poderia ser posicionado dentro de igrejas, assim como também pelas esquinas das ruas, mas comumente organizada em uma sala alugada, chamada *schola*. O curioso é notar que se utilizavam de palhas forradas no chão como acento e, que a partir do século XIV “passou-se a utilizar bancos, embora esse novo hábito parecesse suspeito”, como aponta Ariès (1981, p. 108).

Nessa escola medieval o “professor” – intitulado como “mestre-escola” – não possuía poder de controle sobre seus alunos, pois ele se encontrava naquele espaço basicamente para transmitir seus ensinamentos a quem estivesse disposto a ouvi-lo – e pagar por ele. A partir disto, podemos notar que, neste momento, a escola já se constituía como um dispositivo comercial, pois o mestre-escola agia de forma semelhante a um comerciante que aguardava seus fregueses que pagavam por seu produto: o conhecimento. Na escola moderna – a mesma que compartilhamos até os dias atuais – não há grandes diferenciações quanto a essa afirmativa. Os indivíduos continuam pagando por conhecimento durante o período escolar, seja através de escolas particulares ou públicas – que são mantidas através de impostos pagos por todos os cidadãos. A questão é que na lógica mercantil capitalista que compartilhamos na atualidade, a escola que demanda maior investimento por parte dos indivíduos possui melhor estrutura e – há uma crença que possua também – melhor relação de ensino. Enquanto que para os sujeitos que estão à margem do sistema capitalista, restam as escolas públicas, que em tese, não compartilhariam das melhores estruturas e bons níveis de ensino.

Na escola medieval não havia, também, divisões de classes por aproximação de faixa etária ou conhecimento e, por este motivo, o espaço de aprendizado era partilhado, ao mesmo tempo, por adultos e crianças. Isto ocorria, pois, a criança naquela época, era percebida como um “pequeno adulto” sem a noção de fragilidade e pureza que se criou a partir da sociedade moderna. Aliás, os relatos bibliográficos relacionados à idade do aluno começam a aparecer somente a partir do século XIX, o que nos aponta a pouca atenção oferecida a esse fato até então, aliás, de acordo com Ariès (1981) a importância maior, até o início do século XVII, era apontada aos ensinamentos passados pelos “mestre-escola”, aqueles que detinham o saber.

A mudança comportamental em relação ao ser infantil causou certa curiosidade em alguns autores que se puseram a pesquisar o assunto. Philippe Ariès (1981, p. 107), inclusive, se pôs a investigar:

(...) como a escola e o colégio que, na Idade Média, eram reservados a um pequeno número de clérigos e misturavam as diferentes idades dentro de um espírito de liberdade de costumes, se tornou no início dos tempos modernos um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-las, graças a uma disciplina mais autoritária, e, desse modo, separá-las da sociedade dos adultos.

Neste sentido, ele buscou compreender como a disciplina passou a ser uma importante ferramenta na instituição escolar e por que, entre os séculos XV e XVIII, diversas modificações aconteceram nos comportamentos sociais, que alteraram, inclusive, a concepção de família e de escola.

Podemos nos atentar para o fato de que entre os séculos XVII e XVIII uma nova relação de poder emergia, como bem explicitamos no capítulo anterior. Esta relação visava o aumento de produção e o controle dos corpos, nesse sentido, era necessário que toda a sociedade se modificasse, inclusive o modelo escolar. Ora, se a ideia, a partir do Iluminismo, era de que os corpos são objetos dóceis e frágeis e que mecanismos de controle e punição serviriam para adestrar esse corpo a uma norma social vigente, a escola moderna surgia, então, como uma instituição que teria condições para servir como boa fonte para disseminação desse ideal.

Sendo assim, passou a ser necessário que a criança medieval fosse distanciada do convívio desse espaço de aprendizagem com os adultos, que, em tese, possuíam o modelo de sociedade medieval já enraizado em seus modos de funcionamentos subjetivos, o que poderia prejudicar o novo método escolar que surgia. Ou seja, a escola voltada mais especificamente para a educação focada em crianças, aparenta ter maiores condições de criar nessa nova concepção de corpo útil infantil, um novo modelo de sociedade que estaria muito mais “apta” e “controlada”.

De acordo com as discussões que Michel Foucault (1987) nos traz, podemos ainda afirmar que as divisões escolares por série permitem um maior controle por parte dos poderes relacionados, assim como, intervenções mais contundentes. Nesse sentido, a ideia central se traduz na possibilidade de potencializar o corpo infantil de acordo com os níveis já percorridos por ele, e garantir um treinamento sucessível. Sendo assim, “O poder se articula diretamente sobre o tempo; realiza o controle dele e garante sua utilização” (FOUCAULT, 1987, p.136).

Parece evidente que para essa recente concepção de poder que vem emergindo, este é o local ideal em que as crianças devem se desenvolver, pois nessa instituição moderna os

ensinamentos básicos de disciplina e controle, que parecem adequados ao Estado, serão ofertados mesmo que distante desta instituição, em seu leito familiar, por exemplo, isso não seja tão aparente. Por este motivo, a escola, conseqüentemente, cria e toma para si esse papel social de um ambiente para ensinamentos não apenas intelectuais, – para qualificação profissional – mas também àqueles relativos aos comportamentos sociais desejáveis. Porém como é possível observar em Patto (1984, 2015), esses ensinamentos relativos aos comportamentos desejáveis são sugeridos de acordo com as especificidades de cada classe da sociedade.

Neste sentido, Heckert & Rocha (2012, p.86) acrescentam brilhantemente que: “a escola constituiu-se como um dos dispositivos do poder disciplinar, atuando de forma estratégica no aumento da capacidade produtiva dos corpos e de sua capacidade política de resistência”. Sendo assim, é possível que se compreenda que a escola moderna da qual, em essência, ainda partilhamos nos dias de hoje nos trouxe uma nova forma de lidar com o movimento educacional.

A ideia era de que a educação ministrada através dos ensinamentos escolares modernos servisse para adequar os sujeitos às normas sociais que estivessem em voga em determinados momentos históricos, desde seu nascimento enquanto tal. Neste sentido, a escola serviria como uma doutrinadora para fins políticos, passando a ser uma instituição que traria novas regras às famílias, inclusive, transmitindo conhecimentos até então não reconhecidos, e até mesmo, podendo desqualificar qualquer outro saber que não viesse deste ambiente acadêmico.

2.2 A PRODUÇÃO DE UMA INFÂNCIA MEDICALIZADA ATRAVÉS DE UMA SOCIEDADE ADOECEDORA

Foi através desse novo olhar institucional da educação e, mais ainda, através do processo de escolarização para o aumento de produtividade dos corpos, que a medicalização da infância começa a criar suas raízes. E, a esse respeito, Decotelli, Bohrer & Bicalho (2013, p. 452) nos esclarecem com a seguinte afirmação:

As relações de saber-poder que incidem sobre a infância e o que entendemos a respeito do ser-criança no contemporâneo são efeitos emergentes de uma luta de forças múltiplas, que se atualizam em formas visíveis e dizíveis de um modo de subjetivação dominante, forças que forjam uma relação entre saúde e infância, fazendo entrar em cena o tema da medicalização como

tecnologia de assujeitamento e de controle de riscos.

Ou seja, a medicalização do corpo infantil se fez possível, pois havia uma nova concepção de sociedade emergindo e, junto a ela, novos ideais e “ciências” que se permitiam fundamentar as novas correlações que apareciam. Neste sentido, Michel Foucault (2001), inclusive, contempla-nos com um importante momento da história onde podemos compreender como as formas de poder, que emergem no Iluminismo, se relacionam com a medicalização da vida desde a infância. Esse momento se situa pelos fins do século XVIII na França, e é importante que se conheça essa história para a discussão que teremos mais adiante. Esta história versa sobre a masturbação infantil e como ela passa a ser alvo de manipulações médicas.

A ciência daquela época compreendia todos os males da vida adulta como sendo resultantes dessa masturbação que ocorria no período da infância e, além disso, também a tratavam como uma questão que se localizava a nível político e econômico. Como a concebiam como um grave problema de saúde, os médicos são figuras convidadas à cena, nesse momento, com o intuito de conscientizar os progenitores da criança a ser tratada e medicalizada. A indicação médica estabelecia que era preciso vigiar as crianças de forma suficiente que não as permitissem chegar ao ato da masturbação. Ou seja, era necessário que os pais tomassem conta do corpo de seus filhos. Estes mesmos pais eram percebidos como “os intermediários”, aqueles que possuíam a capacidade de transmitir o saber médico para o interior do seio familiar.

Neste sentido, esse saber-poder – na lógica de criação de novas verdades científicas para a efetividade do controle – instituído pela medicina era disseminado, também, pela escola, pois esta era uma instituição que também se apresentava segura através da credibilidade de sua produção de saber. Sendo assim, relacionando este fato com a discussão elaborada anteriormente, podemos compreender que a educação escolar surge também como um apoio a essa nova política médica de repressão instintual, nesse caso, a masturbação infantil.

Foucault (2001, p. 325) vai ainda mais adiante e complementa afirmando que era como se o Estado ordenasse: “Mantenham seus filhos bem vivos e bem fortes, corporalmente saudáveis, dóceis e aptos, para que possamos fazê-los passar por uma máquina que vocês não controlam, que será o sistema de educação, de instrução, de informação, do Estado”. Ou seja, essa “máquina” necessitava de corpos saudáveis a priori, – o que esclarece o fato das intervenções médicas às famílias, que eram orientadas a cuidar do corpo infantil – assim como

agia de forma a complementar e encarregar-se de sua estabilidade durante o processo educacional.

Nesse momento citado acima, contudo, não se solicita aos pais somente que se responsabilizem pelo corpo de seus filhos de forma a educá-los contra a masturbação, mas também que os abduque ao ensino e à instrução onde ambos são controlados pelo Estado, e Foucault (2001, p. 326) ainda aponta que este “foi um dos instrumentos de troca que permitiram deslocar a criança do meio da sua família para o espaço institucionalizado e normalizado da educação”. Ou seja, através do poder disciplinar veiculado pelo saber e prática médicos, mais uma vez, podemos observar que a sociedade se reorganiza com a finalidade de se reinventar para responder as expectativas do Estado.

Em suma, verificamos que a formação do indivíduo passa, então, a sofrer com as fortes interferências do desenvolvimento do capitalismo, que introduz-se, inclusive, nas relações cotidianas. Ainda sobre as influências do Estado que incidem na formação do eu, Rossano Lima (2005, pp. 32-33) nos esclarece que:

A criação dos filhos, por exemplo, passou a ser alvo de cuidados inéditos, na medida em que eles eram encarados como reservas familiares para o futuro. Uma nova concepção de infância emergiu, demarcando um período específico, separado da vida adulta e preenchido com características peculiares como vulnerabilidade e inocência. As crianças não mais se misturavam com os adultos, e seu desenvolvimento demandava proteção e cuidados afetuosos.

Ou seja, o controle era uma arma tão forte nessa nova relação de poder que, para que houvesse um domínio mais rigoroso sobre o corpo infantil, algumas mudanças, até mesmo no ambiente familiar, precisaram ocorrer. Podemos citar o exemplo das residências que antes eram compostas por famílias numerosas em um mesmo ambiente – com pai, mãe, avô, avó, tios e primos, por exemplo – e que começaram a sofrer alterações, pois não havia como a mãe e/ou o pai – ou o responsável – manter seu olhar de controle e vigia sobre o corpo da criança em uma grande casa onde residiam muitas pessoas. Logo, essas alterações começaram a se mostrar mais evidentes com o surgimento da família nuclear, composta apenas pelo pai, a mãe e seus filhos em um mesmo ambiente. Outra modificação importante fora quanto às relações afetuosas entre pais e filhos que quase não se mostrava aparente na era medieval, porém, a partir desse momento, entende-se que a criança é um ser frágil e que, dessa maneira, necessita de cuidados especiais, inclusive a nível afetivo.

Em suma, podemos afirmar que o biopoder, além de tudo, toma para si o controle

sobre a sexualidade infantil, sendo também capaz de modular a forma como a sociedade e o indivíduo deve ser e agir, inclusive dentro de sua própria residência, em seu local de maior intimidade e – que, pelo menos parecia ser – de poder próprio.

Esta nova concepção de família que eclode, para além de tudo que já foi apresentado, pôde emergir, então, contando com as imposições médico-estatais para que os pais se responsabilizassem cada vez mais por seus filhos. Essa responsabilidade se fazia possível através da normatização do comportamento.

Dessa forma podemos perceber que o Estado, a medicalização do corpo e a instituição escolar se entrelaçam e se comunicam, nesse momento, para manter formas de controle e normatização, desde a infância, no indivíduo, para que este se enquadre aos desejos do próprio Estado. Ora, se a verdade científica da época era de que a masturbação infantil era fonte de todas as doenças adultas, então, acreditava-se que se a criança não se masturbasse em nenhum momento, seria um adulto livre de doenças e, com isso, viveria mais, teria mais saúde. Era um pensamento do “fazer viver” biopolítico e disciplinar. A ideia mais pertinente era ter uma população ao mesmo tempo saudável e dócil, que teria utilidade como boa força de trabalho sem muitas possibilidades de resistências, o que aparentava bastante interessante para o sistema capitalista emergente.

Diante do exposto afirmamos então, que desde muito cedo a criança deveria se acostumar com o olhar de vigia dentro de sua residência, para, nesse caso, não se masturbar e, assim, manter seu corpo livre de doenças que poderiam vir a impedi-la de, mais tarde, serem produtivas em seu ambiente escolar e de trabalho.

A vigilância sobre o corpo ia ainda mais além desse objetivo, exercendo também seu papel de controle para ensinamento das normas sociais e para gerir os riscos de futuras revoltas. Ou seja, é possível perceber que desde que começou a ocorrer mudanças acerca das relações de poder, toda a sociedade começa a se moldar para os novos desejos e objetivos que vão se desenvolvendo. Nestes, a ideia de corpos saudáveis e dóceis, pressupõem uma entrada de um saber médico que, como citamos no capítulo anterior, é inserido tanto no corpo individual, como nas grandes massas, através das disciplinas e da biopolítica.

Em relação aos cuidados médicos que começaram a se estabelecer no corpo infantil e que culminou na criação da família nuclear, Lima (2005, pp. 34-35) ainda afirma que:

As agências de reprodução social e seus profissionais tomaram para si a tarefa de produzir e acumular o conhecimento sobre os cuidados com os filhos e com o lar, convencendo os pais a confiarem em sua ciência. Com essa delegação assentida de poder, a família perdia a capacidade de se prover,

o que só estimulou a expansão dos serviços de saúde, educação e bem-estar. (...) Pais e mães passaram a sentir-se incapazes de cumprir seus papéis domésticos sem recorrer à supervisão técnica dos especialistas.

Neste sentido, o saber médico começa a cumprir o papel que lhe foi determinado pelo Estado. E assim como Lima (2005) acredita, a ideia era de que psiquiatras – caracterizados pelo saber médico – poderiam, para além de suas práticas clínicas individuais, modificar o que o autor coloca como “padrões culturais”. Ou seja, mais do que somente intervir no indivíduo, estes poderiam intervir nas organizações sociais, como por exemplo, a instituição familiar que sem os corretos amparos poderia culminar em sujeitos incapazes ao convívio social.

Esta relação que a medicina manteve com a sociedade possibilitou que os educadores, assistentes sociais e especialistas na área penal pudessem intervir com o que o autor chama de “patologistas sociais”, focando no modelo preventivo médico em suas intervenções (LIMA, 2005). Ou seja, o saber médico é inserido, inclusive no saber-fazer de outros profissionais, como os citados acima, reafirmando o poder delegado àquele.

Lima (2005, p. 37) vai ainda mais além e afirma: “Criou-se, assim, um paradoxo: as crianças desfrutavam de um refúgio de afeto em casa, mas que as incapacitava a funcionar adequadamente no frio e competitivo mundo mercantil”. Sendo assim, percebemos que as organizações institucionais – saúde, família, escola – funcionavam de forma a se complementar. Enquanto o saber médico adentra o espaço familiar e o reorganiza para que o corpo infantil esteja sempre saudável, a escola treina este corpo para que corresponda as necessidades do modelo capitalista.

2.3 A CRIAÇÃO DE UMA NOVA PROBLEMÁTICA: A DOENÇA E O NÃO-APRENDER

Anteriormente, pudemos compreender as formas pelas quais as práticas sistemáticas do biopoder vão tomando forças dentro da sociedade, modificando, inclusive, instituições como a família e a escola, assim como a concepção de infância. A medicalização dos corpos parece um meio propício para se enraizar cada vez mais esses novos saberes que vão se constituindo. Dessa forma, nada mais contundente que atribuir à medicina, lugar nessas instituições.

Nesse momento, discutiremos sobre como o saber médico perpassa pela instituição

escolar inaugurando uma nova problemática: o não-aprender. Nesse sentido recorreremos as análises de Monteiro (2006, p. 40) que afirma:

A medicina criou suas especialidades para assumir a função de normalizadora da vida. A neurologia, a puericultura e a psiquiatria foram instituídas como especialidades médicas que, munidas de um "olhar clínico" bem desenvolvido, identificarão as anormalidades produzindo para a educação **uma relação entre doença e não-aprender**.

Ou seja, fica evidente que, a partir do novo olhar sobre normalidade/anormalidade, a medicina começa a sofrer ramificações para dar conta de toda a nova gama de saber que vem atrelado àquela. Desse modo, algumas especialidades médicas mais específicas surgem no sentido de controlar essas anormalidades da população, bem como – não poderia ser diferente – também penetram pelo espaço escolar com o mesmo intuito. E, nesse último local, a questão do “não-aprender” torna-se algo a ser averiguado, pois também foge a tal concepção de normalidade. Compreendendo esse fato, nos parece que existe uma linha de “aprendizagem normal”. Ou seja, uma forma padrão de ensino-aprendizagem por onde todo e qualquer indivíduo é capaz de aprender. Percorrendo por essa ideia conferimos em Patto (2015, p.65) uma importante afirmativa::

Quando os problemas de aprendizagem escolar começaram a tomar corpo, os progressos da nosologia já haviam recomendado a criação de pavilhões especiais para os “duros da cabeça” ou idiotas, anteriormente confundidos com os loucos; a criação dessa categoria facilitou o trânsito do conceito de *anormalidade* dos hospitais para as escolas: as crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como *anormais* escolares e as causas de seu fracasso são procuradas em alguma anormalidade orgânica.

Sendo assim, a ideia que é passada, nesse momento, é de que o sujeito que não aprende é o único responsável por esse seu “fracasso” já que, ao que a ciência afirma, há em seu organismo algo que lhe faça não aprender. Quando o sistema político educacional se ancora nessa hipótese, reafirma o ideal disciplinar/biopolítico da sociedade moderna, pois essa lógica não abre espaço para outras circunstâncias que possam vir a ser responsáveis pela “falha do aluno”. Sendo assim o indivíduo em idade escolar se torna passível de ser classificado como anormal, estando sujeito a todo tipo de intervenção médico-normativo para que retorne à normalidade.

O saber médico adentra o espaço escolar no final do século XVIII, com a missão de identificar os ditos anormais, na medida em que a questão dos problemas de aprendizagem começa a tomar corpo. A causa da não aprendizagem é associada, desse modo, a fatores orgânicos. (DECOTELLI, BOHRER & BICALHO, 2013, p. 452)

A citação acima nos aponta um fato ocorrido no final do século XVIII, porém nos soa ainda muito familiar com o que concebemos no presente. Isso ocorre porque o poder do discurso do saber médico ainda não se constitui como sendo alvo de grandes críticas mesmo nos dias de hoje. Apesar de, na atualidade, possuímos inúmeras discussões a respeito dessa temática nos meios acadêmicos, percebe-se que ainda há uma hegemonia na lógica medicalizante e, talvez por este motivo, ainda podemos observar a medicalização escolar sendo tão fortemente reproduzida.

Monteiro (2006) ainda afirma que, no Brasil, os movimentos que apontavam para a medicalização escolar se deram por volta do século XX a partir do momento higienista vigente. A autora ainda destaca que, nesse momento, a ideia era de que toda comunidade escolar deveria passar por trabalhos de prevenção de saúde, principalmente os alunos, pois havia uma grande preocupação com as doenças físicas e também com aquelas relacionadas ao não-aprender. “Amplia-se, assim, o espectro de possíveis problemas presentes no aprendiz, que supostamente explicam seu insucesso escolar: as causas agora vão desde as físicas até as emocionais e de personalidade, passando pelas intelectuais” (PATTO, 2015, p. 68). O interessante é notar que esses trabalhos serviam para “prevenir” não apenas os que fizessem parte do cotidiano escolar, mas também seus familiares – que até então, de acordo com Monteiro (2006), mantinham uma cultura de tratamento medicinal feito com receitas caseiras compostas por chás, simpatias e relacionados – disseminando, assim, o saber médico. Ou seja, se pensarmos na estrutura escolar, podemos concluir que, de fato, o saber produzido e reproduzido nesse ambiente possui uma grande probabilidade de alcance, pois além de todos os funcionários, contamos também com os alunos e os familiares de ambos. De certa forma, a escola era escolhida para se efetuar esse tipo de trabalho, pois esta instituição era também um meio mais acessível para atingir a todos os outros que não estavam partilhando desse espaço.

Já em relação a questão da prevenção de doenças, pressupõe-se um desequilíbrio a priori. Ou seja, se faz necessário cuidar e vigiar muito mais de tudo ao redor do indivíduo para poder prevenir o que quer que fosse, pois o mínimo de descuido já configura ser suficiente para a instalação de alguma anormalidade e conseqüentemente, a incapacidade de produção do sujeito doente.

A nova palavra de ordem é a *higiene mental escolar*. Com intenções preventivas clínicas de higiene mental e de orientação infantil disseminaram-se no mundo a partir da década de 1920 e se propõem a estudar e corrigir os *desajustamentos infantis*. (...). De um lado esse movimento cria uma rede de clínicas psicológicas escolares ou paraescolares, onde as crianças que apresentam problemas de aprendizagem e desajustamento escolar são diagnosticadas e tratadas; de outro, gera uma preocupação com a higiene mental do professor e com a possibilidade de seus distúrbios mentais interferirem negativamente na saúde mental de seus alunos. (PATTO, 2015, p. 68)

Sendo assim, podemos perceber, através dos questionamentos levantados até então, que as crianças tornavam-se alvos centrais do saber-poder da medicina, pois a preocupação maior da lógica que está atrelada ao biopoder era suscitar a transformação na “nova sociedade” que se configurava, deixando essas crianças adaptadas à nova forma de funcionamento escolar: higienista, controladora e disciplinarizante.

Isto significa também, que os problemas que emergem nesta instituição são tratados seguindo a mesma característica. Essas formas de funcionamento são capazes de exemplificar o porquê da medicalização ser tão fortemente disseminada pela escola. Temos atrelada a ela a biologização e individualização das problemáticas essencialmente sociais. Meira (2012, p.136) comenta a esse respeito:

O discurso da conexão entre problemas neurológicos e o não aprender ou não se comportar de forma considerada adequada pela escola apresenta-se de forma cada vez mais frequente no cotidiano das escolas e dos serviços públicos e particulares de saúde para os quais se encaminham grandes contingentes de alunos com queixas escolares.

O que ocorre, então, é que através da possibilidade de tornar o não-aprender como algo de cunho essencialmente biológico, a medicalização escolar passa a ser praticável. Isto indica, portanto, a culpabilização do aluno pelo seu fracasso, somente. Esse pensamento reafirma, também, o estabelecimento do saber médico no interior das instituições escolares, excluindo-se o que se caracteriza no cotidiano para dar lugar apenas ao que pode ser averiguado através dos traços biológicos. Inclusive, Patto (2015, p. 65) afirma que “os primeiros especialistas que se ocuparam de casos de dificuldade de aprendizagem foram os médicos”, o que nos aponta que problemas referentes à aprendizagem não caberia aos educadores ou especialistas em educação/ensino trazerem soluções, mas à classe médica provida de seu saber – supostamente – superior.

De acordo com Meira (2012) compreendemos que a utilização de diagnósticos normativos no âmbito escolar se torna um fenômeno recorrente a partir da falta de análises críticas sobre o cotidiano, bem como as relações sociais envolvidas e que são permeadas pela instituição. Neste sentido a autora debate com mais dedicação o diagnóstico do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), que vem tomando espaço nas instituições escolares pelas últimas décadas e complementa: “Sem essa reflexão, o resultado é inevitável: muitas crianças absolutamente normais podem iniciar uma 'carreira' de portadores de dificuldades de aprendizagem” (MEIRA, 2012, p.137). Ou seja, percebemos a grande necessidade de análises críticas em relação ao assunto em questão para que não continuemos a reproduzir o modelo de sociedade medicalizada, principalmente no ser infantil.

Toda essa discussão relativa à naturalização do não-aprender nos traz a luz questões que versam sobre o fracasso escolar, tema igualmente muito discutido na academia nos últimos tempos.

2.3.1 Entre a doença e o fracasso: escola para todos?

Para discutir o fracasso escolar, não poderíamos deixar de citar a professora Maria Helena Souza Patto que, contextualizando inúmeras questões acerca da temática, trouxe a discussão para um outro viés. A sua principal obra “A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia”, publicada pela primeira vez em 1992¹ pode ser considerada um marco histórico por elaborar de maneira discursiva os debates sobre o fracasso.

Patto (2015) aponta que não há dissociação da história da educação brasileira com os movimentos do fracasso escolar, assim como este também não se dissocia dos processos de escolarização do nosso país. Ela ainda nos mostra como os estudos da psicologia ajudaram a perpetuar o ideal medicalizante, dentro das instituições educacionais através de suas intervenções médico-biologizantes sobre o fracasso escolar.

É frequente ouvirmos dos professores referências pejorativas ao aluno que não aprende e a seus pais, bem como é comum ouvirmos dos pais considerações do seguinte teor sobre seus filhos que não apresentam bom rendimento escolar: 'a cabeça dele não dá para o estudo', 'o estudo não entra', 'ele não é esforçado, só quer brincar'. Rapidamente a própria criança entra em contato com esta versão do fato e terá, quem sabe para o resto da vida, uma pseudojustificativa para seu fracasso, uma visão ideológica do problema

¹ Essa mesma obra foi publicada também no ano de 2015 em sua 4ª edição. Sendo esta última a referência utilizada durante este trabalho.

que encobre a percepção pela qual os sistemas educacional e social agiram na produção de suas dificuldades escolares e sociais (PATTO, 1984, pp. 119-120).

Dessa forma, podemos perceber que Patto traz a discussão para um viés mais para o lado social do que biológico, porém compreendemos que esse tipo de movimento resistente ainda é muito pouco comum nas escolas brasileiras, que continuam a acreditar que o aluno é o grande culpado por seu fracasso.

“Existe, na verdade, um grande mito que se ramifica e se dissemina em várias direções: a crença de que questões de saúde são responsáveis, pelo menos em parte, pelo fracasso escolar” (MOYSÉS, 1992, p. 29). Moysés utiliza dessa provocação do “mito” para explicitar o modelo pelo qual a sociedade reproduz veemente quando confia à medicina o papel de saber maior nas instituições educacionais. A autora postula a ideia de que o fracasso escolar não é provocado através de complicações que interfiram especificamente na saúde – enquanto corpo biológico – e que, conseqüentemente, prejudicam o aprendizado, pois, antes que se atinja esse nível, é possível observar problemas de cunho social, encontrados a priori.

Então, o mito explicitado é que o escolar brasileiro sofre de doenças que não prejudicam suas atividades extra-escolares, ou, mais propriamente, extracurriculares. São crianças que andam (até a escola, inclusive), correm, brincam, riem, falam, contam estórias, aprendem tudo o que a vida lhes ensina e/ou exige. Mas que são portadoras de doenças extremamente caprichosas, que só se manifestam quando é hora de aprender a ler e a escrever. (MOYSÉS, 1992, p. 30)

Com isso, a autora nos aponta uma importante questão que complementa a discussão anterior: por que certos transtornos se evidenciam tão somente no âmbito educacional? Ou seja, a questão se aproxima do fato de observarmos que, por exemplo, algumas crianças podem vir a se portar extremamente agitadas e/ou menos atenciosas no contexto escolar, o que poderia despertar uma aproximação ao diagnóstico do TDAH, por exemplo, porém, quando executam outras atividades – frequentemente, que geram mais prazer – estas mesmas crianças possuem um poder de concentração mais elevado. O que, contudo, gera o foco somente na área educacional? Essa pergunta nos leva diretamente às questões referentes ao fracasso escolar, assim como, à medicalização.

Essas lógicas se inserem no momento em que se percebem as construções de diagnósticos e distúrbios que se relacionam com o não-aprender e com a normatização do processo educacional. “Trata-se de um grave problema educacional, de origem sócio-

pedagógica como questão médica, tentando encontrar em cada criança, a nível individual, uma ‘doença’ que justifique seu mau rendimento escolar” (MOYSÉS, 1992, p. 30). Nesse sentido, a naturalização do fracasso é possível. Levar a ideia de fracasso escolar a nível biológico individualizante parece interessante à instituição escolar, bem como ao Estado, na medida em que, a partir disto, se excluem outras perspectivas que teriam a possibilidade de recair a estas próprias instâncias, enquanto pertencentes a um sistema sociopolítico – essencialmente opressor.

No percurso da história educacional brasileira temos algumas considerações importantes no que diz respeito ao fracasso escolar e sua relação com a educação para as classes populares.

O movimento de higiene mental escolar também ajudou, portanto, mesmo sem saber e desejar, a instalar a escola seletiva, difícil de perceber e denunciar porque dissimulada sob procedimentos técnicos e verdades científicas de difícil contestação na época. Embora imbuído do mais sincero propósito democrático, ele também colaborou para justificar o acesso desigual das classes sociais aos bens culturais, ao restringir a explicação de suas dificuldades de escolarização ao âmbito das disfunções psicológicas. (PATTO, 2015, p. 69)

Nesse sentido, a autora também nos mostra como a psicologia que, imbuída de preceitos normativos, excludentes e classificatórios, preparou o campo para que o fracasso escolar pudesse ser explicado também pela situação social de cada sujeito. Ou seja, acredita-se que algumas disfunções psicológicas que impedem o sujeito de aprender podem existir apenas pelo fato de pertencerem a classes sociais mais baixas, ou como propõe Patto (2015), pertencerem a “culturas inferiores”.

Recorremos também à Moysés & Collares (2014) para compreendermos o porquê da ideia de fracasso escolar estar atrelada a essas classes sociais. Sendo assim, percebemos que, com algumas políticas sociais que ocorriam pelos fins do século XX, o Brasil foi abrindo espaço rapidamente para que, em larga quantidade, houvesse uma instituição escolar que atuasse “para todos”, mas que no quesito “boa qualidade”, só os mais favorecidos economicamente usufruíam. Ou seja, a ideia de que o fracasso escolar vinha das classes econômicas mais baixas se traduzia também pela péssima qualidade de ensino ofertado a elas. Sendo assim, afirmamos que é um erro pautar o fracasso escolar sobre a égide dos alunos das classes populares que tiveram acesso rapidamente à educação, quando, na verdade, devemos nos atentar ao sistema que ofereceu esse acesso sem se importar com a qualidade a que era

apresentada.

De acordo com a discussão acima, parece-nos claro o porquê de classificarem esses sujeitos como pertencentes a “culturas inferiores”. Explica-se a culpa de seu fracasso escolar pela falta de acesso ao que os mais favorecidos economicamente têm. É excluir toda a singularidade dos movimentos das classes baixas, apontando certas formas de ser e agir como errôneas. É como se as vivências e as fartas produções dessas classes não tivessem importância e não contribuíssem para o desenvolvimento da sociedade.

Para nos ilustrar o caráter excludente da educação brasileira Moysés & Collares (2014, p.49) apontam que:

Nos anos 2000, a Educação brasileira estava entre as cinco piores do mundo. Em 2005, 46% dos ingressantes concluíam o ensino fundamental e 27% das crianças eram reprovadas na 1ª série. (...) A desigualdade de acesso e oportunidades era escancarada pelos dados de conclusão do ensino médio: 58% entre brancos versus 37% entre negros, 77% entre os 20% mais ricos versus 24% entre os 20% mais pobres.

Em números, parece evidente que a política educacional brasileira foi se mostrando naturalmente excludente, o que favorece a ideia de que o fracasso escolar se encontra na população economicamente menos favorecida como algo natural, inclusive. Neste sentido, essas autoras produzem uma aproximação muito interessante: o fracasso escolar, muito discutido nas últimas décadas, possui também um caráter medicalizante, na medida em que, ao se estabelecer algum inconveniente na aprendizagem do aluno, há a culpabilização deste aluno como único responsável pelo seu não-aprender. Isto acontece, pois, o fracasso passou a ser observado como uma questão de cunho essencialmente biológico, como bem afirmamos anteriormente.

Moysés & Collares (2014, p. 51) ainda afirmam que: “Esta escola, historicamente produtora de fracassos, também é historicamente atravessada por processos medicalizantes, construídos e construtores de preconceitos. Uma instituição medicalizada, adoecida e adoecedora desde seu início”. Ou seja, exclui-se o fato da má qualidade do ensino público oferecido, assim como, as muitas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia da população de baixa renda e coloca-se a culpa do não-aprender na natureza dos indivíduos. Isto soa como se houvesse um destino a cada pertencente das classes mais baixas. E como bem complementa Patto (1984, p.117):

Ao psicólogo tem cabido diagnosticar as supostas deficiências psicológicas

do marginalizado. Uma vez feito esse diagnóstico, o psicólogo procura, através de um trabalho solitário ou de equipe, direto ou de consultoria a profissionais da educação, os meios psicopedagógicos para promover a integração do marginalizado à chamada cultura de classe média, caminho único de sua redenção, segundo os adeptos da teoria da marginalização cultural.

A lógica da política educacional pública não se encontra, portanto, na ideia de modificar o ensino oferecido aos alunos da rede pública ou, quem sabe, em qualificar os professores de acordo com saberes e práticas que a própria pedagogia pode proporcionar. Não se preocupam também com o aperfeiçoamento dos profissionais como um todo, assim como em oferecer um salário que condiga com seus afazeres.

Entretanto quando se postulam em relação à modificação dessa rotina que tem levado ao fracasso, há um pensamento majoritário em oferecer apoio com instruções médicas aos profissionais da educação, como podemos observar através de exemplos práticos reais. O primeiro deles é através do que Collares & Moysés (2014, p. 61) nos apontaram com o que o Estado de São Paulo realizou através de “um curso de especialistas com o objetivo de treinar professores para identificarem alunos com dislexia e TDAH”. Da mesma forma, tivemos acesso a uma cartilha distribuída pelo governo do estado de Minas Gerais no ano de 2012 intitulada como “*Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH: orientações aos professores da rede estadual de ensino do estado de Minas Gerais*”. Essa cartilha foi uma alternativa que a secretaria de educação desse estado trouxe como proposta para a diminuição dos problemas enfrentados pelos professores em sala de aula. A cartilha traz exemplificações de passo-a-passo que devem ser seguidos pelos professores, ao identificarem alunos com o TDAH. Nesta cartilha podemos observar já em sua introdução, trechos que contêm os seus objetivos, tais quais:

- Difundir informações médicas e sociais dos efeitos causados pelo Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDA/H para os professores da rede estadual de ensino do Estado de Minas Gerais;
 - Difundir informações sobre como identificar os alunos com TDA/H na sala de aula;
 - Informar sobre quais estratégias pedagógicas geram maior e melhor resposta de aprendizagem de alunos com TDA/H;
 - Orientar os professores para que sua adequada atuação na sala de aula e no ambiente escolar possa melhorar as respostas educacionais do aluno com TDA/H;
 - Orientar pais e familiares para um melhor convívio familiar.
- (MINAS GERAIS, 2012, p. 5)

Como primeira linha crítica, já deixamos claro que, defendemos com esse trabalho, que o professor não deve ter a função de identificar possíveis transtornos em sala de aula. Já nos parece bastante trabalhosa toda prática relativa ao ensino, que é sua tarefa-fim. É claro que, ao observar comportamentos diferentes, o professor tem o direito de acionar os pais para algum tipo de trabalho em conjunto com a família, pois aquele aluno pode estar menos atencioso ou mais agitado em sala por estar passando por problemas familiares comuns, não necessariamente detentor de um transtorno.

Neste sentido, observamos que mesmo que alguns – poucos – pontos dos objetivos dessa cartilha pareçam aptos a trazer informações desmedicalizantes, folheando suas primeiras páginas logo podemos notar para quê veio: “O TDA/H não é um transtorno psicológico, mas de origem neurobiológica, portanto há medicamentos específicos que podem ajudar” (MINAS GERAIS, 2012, p.6). Ou seja, o enfoque neurocientífico sobre o transtorno é ofertado para que os professores reconheçam o que a ciência tem a dizer disso. Sendo assim, enfatiza-se a noção de que o saber-poder médico poderá auxiliá-los mais do que suas próprias práticas, nesse sentido, se apoiam na ideia de que este é um problema puramente biológico. Dentre outras muitas frases preocupantes uma se sobressai:

Sabe-se que um número significativo de crianças em idade pré-escolar que serão diagnosticados com o TDA/H, após os 6 ou 7 anos, já apresentam sinais típicos. O que fazer? Essa criança em idade pré-escolar, que apresenta tais sinais deverá ser encaminhada a serviços especializados para avaliação médica (psiquiatra e/ou neuropediatra) com o objetivo de esclarecer o diagnóstico, avaliar a necessidade de exame médico ou da prescrição de algum medicamento e encaminhamento para o atendimento psicológico da criança e orientação aos pais, orientação aos professores, algum tipo de terapia e se for o caso o uso de algum medicamento **potencialmente benigno** para esta faixa de idade. (MINAS GERAIS, 2012, p.17 – grifos nossos)

Isto significa que o Estado oferece meios para que se medicalize, inclusive, crianças que ainda não despertaram seus comportamentos enquanto “TDA/H”. Ou seja, transformam as inúmeras maneiras de ser/agir das crianças para que se adequem a uma regra meramente subjetiva, antes mesmo de despertarem qualquer tipo de “sinal”, o que evidencia seu caráter preventivo. E, ao professor, é conferido mais uma ocupação: o poder de diagnóstico de distúrbios escolares. O que percebemos com isto é que o saber-poder médico moderno ainda se encontra muito perpetuado na atualidade. Porém, seguimos concordando com Moysés (1992, p. 31) que afirma que a ciência médica pode auxiliar o sistema educacional na medida em que se evidencia com um teor desmedicalizante. “É esta a contribuição real que a

Medicina pode oferecer à Educação a respeito deste assunto: a desmistificação de explicações simplistas e simplificadoras do fracasso escolar.” Ou seja, é necessário que essa lógica medicalizante seja desconstruída nas vivências e movimentos educacionais. Essa desconstrução deve vir, inclusive, por parte do saber-poder médico – e, incluímos aqui, além dos profissionais da medicina, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros muitos especialistas que se aproximam do âmbito escolar a fim de normatizarem formas de ser/existir.

Se é mito a relação entre problemas de comportamento e fracasso escolar, é real o comportamento reativo das crianças a situações agressivas, cruéis, como as que ocorrem na escola de periferia. Se os distúrbios de aprendizagem são mito, os distúrbios do processo ensino-aprendizagem são reais. O mito do fracasso escolar como questão médica atua sobre a realidade distorcendo-a, deformando-a, criando a sua própria realidade; um real artificial e construído que, por sua vez, se transforma na "comprovação empírica e científica" do próprio mito. (MOYSÉS, 1992, p. 31)

Neste sentido, acreditamos que os diagnósticos e doenças de cunho normativo – que estão atrelados ao fracasso escolar – não possuem uma essência biológica. Mas que são possibilitados em existir, pois, há aparatos sociais que os sustentam. Portanto, podemos concluir que o que permeia a existência do fracasso escolar se localiza a nível social, e não individualizante/biológico, assim como, se encontra disposto nas relações, nos processos e nos métodos.

As novas práticas para lidar com as questões que surgem neste ambiente, trazendo uma alternativa para a diminuição do fracasso escolar, não parecem algo simples de se construir, inclusive, pois os profissionais que partilham desse espaço ainda contêm traços relativos à medicalização dos corpos, muito presentes. Podemos perceber em Patto (1984) que, neste sentido, não há como culpabilizar prioritariamente os professores por estratégias que têm culminado ao fracasso, assim como as medicalizações recorrentes no âmbito escolar. Ocorre que, questões organizacionais como a gerência da instituição, bem como, considerando mais além, as relações sociais que tanto a escola, como os indivíduos que compartilham dela estão inseridos, está fortemente relacionado com este assunto. “A imposição, a falta de comunicação, o predomínio da burocracia sobre as relações humanas diretas e vivas são características nada casuais, do sistema escolar como um todo; são estas características que garantem o controle” (PATTO, 1984, p.143). Ou seja, a falta de discussão sobre a construção e perpetuação da medicalização escolar, assim como também do fracasso escolar, ocorre tão somente para a confirmação da mesma.

Toda essa discussão nos permite concluir que a desconstrução da medicalização é possível através da resistência aos saberes instituídos, bem como a reinvenção de enfrentamento dos problemas que surgem na instituição escolar. Porém, reconhecemos as grandes dificuldades que encontramos pelo caminho, pois além dos médicos, outros profissionais como professores e psicólogos, bem como a família, instituição muito próxima a escola, perpetuam o ideal medicalizante. Compreendemos, no entanto, que isso não se dá tão somente pelo modelo cultural que nos trouxe até aqui. Há inúmeras forças que investem e estão interessadas em construir transtornos que nos mostram como somos suscetíveis a diferentes doenças.

Neste capítulo expomos por alto o TDAH, transtorno normativo muito comumente observado nas escolas brasileiras, bem como um dos que mais vem crescendo nessa instituição. Mas a questão que fica é: Como esse tipo de transtorno normativo, em essência, é tão vastamente disseminado pela sociedade ainda na atualidade? E é por esse caminho que percorreremos no próximo capítulo

3 PRODUZINDO CORPOS ÚTEIS:

3.1 QUANDO A PADRONIZAÇÃO PRODUTIVISTA DISCIPLINAR/BIOPOLÍTICA E OS DESEJOS CONSUMISTAS CAPITALISTAS SE ENCONTRAM

No capítulo anterior discutimos sobre como a medicalização da vida perpassa pelo ser infantil através da instituição escolar para desenvolver corpos dóceis e úteis para a sociedade, bem como sobre os processos que despertam a produção do fracasso escolar e a naturalização do não-aprender. Nesse sentido, apresentamos o diagnóstico mais comum no panorama atual oferecido às crianças no sistema escolar: o TDAH. Sendo assim, nos parece pertinente discutir sobre outras particularidades que permeiam esse diagnóstico, inclusive sobre o manual em que se encontra disponível. Também é nosso objetivo compreender o que se encontra por de trás de cada identificação de transtornos normativos como aquele.

Sendo assim, voltaremos um pouco na história para contextualizar essa problemática. Retornaremos, então, ao período do desenvolvimento da sociedade moderna. Durante esse momento podemos constatar o movimento que o Biopoder traz consigo de uma sociedade apta e produtiva – como já bem citado no primeiro capítulo deste trabalho. Junto a ele, o capitalismo cresce com muita potência nessa sociedade, o que torna ainda mais possível a reafirmação da medicalização da vida, assim como Moysés & Collares (2014, p. 25) nos apontam:

Com o advento da medicina moderna, ela se atribui a tarefa de legislar e normatizar o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é. Quase “naturalmente”, passa a legislar também sobre os critérios para identificar, segregare e silenciar (de diferentes maneiras) os que afrontavam as normas sociais.

A partir da década de 1950 podemos observar que, para além dessa lógica de padronização produtivista que se inicia na modernidade, outros atrativos são desejados através do desenvolvimento dos ideais de medicalização da vida (SILVA, et. al., 2012).

Essa década citada acima foi considerada um grande marco que possibilitou a denominada revolução técnico-científica. Esse novo movimento procurava modernizar a produção, construindo novas tecnologias com a finalidade de maior obtenção de lucros. Nessa mesma época, eclode também o que alguns autores denominam de “revolução psicofarmacológica”, que, inclusive, abriu espaço para uma maior credibilidade no campo da

psiquiatria por trazer pesquisas científicas para esse espaço (SILVA, et.al. 2012).

Sendo assim, com o desenvolvimento do capitalismo na sociedade bem como com essas revoluções eclodindo, foi possível o crescimento da Indústria Farmacêutica (IF) (SANVITO, 2012). Nesse sentido a IF se desenvolve a partir dos legados da nova lógica social moderna corroborando todo o movimento de disciplinarização e padronização dos corpos, mas com o intuito principal de obtenção de lucros com o grande capital envolvido na formulação de medicamentos. Ou seja, um diagnóstico é criado para que o corpo individual esteja apto aos desejos do Estado, o que possibilita o desenvolvimento de algo como a Indústria Farmacêutica, que se encarrega pela criação de medicamentos para suprir esse desejo.

A General Motors vende carros, a Anheuser-Busch vende cerveja, a Apple vende computadores, os cartéis de drogas vendem cocaína e os fabricantes de remédios vendem comprimidos, todos pela mesma razão: gerar o maior lucro possível. Sua rentabilidade depende de aumentar o tamanho do mercado e as margens de lucro em cada venda. (FRANCES, 2016. p.52)

Ou seja, com essa afirmação constatamos que para o bem-estar financeiro da IF novos produtos precisam ser inseridos no mercado, assim como novos sujeitos devem iniciar sua adesão e eles, o que dificulta afirmar a real importância de certos medicamentos assim como de alguns diagnósticos.

Sobre a legitimidade dos medicamentos para os diagnósticos oferecidos, podemos observar que há muitos caminhos que nos apontam certas irregularidades. Há um grande investimento tanto de tempo quanto de capital para que os médicos receitem e recomendem a utilização contínua de produtos de determinada indústria. Sobre o investimento do Marketing da IF, Sanvito (2012, p.348) comenta que:

O marketing da IF pode ser feito por diferentes canais: 1) propaganda direta ao consumidor através dos meios de comunicação (mídia impressa, rádio, televisão, internet etc.); 2) propaganda boca a boca aos médicos, em seus consultórios ou nos hospitais; 3) anúncios em publicações médicas e não médicas; 4) matérias na imprensa leiga, veiculando assuntos de interesse da IF; 5) merchandising – propaganda de modo ostensivo ou subliminar de um produto – expediente muito utilizado em filmes ou telenovelas; 6) financiamento de encontros, simpósios ou congressos médicos pelo Complexo Médico Industrial (CMI) e aqui é a arena ideal para a manipulação de jovens médicos pelos formadores de opinião, que são os palestrantes patrocinados pela IF. Nesses eventos são apresentados os trabalhos financiados e balizados pela IF. Mesmo periódicos médicos de alto impacto recebem trabalhos financiados e controlados pela IF.

Ou seja, podemos concluir que a Indústria Farmacêutica se utiliza mais de manipulações através de seu marketing do que de comprovações do funcionamento real de seu produto o que sugere que nem sempre o que é recomendado para algum tipo de tratamento, o é pela garantia de sua eficácia. Frances (2016, p.52) vai ainda mais além e afirma que: “Uma persistente, penetrante e bem-financiada campanha de ‘conscientização para a doença’ pode criar uma enfermidade onde antes não havia nenhuma”. O que nos evidencia a clara ambição financeira envolvida nessa Indústria.

Não estamos, nesse trabalho, descartando o êxito que determinados medicamentos têm para algumas doenças, mas denunciando o que o interesse financeiro produz na nossa sociedade através da medicalização da vida. Somamos o interesse financeiro ao ideal normatizador/produtivista e temos como resultado inúmeras patologias e psicopatologias com medicamentos prontos a acabar com a doença instalada.

Ocorre que podemos observar alguns pontos cruciais para apontar as falhas dessa soma. O problema desponta, então, quando tanto o diagnóstico quanto o medicamento passam a ter uma função, basicamente, normatizadora servindo para enquadramento social. O que resultaria no aumento do número de pessoas com determinadas doenças, já que todos nós estamos sujeitos a comportamentos fora dos padrões estabelecidos, ainda mais nos servindo com a definição de saúde oferecida pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Essa organização afirma que saúde não é apenas a ausência de enfermidade, mas estar completamente confortável fisicamente, mentalmente e socialmente. Nesse sentido, podemos afirmar que toda a população se encontra passível de uma doença a qualquer instante, já que nos parece muito distante a ideia de completo bem-estar a todo momento, o que consideramos excessivamente positivo para os desejos da IF.

Além disto, compreendemos que em algumas situações o medicamento produzido servirá para tratar a doença, mas não a sua causa. Soa mais como um paliativo. Na maior parte dos casos, se atentar apenas a um remédio sem que haja modificações nas atitudes do cotidiano, a doença poderá voltar inúmeras vezes após findo o tratamento medicamentoso. Por exemplo, uma pessoa que se encontra com febre consome antitérmicos para melhorar seu estado, porém se mantiver os mesmos hábitos que o levaram a estar febril, ele voltará a estar doente e, assim, investirá novamente em mais medicamentos.

Em relação às doenças psíquicas, é comum observarmos pacientes que levam uma vida inteira dependente do tratamento medicamentoso, pois, de certa forma, a lógica

produtivista e a ganância capitalista impedem que o saber médico predominante não possua muitas alternativas quanto ao rotular o sujeito que se encontra enfermo, medicalizando-o.

Podemos conferir em Sigmund Freud ([1909] 1996, p.128) uma afirmação curiosa no que diz respeito à lógica medicalizante do funcionamento psíquico: “Parece-me que nos concentramos demais nos sintomas e nos interessamos muito pouco por suas causas”. Essa afirmação nos aponta a preocupação de Freud frente aos seus contemporâneos médicos psicanalistas – mas até mesmo na atualidade podemos encontrar alguns que ainda partilham desta mesma lógica. Ele reconhece que os sintomas podem ser facilmente observados por um analista treinado, porém isso não significa que é, da mesma maneira, facilmente diagnosticável. Inclusive, no texto “*Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*” ([1909] 1996) ele nos aponta quão seria um grande erro diagnosticar o indivíduo a partir de suas primeiras impressões, em poucos encontros, pois os sujeitos nos demonstram inconstância nas atitudes e nas palavras, ou seja, as subjetividades destes estão em contínua instabilidade. Tal afirmação nos aponta que para doenças psíquicas o cuidado deve ser redobrado quando nos dispomos a realizar algum diagnóstico, haja vista a oscilação da psiquê dos sujeitos.

Ou seja, ao diagnosticar um indivíduo estamos concedendo a ele uma resposta a seu problema emergente. Isso, de certa forma, pode soar como uma aquietação para o sujeito que, em tese, teria um passo a passo a seguir que o fizesse voltar à norma, ou como Frances (2016, p. 59) afirma: “Encontrar padrões ajuda a separar experiências desordenadas em unidades administráveis – ter um nome ou uma explicação inexatos ou incorretos para o transtorno mental é melhor do que não ter nenhum”. Ou seja, o sujeito se contenta mais em ter uma resposta para o que ele acredita ser um problema, do que não ter nenhuma, pois neste sentido, não haverá nada para ancorar a culpa e, de certa forma, culpabilizar uma doença por algo que não nos confortamos parece mais conveniente do que aceitar o erro em nós.

Em se tratando de saúde mental, as situações não parecem tão simples de serem manejadas. Alguns medicamentos também não possuem tamanha certeza quanto a sua eficácia, assim como, em sua maioria, possuem efeitos colaterais fortes, o que poderia causar graves danos à saúde do sujeito. Como, por exemplo, no caso da Ritalina – medicamento receitado para tratamento do TDAH (MEIRA, 2012). Por este motivo é tão importante que se recorra ao que ocasionou a situação em que a pessoa se encontra, o que não aparenta ser tarefa simples devido tamanha resistência dos sujeitos.

O que acontece, porém, é que devido às relações de poder que constroem um ideal de

norma e controle, a medicalização dos corpos passa a ser referência para a cientificidade do saber médico. A realidade é que grande parte dos profissionais da medicina se utilizam de um discurso medicalizante, pois creem – ou talvez nem tanto – que os medicamentos possam solucionar os males da existência (VERAS, 2014).

Sendo assim, o indivíduo – integrado nesse sistema capitalista/produtivista – tende a desenvolver a construção de uma nova subjetividade, passando a ser, além de doente, consumidor inserido no sistema medicamentoso que, por sua vez, passa a lucrar cada vez mais.

3.2 ENTRE A LÓGICA PRODUTIVISTA E A CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DIAGNÓSTICOS

“O homem é um animal que nomeia – não conseguimos deixar de pôr um rótulo em tudo o que vemos” (FRANCES, 2016, p.59)

Quando pensamos em discussões médicas e diagnósticas no que tange as problemáticas de cunho neurológico/mental, logo nos vem à memória instrumentos como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), utilizado atualmente como base para a realização de diagnósticos mais adequados dos transtornos mentais. Porém, sua estrutura e organização vêm sendo muito questionada com o passar dos tempos, inclusive pelo próprio líder da equipe que produziu e publicou o DSM-IV, Dr. Allen Frances.

Como uma das críticas ao DSM, primeiramente gostaríamos de expor que há uma linha muito tênue entre a concepção de normalidade e anormalidade, que é a base para a construção dos diagnósticos apresentados nesse manual. Essa diferenciação se encontra em um nível muito mais social do que biológico. A justificativa para essa afirmação se clarifica quando compreendemos que, em determinadas sociedades, assim como em determinadas épocas, certas formas de agir que hoje encontramos medicalizadas, por exemplo, eram observadas por outro viés, como Foucault (1978) afirma ao discutir sobre o desenvolvimento da loucura. Este autor aponta que na sociedade da Idade Média o sujeito “louco” era considerado um indivíduo mais sábio e visionário. Em sua obra “*A História da Loucura na idade clássica*” podemos observar os vários movimentos que incidem sobre a concepção da loucura até nos depararmos com a ideia atual de loucura atrelada à doença e à necessidade de tratamento médico.

Frances (2016, p. 39) também faz uma importante afirmação nesse sentido: “A compulsão alimentar já foi considerada um pecado; deve agora ser um distúrbio psiquiátrico?”

Os lapsos de memória da velhice são uma doença ou somente idade avançada? Fazer sexo com adolescente é apenas um crime ou também sinal de loucura?” Ou seja, essas discussões se aproximam demasiadamente a conceitos puramente sociais.

Nesse mesmo sentido, Sanvito (2012, p. 348) também aponta para as distinções entre o que pode ser considerado doença e o que não pode, considerando as armadilhas criadas também pela Indústria Farmacêutica.

Mas, a fabricação de síndromes prospera principalmente na Psiquiatria: fobia social (que é a prosaica timidez – é doença?), depressão recorrente breve, transtorno generalizado da ansiedade, síndrome do pânico (diagnóstico superestimado), déficit de atenção (diagnóstico superestimado), viciado em sexo, compulsão para jogar, para comprar, doença bipolar (diagnóstico superestimado), transtorno da disforia pré-menstrual (?). E cada uma dessas doenças (ou pseudodoenças) tem um míssil farmacológico para fulminá-la. A bíblia da psiquiatria: o DSM [...] sempre vem mais encorpado. Inventaram também a tal menopausa masculina (andropausa): fadiga, libido rebaixada e depressão. Receitar testosterona é preciso. Parece que a diminuição das taxas da testosterona, após os 50 anos de idade, protege contra o câncer de próstata.

Considerado que a IF aplica grande investimento para que as categorias diagnósticas sejam bem recebidas, alguns fatos devem ser omitidos para que todas essas construções possam ser reconhecidas. Acontece que a realidade nos aponta para o fato de que a própria psiquiatria não consegue se alicerçar em estudos científicos e biológicos para definirem a anormalidade e, portanto, se firmar nas construções de diagnósticos psiquiátricos, como aponta Frances (2016, p.32):

As novas e poderosas ferramentas da biologia molecular, da genética e da imagiologia ainda não levaram a testes laboratoriais de doenças como demência, depressão, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno obsessivo-compulsivo ou qualquer transtorno mental. A expectativa de que os transtornos fossem explicados por um simples gene, neurotransmissor ou circuito revelou-se ingênua e ilusória.

Acreditamos que a construção de um manual que pudesse auxiliar os médicos a realizarem um diagnóstico preciso parece interessante para que os sujeitos não sofram com diagnósticos inadequados, porém muitos pesquisadores da área têm apontado para as consequências que o mal-uso por parte dos profissionais da saúde, assim como problemas relacionados a sua própria elaboração têm causado (FRANCES, 2016; LIMA, 2016; VERAS, 2014). Sendo assim, há uma grande responsabilidade por parte da equipe de profissionais que

constroem o DSM para chegar a um consenso e concluir quais são os limiares que determinam uma doença mental.

Nas próximas linhas abordaremos um pouco sobre a história deste manual e suas implicações. É interessante que se perceba que cada edição lançada retrata o momento histórico pelo qual a psiquiatria passa.

3.2.1 *O DSM e suas muitas (trans)formações*

Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, através de suas pesquisas científicas relacionadas à hereditariedade, possibilitou uma base para a construção de manuais diagnósticos, já que postulou alguns métodos para a realização de diagnósticos que poderiam ser padrões. De certa forma, seu modelo teve grande aceitação por parte da psiquiatria europeia (FRANCES, 2016; BURKLE, 2009).

No entanto Kraepelin tinha um grande ponto cego: ele era um médico hospitalar e nunca atendeu um paciente ambulatorial. Sua concepção de psiquiatria era formada por e restrita àqueles doentes o bastante para necessitar de um longo confinamento, e sua classificação não tinha os nichos apropriados para a maioria das pessoas diagnosticadas hoje em dia. (FRANCES, 2016, p.84)

Esse fato nos evidencia, que a pesquisa construída por Kraepelin visava classificar, através de diagnósticos, apenas pacientes que sofriam com algum distúrbio grave. Contudo a primeira versão de fato do DSM² fora lançada cunhada a partir de outro importante psiquiatra. Isso ocorreu, pois ao mesmo tempo, a psicanálise, que sofria grande ascensão, postulava que, além dos pacientes graves, outros sujeitos com doenças consideradas “não tão graves” precisavam de apoio. Nesse sentido, as guerras mundiais que ocorriam simultaneamente a esses movimentos, auxiliaram a consolidação do modelo psicanalítico. “As classificações existentes, formuladas para pacientes hospitalizados em situação grave, não serviam à tarefa de diagnosticar o que afligia as tropas” (FRANCES, 2016, p. 86). Nesse sentido, houve uma grande necessidade de se postular um manual que pudesse dar conta também desses casos que não eram considerados a partir apenas da “condição genética”.

A psiquiatria da primeira metade do século XX, além de sofrer influência da psicanálise, começou a sofrer diversas outras mudanças. Parte destas

² É importante pontuar que o DSM é um manual essencialmente americano, apesar de ser reconhecido mundialmente.

mudanças deveu-se ao surgimento de diversos tratamentos biológicos para a doença mental, dentre eles a malarioterapia, a lobotomia, a introdução da clopromazina e do citrato de lítio, culminando na criação dos psicofármacos, em 1952. Porém grande parte delas foi provocada pelo fim da segunda guerra mundial, em 1945. (BURKLE, 2009, p. 35-36)

Percebendo o contexto histórico, compreendemos a importância e a necessidade de se criar um manual que pudesse estar presente não somente nas instituições para “insanos”, mas também a todos os sujeitos que tivessem doenças “menos graves”. Coincidentemente, a criação do DSM-I se deu no mesmo ano do desenvolvimento de psicofármacos, em 1952. E, como já bem exposto anteriormente nesse trabalho, reconhecemos todas as condições que se encontram encobertas nesse movimento da criação desse tipo de medicamento. Essa primeira edição do manual teve como referência as pesquisas de Adolf Meyer. Seus ideais se aproximavam da lógica psicanalítica, o que caracteriza a importância atribuída a dicotomia entre neurose e psicose nesse primeiro volume (BURKLE, 2009; DUNKER & NETO, 2011). A ideia da criação de um manual surgiu, além das urgências citadas acima, como uma necessidade de criar um acordo terminológico entre os médicos psiquiatras sem se preocupar, no entanto, com a clara separação entre o normal e o patológico. De acordo com Burkle (2009), esse volume contava com cerca de 106 distúrbios classificados.

Seu segundo volume foi lançado no ano de 1968 com 182 diagnósticos relacionados. Esse volume foi alvo de algumas críticas que incidiram sobre sua confiabilidade, já que não parecia ter classificações diagnósticas muito precisas, podendo enquadrar um mesmo sujeito em diversos tipos de patologias, o que diminuía sua legitimidade científica. Esse volume ainda contava também com muitos pressupostos psicanalíticos, o que demonstra a grande afinidade que as duas primeiras edições apresentavam (BURKLE, 2009). Também pela falta de confiabilidade, os dois primeiros volumes não foram amplamente utilizados.

Algumas outras polêmicas sociais também perpassaram pela história da construção do DSM. A segunda edição contava com a inclusão da homossexualidade como patologia, o que gerou grande revolta por parte dos ativistas gays. “A associação entre histeria e feminilidade ou homossexualidade e perversão é exemplo de que o manual representaria a realização institucional referendada pelo Estado e articulada aos seus dispositivos educacionais, jurídicos e de pesquisa para repressão política” (DUNKER & NETO, 2011, p. 614). Nesse caso é possível perceber como, já em seu segundo volume, o manual começa a ser questionado como instrumento de caráter normativo. Também podemos observar, a partir do exposto, como o processo de construção dos diagnósticos não pareciam ser tão seriamente conclusivos.

Compreendendo a necessidade de uma formulação de um novo manual para resgatar o poder-saber médico que se encontrava, nesse momento, distante da especialização psiquiátrica, em 1975, Robert Spitzer, importante psiquiatra estadunidense, fora chamado para conduzir as pesquisas para uma nova edição do DSM. Spitzer foi criador de um método que padronizava as realizações dos diagnósticos. A partir desse método, foi constatado que: “os classificadores alcançavam um grau razoavelmente bom de concordância se fizessem as mesmas perguntas e usassem o mesmo roteiro ao ir das contagens de sintomas ao diagnóstico” (FRANCES, 2016, p.88).

Logo então, no ano de 1980, foi publicado o DSM-III. Esse volume contava com a ruptura da hegemonia psicanalítica nas classificações dos diagnósticos e, no entanto, se aproximava ao modelo biológico-científico, apesar de, a partir dessa versão, buscarem um caráter ateuórico de diagnóstico (RESENDE, PONTES & CALAZANS, 2015). Por conta dos novos métodos construídos, Frances (2016, p. 46) observa que este é “[...] simples e eficaz. A descrição do transtorno do manual é acompanhada por um conjunto de critérios que enumera em termos bastante precisos quais sintomas o definem, quantos devem estar presentes e a duração necessária”. Ou seja, o diagnóstico a partir de então, deveria ser realizado apenas se o sujeito tivesse constância em determinados sintomas. O que caracterizaria a diminuição de pessoas erroneamente diagnosticadas. Foi também durante o período da criação do terceiro volume que a produção de psicofármacos sofreu grande expansão. Inclusive os responsáveis pelas pesquisas desses fármacos começavam a aplicar quantias absurdas para o desenvolvimento de novos medicamentos psiquiátricos e, além disso, é possível afirmar que a grande repercussão pela sociedade do vocabulário desse manual se deu por conta do lançamento do Prozac, medicamento antidepressivo lançado em 1988 e amplamente utilizado por diversas categorias da sociedade (BURKLE, 2009). A importância da criação de novos medicamentos se mostrava aparente na medida em que o número de transtornos também aumentava a cada manual lançado, pois no DSM-III era possível encontrar 265 diagnósticos, quase 90 a mais que o seu antecessor.

Frances (2016, p. 91) ainda afirma que “defensores dos modelos psicológico ou social sentiram-se preteridos do jogo e sofreram uma constante perda de status e influência desde a publicação do DSM-III”. Essa afirmação nos possibilita concluir que a aproximação dos profissionais da psicologia ao modelo biológico-científico foi algo proporcionado também por essa perda de status. Fica claro que, aproximando a clínica psicológica a esse modelo, muito mais sujeitos se aproximarão dos profissionais da psicologia, já que esta possuiria certa

sustentação científica. O que ocorre, porém, é que “a abordagem simplista do manual era absolutamente necessária para que os psiquiatras concordassem no diagnóstico – mas parecia deixar de fora quase tudo o que havia de mais interessante no paciente” (FRANCES, 2016, p. 91). Ou seja, perdendo a sensibilidade da psicologia, tudo o que resta são padrões observáveis e manifestos, mas a condição singular de cada sujeito, o que se encontra latente, possivelmente não se terá acesso apenas a partir desses diagnósticos.

Podemos perceber que o DSM-III tinha como característica a hierarquização entre os transtornos mentais no sujeito. Ou seja, se um sujeito poderia apresentar diversos diagnósticos a partir de seu comportamento, o psiquiatra deveria observar qual traço parecia mais evidente, pois o que mais se sobressaísse, seria o transtorno real daquele indivíduo, já que na concepção desse manual, um sujeito não poderia possuir dois transtornos concomitantemente. Ocorre que em 1989, foi lançada uma revisão deste último manual, sendo chamado de DSM-III-R, que romperia com essa noção de hierarquização, ou seja, nesse novo manual revisado mais de um transtorno poderia ser encontrado em um único paciente. Acreditamos que a Indústria Farmacêutica pode ter grande influência para esse novo método de diagnóstico, haja vista a possibilidade de aumento de consumo de medicamentos, já que se aumentaria também o número de transtornos em um único paciente. O DSM-III-R também trouxe o rompimento completo com o termo “neurose”, de origem psicanalítica, assim como alguns diagnósticos a mais, totalizando 292 distúrbios.

Já com 374 categorias diagnósticas, como afirmou Burkle (2009), o DSM é lançado em seu quarto volume no ano de 1994. O DSM-IV não sofreu significativas alterações quando comparado ao seu antecessor. As pesquisas para o lançamento desse manual foram elaboradas a partir da ideia de que para editar algum texto dele seria preciso que houvesse pesquisas científicas concretas e convincentes que alegassem tal necessidade. A equipe acreditava que essa medida conteria a inflação diagnóstica, na medida em que só se incluiriam novos diagnósticos, caso fosse realmente preciso. Porém, posteriormente foi percebido que para excluir um diagnóstico já existente, a barreira imposta pela equipe funcionava muito bem. O próprio Allen Frances, psiquiatra que comandou as pesquisas do DSM-IV fez um balanço sobre os dois lados, positivo e negativo, de sua edição:

O lado positivo: fizemos muito poucas mudanças, desenvolvemos e implementamos um escrupuloso método de revisão científica, tornamos a redação e a codificação do manual mais precisas e cometemos apenas um erro óbvio. O lado negativo: nossas mudanças contribuíram de maneira direta para as falsas epidemias de autismo, déficit de atenção e transtorno

bipolar adulto; não fizemos nada para evitar o sobrediagnóstico de vários outros transtornos que foram dilatados pelos fabricantes de remédios[...]" (FRANCES,2016, p.101)

No ano de 2000 houve o lançamento do DSM-IV-TR (Texto Revisado) que não contou com significativas mudanças em relação ao anterior. Burkle (2009) afirma que a proposta dessa revisão foi elaborada para que houvesse um preparo sutil para o lançamento do DSM-V.

O DSM-V é a versão do manual atualmente utilizada e, como aponta CAPONI (2014, p. 742):

Diversas vozes mostraram sua oposição a esta nova edição de um manual que, repetindo o modelo das versões anteriores, apresenta grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais.

Dessa forma, percebemos que não houve muita alteração desde o DSM-III em relação aos caminhos medicalizantes que esse manual percorre quando desconsidera as histórias e narrativas do paciente enquanto que valoriza sintomas com quantitativos de recorrência dos mesmos para avaliar um indivíduo em sua complexidade subjetiva. E, assim como Frances (2014) acreditamos que, para não cairmos nas armadilhas forjadas por manuais como o DSM, temos de estar conscientes de seus perigos. Ou seja, é na consciência de sua imprecisão diagnóstica que o sujeito, ao utilizar o manual, pode caminhar no sentido oposto ao das medicalizações.

O que podemos perceber com essa breve localização histórica que introduzimos sobre o DSM, é o recorrente número de novas patologias que vem crescendo cada vez mais, ao passar dos anos. Atualmente, contamos com a versão do DSM-V, lançado em 2013. Além de incluir novos distúrbios, este último volume alterou algumas formas de se obter o diagnóstico, facilitando, assim, a patologização do indivíduo. Sobre o intenso aumento de diagnósticos Decotelli et al. (2013 p. 451) comentam que:

Para que a medicalização e a intervenção especialista se justifiquem, faz-se necessária a criação de patologias que deem nome aos desvios, à diferença, à desobediência das normas, afirmando-se o que é ser normal. Dessa forma, é possível a captura do viver pelo discurso biomédico. As patologias são tornadas visíveis para que se inviabilizem as formas consideradas desviantes de vida no existir atual.

Podemos então assegurar que a cada novo DSM que é apresentado, novas patologias são introduzidas e novas formas de se diagnosticar, até mesmo, antigas patologias também são reconsideradas. O que observamos através desse trajeto histórico são os desenvolvimentos de novas formas de se enquadrar o sujeito em determinadas nomenclaturas para que este se “normalize” a cada pequena “ação desviante”. Podemos perceber ainda que os tratamentos que antes eram reservados apenas aos casos mais graves, na atualidade podem ser oferecidos a todos. “A maioria das pessoas normais tem, no mínimo, sintomas leves e transitórios (isto é, tristeza, ansiedade, insônia, disfunção sexual, uso de substâncias tóxicas) eventuais que podem ser facilmente confundidos com transtornos mentais” (FRANCES, 2016, p. 51). E é essa confusão que torna os diagnósticos contidos no DSM mais acessíveis. Isto se torna ainda mais problemático quando percebemos que essa normatização diagnóstica ocorre desde a infância. É como se criássemos nossas crianças para poder reproduzir o discurso normalizador. E, mais ainda, é como se inseríssemos na realidade infantil todo esse discurso para que as crianças possam perpetuar, de certa forma, a questão da “auto-insuficiência” do sujeito adulto, o qual precisa de tratamentos medicamentosos para conseguir se adequar ao consenso “normal” diante dos problemas que sua vida lhe gere e que, até mesmo, a própria sociedade lhe cobra.

Com o exposto, podemos concluir que o DSM é frequentemente utilizado como um manual que tende a observar no sujeito certos modos de vivência que fogem a regra biopolítica considerada padrão para poder, então, intervir através de medicamentos e, mais ainda, através da medicalização. Esta questão se relaciona com a vida infantil na medida em que podemos observar, mais intimamente, dentro das escolas, a grande propagação de diagnósticos normativos e do uso de drogas para controle e obediência, como por exemplo, a Ritalina, que quando receitada, comumente decorre atrelada ao diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), encontrado como categoria no DSM. Para Legnani & Almeida (2008) o que norteia o alto índice deste diagnóstico, é uma compreensão predominante naturalista/biológica do psiquismo humano. E que, clinicamente, pode sofrer influências negativas, já que, dessa forma, o indivíduo não se vê implicado em sua problemática, mas se torna passivo diante dos medicamentos utilizados para seu reestabelecimento. É como se, apenas utilizando o medicamento “adequado” fosse possível chegar ao resultado desejado. Essa forma de pensar exclui qualquer alternativa não medicamentosa que possa auxiliar na problemática, que muitas vezes não vem do próprio indivíduo.

Diante do exposto, podemos afirmar que o capitalismo, de certa forma, corrobora com o crescente número de medicamentos que são expostos à venda. Ou seja, quanto mais se eleva o número de remédios produzidos, concomitantemente, novas patologias também vão surgindo. “Antes a IF anunciava remédios para tratar doenças, agora anuncia também doenças para encaixar seus remédios” (SANVITO, 2012, p.348). É aquela velha lógica mercantil: há quem produza, pois há quem compre. E os sujeitos que reproduzem essa lógica, comprando inúmeros remédios, muitas vezes são àqueles subordinados ao saber médico-estatal, culturalmente estabelecido em nossa sociedade.

Através de todo o exposto até o momento, podemos concluir que a instituição escolar moderna cada vez mais vem enraizando suas premissas básicas de vigia e controle dos corpos, se tornando uma instituição padronizadora e estabelecendo, dessa forma, “um espaço estratégico de gestão de vida e dos riscos” (HECKERT & ROCHA, 2012, p. 85). Esse padrão de pensamento viabiliza a segregação dos que se encontram à margem do que é estipulado. Compreendemos, então, que para cada sujeito marginalizado, encontramos um diagnóstico com um medicamento para a “cura” do problema emergente.

Outro aspecto preocupante é o aumento espantoso do diagnóstico e tratamento de doenças mentais em crianças, a partir dos dois anos de idade. Muitas crianças são tratadas numa faixa etária não aprovada pelo FDA e os medicamentos utilizados podem determinar efeitos adversos graves. (SANVITO, 2012, p.348)

Podemos tomar como exemplo uma criança mais agitada ou aquela que tem maiores dificuldades na apreensão de uma determinada disciplina dentro da escola. Estas crianças têm uma grande probabilidade de serem percebidas como um “aluno-problema”. Compreendemos que esses dois exemplos são, sem dúvida, as maiores problemáticas emergentes nas instituições escolares e, para ambas, já encontramos diagnósticos e medicamentos disponíveis para a normatização desse pequeno indivíduo. Não é à toa que o número de sujeitos com TDAH cresce tão exageradamente desde a sua concepção enquanto diagnóstico. E é sobre esse fato que esclareceremos nas próximas linhas.

3.3 O DIAGNÓSTICO DE TDAH E AS PRÁTICAS DE CONSUMO DE METILFENIDATO

Neste subcapítulo temos o objetivo de identificar o TDAH em seu contexto histórico pontuando os caminhos percorridos durante a sua construção enquanto diagnóstico de caráter

normativo para, posteriormente, realizarmos uma discussão acerca do medicamento utilizado para seu tratamento.

A partir de Lima (2005) podemos compreender que as primeiras impressões sobre um distúrbio infantil que se aproximava ideologicamente ao que entendemos como “mau comportamento” da criança se deu no ano de 1902, com as pesquisas do pediatra inglês George Frederic Still. Ele concluíra que além dessas crianças apresentarem comportamentos insatisfatórios como agressão e impulsividade, também podia ser constatada a disposição genética enquanto influência no que era chamado de “defeito no controle moral”, já que o pediatra percebera que muitas dessas crianças possuíam pais alcoólatras e depressivos.

Percorrendo pela história, encontramos em 1922 a descrição de Holman sobre a “desordem pós-encefálica do comportamento”, quadro patológico apresentado por crianças que haviam sofrido de encefalite, pois após a doença se instalar, as crianças apresentavam comportamentos impulsivos e hiperativos. Essa localização cerebral da doença possibilitou dar credibilidade ao fato de que crianças que mantinham este mesmo comportamento, mas não haviam sido vítimas de encefalite possuíam algum dano cerebral. Logo, o comportamento desviante passou a ser chamado de “lesão cerebral mínima”, designação cunhada por Strauss e Lehtinen, em 1947. Após algumas tentativas mal sucedidas de localizar esse distúrbio a partir de um dano cerebral, em 1962, determinaram que a nomenclatura do transtorno devesse ser alterada para “disfunção cerebral mínima” – DCM, por não haver clara precisão que explicasse o termo “lesão” (LEGNANI & ALMEIDA, 2011; LIMA, 2005).

Foi sob a imprecisão desse termo, que sofreu espetacular disseminação no campo médico e entre os leigos, a partir dos EUA, nos anos 60 e 70, que passou a se abrigar crianças com conduta hiperativa, desatenta, anti-social ou com problemas de aprendizagem. Sobre todas elas caía a suspeita ou o desejo de que portassem um mal funcionamento ou imaturidade em seus cérebros, garantindo que seus desvios permanecessem referidos ao registro fisicalista. (LIMA, 2005, p. 62-63)

Assim como Lima (2005), Legnani & Almeida (2011) também apontam que a alta aceitação e disseminação do diagnóstico se deu por conta do momento histórico que os EUA passava na década de 1960. A instabilidade tanto econômica quanto familiar começava a ser aparente.

A classe média clama por uma explicação para os distúrbios de comportamento e para as dificuldades escolares de seus filhos, e é atendida pelo discurso dos médicos e autoridades sanitárias. Com aval científico, o

fracasso acadêmico e a "indisciplina" se descolam de possíveis matrizes econômicas, sociais ou familiares e passam a ser atribuídos a mínimas disfunções cerebrais. Nada mais adequado para eximir as instâncias culturais (como a escola) de sua responsabilidade frente a tais problemas e para aliviar a culpa de pais pelas dificuldades de suas crianças e adolescentes. Isso explica a rápida popularidade que a DCM atingiu entre os pais de classe média (LIMA, 2005, p.63).

Legnani & Almeida (2011) ainda apontam também para o fato de que a ampla aceitação do diagnóstico pela classe média contou também com a diferenciação que fazia da categoria de “retardo mental” e “privação cultural” muito utilizado para qualificar o fracasso escolar nas camadas menos favorecidas economicamente.

A partir do exposto acima, gerou-se um grande aumento de profissionais para cuidarem do distúrbio das inúmeras crianças que apareciam como portadores de DCM. No Brasil é possível observar que, na década de 1960, o diagnóstico de DCM possibilitou a emergência de especializações como a psicopedagogia, para que pudesse tornar ainda mais aceitável a ideia de que o não-aprender se localizava ao nível individual. A neurologia foi outra especialização que entrou em cena, com a neuropediatria para tratar dos comportamentos hiperativos e impulsivos das crianças. Essa atenção aos comportamentos “desviantes” possibilitou, ainda, a inclusão de psicofármacos de forma mais abrangente.

Aos poucos a DCM passou a sofrer com as imprecisões do diagnóstico, pois “englobava situações clínicas diversas e por vezes discrepantes” (LIMA, 2005, p. 66). Dessa forma, começou a ser mal vista pela população. No decorrer do tempo, então, outros diagnósticos começaram a surgir no sentido de retirar a palavra “lesão” ou “disfunção”, já que não havia precisão quanto aos danos cerebrais que o diagnóstico de DCM enfatizava. Além da retirada dessas expressões, incluía-se também a sintomatologia principal do sujeito e, assim, surgia um novo diagnóstico, que não previa danos cerebrais, mas que se valiam basicamente de questões comportamentais. Dessa forma, o diagnóstico voltaria a ser bem aceito, bem como também seu alcance poderia ser ainda maior. Ou seja, houve a separação da totalidade da descrição do DCM para que a ciência pudesse experimentar biologicamente os casos de formas separadas, o que acarretaria em uma maior confiabilidade do diagnóstico em si.

É na década de 1960 que crianças com atividades motoras acima da média de sua idade começaram a ser diagnosticadas com “síndrome da criança hiperativa”, que seguia a linha de raciocínio acima mencionada, excluindo a hipótese de dano cerebral, mas incluindo outras nomenclaturas biológicas para sustentação do diagnóstico, assim como também evidenciando uma sintomatologia mais aparente: a “hiperatividade”.

Em relação a construção do diagnóstico e sua aproximação ao DSM, podemos constatar que a sua segunda versão inclui o diagnóstico de “reação hipercinética da infância” que, com o respaldo psicanalítico que esse DSM ainda mantinha, era possível que fosse reconhecido que fatores psicológicos e ambientais poderiam influenciar na inquietude da criança, não somente afirmando uma lesão cerebral para tal. Já a partir da década de 1970, os pesquisadores iniciaram o trabalho de investigar as dificuldades relativas a atenção, o que possibilitou a inclusão do diagnóstico de “distúrbio de déficit de atenção” (DDA) na terceira versão do DSM. Nesse diagnóstico já era possível encontrar subtipos com e sem hiperatividade.

[...] a ênfase na atenção ajudou a distinguir este transtorno de outros nos quais também se podia encontrar condutas hiperativas, como o autismo ou os transtornos de ansiedade. O mais relevante, entretanto, é que tal mudança fundamentou a ampliação da abrangência do diagnóstico, pois permitiu a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, aparentemente “tranqüilas”, mas com dificuldades em manter o foco de vigilância em tarefas escolares. Da mesma forma, também facilitou que os adultos passassem a figurar entre os portadores do transtorno. (LIMA, 2005, p. 69)

Com o aumento da abrangência do diagnóstico, a Indústria Farmacêutica passa a se interessar fortemente pelo DDA, repensando, assim, a Ritalina, medicamento a base de metilfenidato que passou a ser utilizada para tratamento de tal transtorno.

Somente na revisão da terceira edição do DSM é incluído o diagnóstico de “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” (TDAH), que atualmente é ainda muito utilizado, apesar de pequenas modificações quanto a realização do diagnóstico e seus subgrupos a cada nova versão do manual.

Podemos compreender com essa breve apresentação histórica do TDAH que desde seu início, o transtorno foi postulado a partir de impressões comportamentais que claramente são influenciadas pelo meio, porém, para que o diagnóstico seja amplamente aceito, assim como seu tratamento com medicamento específico, ele precisa ser assegurado em alguma questão biológica e é isso que os pesquisadores vêm tentando estabelecer.

Em Lima (2005) podemos observar que há algumas discussões que nos levam a crer que o TDAH é um diagnóstico puramente de cunho normativo social. É interessante perceber que em diferentes países que se utilizam do DSM para a identificação desse transtorno, há diferentes formas de se fechar um diagnóstico. Ou seja, um sujeito que poderia apresentar TDAH nos EUA, seria o mesmo livre desse diagnóstico em algum país Europeu, por exemplo.

Esse cenário só nos leva a crer que não há respaldo exato para o diagnóstico de tal transtorno enquanto disfunção biológica, mas algo que atinge à níveis psicossociais.

Ocorre também que para muitos sujeitos o diagnóstico de TDAH traz um certo ganho, no sentido de que sua desatenção ou falta de paciência podem ser explicadas por um transtorno. Como se o sujeito não tivesse relação concreta com isso, culpabilizando o transtorno por suas possíveis reações indesejadas. A própria falta de limite ou a chamada “malcriação” de crianças passam a ser explicadas unicamente por um transtorno, o que parece positivo para muitos responsáveis que possuem cada vez menos tempo e paciência para educar seus filhos. É claro que não podemos culpabilizar os responsáveis pelas crianças unicamente pelo aumento de número de adeptos do diagnóstico e conseqüentemente, do medicamento. Como já informamos anteriormente, a Indústria Farmacêutica se utiliza de todas as artimanhas possíveis para lucrar mais e mais, chamando a atenção dos médicos e de sua clientela, independente da confiabilidade de sua criação.

Ocorre que a própria bula do medicamento para tratamento de TDAH, a Ritalina, nos mostra seu perigo. Abaixo copiarei algumas partes da bula³ do medicamento de forma fiel ao texto com alguns grifos nossos.

- A etiologia específica dessa síndrome é **desconhecida** e **não há** teste diagnóstico específico.
- O diagnóstico correto requer uma investigação **médica, neuropsicológica, educacional e social**.
- O diagnóstico deve ser baseado na **história e avaliação completas** da criança.
- O tratamento medicamentoso **não é indicado** para todas as crianças com a síndrome.
- Ritalina **aumenta o batimento cardíaco** e a pressão sanguínea sistólica e diastólica.
- **sintomas psicóticos, incluindo alucinações visuais e táteis** foram relatados em pacientes que receberam doses usuais prescritas de estimulantes, incluindo Ritalina
- agressividade emergente ou uma **exacerbação da agressividade** normal foram relatados durante a terapia com estimulantes, incluindo **Ritalina**.
- Ritalina não deve ser utilizada em crianças com **menos de 6 anos** de idade, uma vez que a segurança e a eficácia nessa faixa etária não foram estabelecidas.
- O abuso crônico de Ritalina pode conduzir à **tolerância acentuada** e **dependência psicológica** com graus variados de **alterações comportamentais**.
- Episódios de **psicose franca podem ocorrer**, especialmente com o abuso por via

³ A bula pode ser consultada no site <http://www.bulas.med.br>.

parenteral.

- A decisão de prescrever Ritalina deve depender da determinação da **gravidade dos sintomas** e de sua adequação à idade da criança, não considerando somente a presença de uma ou mais características anormais de comportamento.
- Onde estes sintomas estiverem associados a reações de estresse agudo, o tratamento com Ritalina usualmente **não é indicado**.
- É necessária **supervisão cuidadosa** durante a retirada do fármaco, uma vez que isso pode **precipitar depressão**, assim como consequências de **hiperatividade crônica**.
- O **nervosismo** e a **insônia** são reações adversas muito comuns que ocorrem no início do tratamento com Ritalina
- A **diminuição de apetite** é também comum, mas geralmente transitória.
- Dores abdominais, náuseas e vômitos **são comuns**, e ocorrem usualmente no início do tratamento e pode ser aliviada pela alimentação concomitante.
- No tratamento do TDAH, procura-se adaptar a administração do medicamento aos períodos de maiores dificuldades **escolares comportamentais** e sociais para o paciente.

Para não ficar muito extenso resolvemos não incluir aqui as inúmeras contraindicações e reações adversas contidas ao final da bula. Porém o que gostaríamos de assinalar é que, apesar de todas as indicações perigosas que o medicamento possui desde o início da sua utilização, bem como ao final dele, a droga ainda sofre grande aumento do número de consumidores anualmente. É interessante perceber ainda que, bem em seu início, a bula do medicamento já indica a falta de precisão no diagnóstico de TDAH, e mesmo assim o consumo de ambos – medicamento e diagnóstico – não param de aumentar.

Nesse sentido seguimos apontando, em números, o aumento do consumo de compostos com metilfenidato (composto comercializado com o nome de Ritalina), que mesmo sendo uma droga de uso controlado que pode provocar graves reações, inclusive indicadas em sua própria bula, – como evidenciamos anteriormente – sua comercialização cresce a cada ano. Podemos observar em Meira (2012, p. 138) dados alarmantes. Ela afirma que “[...] nos últimos anos o consumo do metilfenidato aumentou em 1616%. Em 2000 foram vendidas 71 mil caixas e em 2008 esse número chegou a 1.147.000 (um milhão e cento e quarenta e sete mil) caixas”. O Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade (2011) também denunciou o grande aumento da comercialização deste composto químico com base apenas em algumas cidades do estado de São Paulo entre o ano de 2005 ao primeiro semestre

do ano de 2011, seguindo com projeções para o término do segundo semestre. É interessante perceber ainda que os números apontados pelo Fórum são referentes apenas às compras realizadas por órgãos públicos desses municípios.

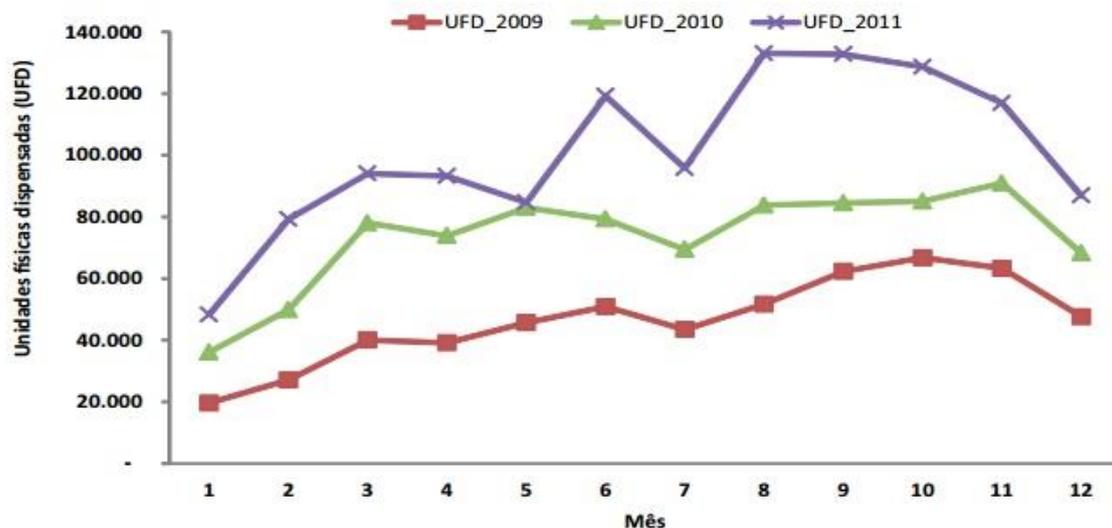
Gráfico 1 – Quantidade de comprimidos de metilfenidato dispensados em algumas cidades do Estado de São Paulo desde o ano de 2005 até o primeiro semestre de 2011



Fonte: http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Dossie_V3.pdf 2011.

Outra fonte interessante é o Boletim de Farmacoepidemiologia de 2012, que pesquisou o número de consumo mensal do metilfenidato por um período compreendido entre o ano de 2009 e 2011 no Brasil. A tabela demonstrativa contém indicações interessantes para discussão sobre sua utilização para normatização.

Gráfico 2 – Consumo mensal de metilfenidato no Brasil entre o período de 2009 e 2011.



Fonte: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf 2012

Há dois principais pontos que nos chamam muito atenção para esse gráfico. Primeiramente o aumento progressivo a cada ano que passa, apesar de algumas restrições na hora da compra, como a receita médica. Visualizamos ainda que, apesar de decrescer entre os meses de novembro e janeiro, no ano seguinte, a partir do mês de fevereiro há novamente um aumento substancial. Por falar em decréscimo, o segundo ponto é exatamente sobre ele. Podemos perceber que além do momento que compreende o fim do mês de novembro ao mês de janeiro, há decréscimo da utilização da substância também entre o mês de junho e julho. Não é apenas uma mera coincidência que esses períodos sejam também épocas que compreendem as férias escolares no nosso país.

Ao que o gráfico indica, a utilização do medicamento é mais interessante durante o período escolar. Como já discutimos anteriormente nesse trabalho, o modelo escolar necessita de alunos padronizados para justificar “bons rendimentos”, nada mais oportuno que utilizar uma droga para normatizar todo e qualquer tipo de modos de viver.

É interessante perceber que o diagnóstico de TDAH (que se utiliza de medicamentos à base de metilfenidato para seu tratamento) é um dos mais disseminados no âmbito escolar. Ou seja, o ambiente escolar também acaba por servir como propagador desse transtorno. Ocorre que, nesse ambiente, vemos surgir grande interesse nos ideais medicalizantes, como expomos através das discussões contidas no segundo capítulo deste trabalho. E, dessa forma, percebemos que o saber pedagógico se apequena diante do saber médico instituído através das relações de poder-saber há muito engendradas na nossa sociedade.

Sendo assim, em suma, sujeitos em idade escolar que se encontram à margem da normalidade, são oferecidos ao saber médico para que estes deem conta do problema emergente. O saber médico, financiado pela Indústria Farmacêutica e munido de uma infinidade de interesses, diagnostica esses sujeitos classificando-os em transtornos contidos no DSM. Em se tratando de problemas emergentes no âmbito escolar, o diagnóstico de maior aceitação é o TDAH. Ocorre que o saber médico não é representado apenas através da figura do médico em si, mas também por outros profissionais, como por exemplo, os psicólogos, que podemos, inclusive, encontrar com frequência realizando intervenções dentro das escolas.

Nesse sentido, é interessante conhecer a construção do diagnóstico do TDAH e a normatização do comportamento que ele carrega em sua história para podermos, posteriormente, identificar o que a Psicologia – enquanto representação do saber médico – inserida nas escolas tem de proximidade para a propagação desse transtorno, bem como da

medicalização do comportamento em geral, já que “diariamente as escolas brasileiras encaminham alunos para serviços especializados de saúde, com destaque para o atendimento psicológico” (VIÉGAS, 2016, p.13). Dessa mesma forma, também buscaremos identificar o que a psicologia pode trazer como forma de resistência enquanto saber instituído no âmbito escolar. E é sobre esse movimento acerca da psicologia escolar/educacional que vamos discutir no próximo capítulo.

4 DESMISTIFICANDO O PAPEL DO PSICÓLOGO ESCOLAR/EDUCACIONAL

Por que iniciamos com a provocação do termo “desmistificar” no presente capítulo? É interessante notar que durante as pesquisas para construir o capítulo em questão pudemos perceber que o papel do Psicólogo Escolar/Educacional é algo aparentemente mítico, sim. Ainda que seja um tema bastante discutido por alguns autores é, ao mesmo tempo, – ao que parece – pouco analisado, principalmente durante o processo de formação do profissional. Mesmo com inúmeras produções acerca do assunto, através de pesquisas situacionais é perceptível que a formação do psicólogo escolar/educacional pareça estar sofrendo com um certo déficit na atualidade, inclusive sua identidade em relação a outros profissionais é ainda percebida pelas práticas mais antigas (AGUIAR & ROCHA, 2010), o que nos evidencia que seu saber-fazer embasado em estudos atuais ainda não estão sendo reproduzidos e é sobre este assunto discutiremos durante este capítulo.

De acordo com o que abordamos até agora, é percebido que a necessidade de se instituir no ambiente escolar um indivíduo que possa vir a complementar, através do dia a dia, o trabalho que o médico efetiva vez ou outra, cresce desde o iluminismo. A questão é que até nos tempos mais atuais verificamos que o aluno vem desempenhando também o papel de indivíduo como instrumento de mensuração, classificação e diagnósticos – dos mais diversos tipos, como pudemos notar durante os capítulos anteriores. Neste sentido, Kátia Aguiar & Marisa Rocha (2010, p. 73) nos contemplam com a seguinte afirmação: “É para responder a esse campo problemático que o psicólogo, como especialista, é chamado: para afirmar a lógica das cenas, do que faz sentido, de quem faz sentido, atribuindo e/ou ratificando significado aos personagens”. Ou seja, o psicólogo chega a essa instituição com o intuito normatizador de cunho capitalista para aferir e classificar quem seriam os sujeitos capazes para a instrução escolar.

Nesse ambiente medicalizador onde a psicologia se estabelece como importante fonte de conhecimento, Carneiro (2010, p. 07) ainda expõe que:

(...) a Psicologia tornou-se uma ciência crucial para subsidiar as transformações escolares e a nova concepção de Educação vigente no país, fornecendo seus aparatos teóricos e técnicos para que essas idéias de modernidade fossem fortemente estabelecidas no campo educacional. Além disso, a Psicologia também serviria para instrumentalizar a Pedagogia para que esta também pudesse se tornar uma Pedagogia científica.

Assim, observa-se que a Psicologia torna-se um segmento do saber-médico dentro do âmbito escolar e, dessa forma, podemos afirmar que sua história na educação perpassa por momentos essencialmente normatizadores.

Para a discussão sobre as formas de atuação do Psicólogo Escolar/Educacional, observamos a importância de que se compreenda o significado de sua nomenclatura e o porquê de, neste trabalho, utilizarmos os nomes em conjunto.

Em muitos textos encontramos discussões que utilizam o termo “Psicologia Educacional”, enquanto em outros, “Psicologia Escolar” de forma separada e remetendo o mesmo sentido. Há uma sugestão – e confusão – de que essas duas instâncias sejam sinônimas. O questionamento que nos propomos a fazer é: afinal, há uma nomenclatura correta e outra errônea? Ou as duas se constituem como sinônimos? Neste sentido, Catharino (2001, p. 37) se põe a refletir acerca do assunto e analisa que há uma diferença sutil entre as duas composições, que fazem com que se distingam em prática. “Por Psicologia Escolar, entende-se a ação intervencionista do psicólogo na escola, enquanto a Psicologia Educacional diz respeito a um corpo de conhecimentos, que por sua vez irá subsidiar a ação educativa”. Ou seja, é como se a Psicologia Educacional fosse uma instância superior que provocasse a produção de saber referentes aos fenômenos psicológicos, enquanto que a Psicologia Escolar se traduz pela prática fundamentada na produção de conhecimento da anterior. Neste sentido, ao usarmos os dois termos em conjunto durante este trabalho, estaremos nos referindo tanto ao trabalho em prática como ao trabalho de pesquisa.

4.1 BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA ESCOLAR/EDUCACIONAL NACIONAL: desvendando suas práticas.

Para compreendermos como a psicologia praticada na instituição escolar da atualidade passou a ser alvo de grandes questionamentos por parte de outros profissionais e até dos próprios psicólogos, parece viável que conheçamos um pouco de seu desenvolvimento no nosso país.

Antes mesmo de ser reconhecida enquanto profissão na década de 1960, os saberes ligados à psicologia já eram desenvolvidos no Brasil através de outros profissionais (SOARES, 2010). Inclusive a medicina foi uma das profissões que se utilizou da psicologia como campo de estudo.

No que diz respeito a instituição escolar, os saberes ligados a psicologia já se

encontravam engendrados desde o início do século XX (PATTO, 1994; SOARES, 2010). Patto (2015, p. 86) ainda afirma que:

Nesse início do século a determinação dos “anormais” já eram uma prática social de competência dos médicos, muitos dos quais tiveram uma participação decisiva na construção teórica e instrumental da psicologia educacional, direcionando-a [...] para a aquisição de uma identidade baseada num modelo médico.

Ou seja, a prática do psicólogo inserido na escola, desde o início de sua constituição, já contava com o apoio de teorias empíricas, comportamentais e reducionistas atrelados ao saber médico normatizador. Este apoio foi também acompanhado pelo formato cultural dos estudiosos norte-americanos que confirmavam estas práticas e apontavam-nas como modelo de atuação (YAZLLE, 1997).

Sendo assim, ao se instituir um psicólogo escolar/educacional, a partir da década de 1960, os problemas que deveriam ser encaminhados a ele eram referentes ao desenvolvimento e à aprendizagem, fundamentalmente. De acordo com Marinho-Araujo & Barbosa (2010, p. 395) “Esse fato evidencia a forte influência da medicina e a consolidação de uma atuação clínica no trabalho do psicólogo escolar junto aos contextos educacionais”. Donde tal ação, consideramos como puramente medicalizadoras.

Essa forma de utilização da psicologia na educação naturaliza o comportamento humano na medida em que se entende que o processo de escolarização do sujeito é algo da ordem do natural. Por ser natural, é compreensível que se tenha divisões escolares, assim como alunos que devam ser medicalizados para obtenção de todo conteúdo disciplinar e, como afirma Carneiro (2010, p.07) “esta universalização constituiu-se em referência de discriminação futura ou ainda de legitimação da diferença”. Os problemas oriundos dessa legitimação da diferença se centram no âmbito do comportamento e/ou da aprendizagem sendo estes, sempre referentes à apenas um sujeito da relação ensino-aprendizagem: o aluno. Como este aluno é apontado como centro de todos os problemas provenientes de sua aprendizagem ou seu mau comportamento, haveria apenas uma solução: tratamento especializado. Carneiro (2010, pp.07-08) ainda complementa com uma crítica muito pertinente:

A escola não precisa se preocupar com sua filosofia de ensino, os professores com sua metodologia, nem o Estado com as políticas públicas, pois tudo se torna ineficaz diante daquela criança “problemática”. Esta criança que

carrega sozinha o peso da responsabilidade por seu sucesso ou fracasso escolar é também o adulto que responderá por seu sucesso ou fracasso profissional e a Psicologia, enquanto ciência burguesa esteve desde seu nascimento, comprometida com este projeto liberal de individualização da vida.

Como podemos perceber, a psicologia, então, se instaura neste campo para conservar o discurso disciplinarizante/segregador e, mais ainda, para também distanciar o “problema” emergente das instituições que as permeiam, transferindo total responsabilidade à apenas uma das partes envolvidas no processo de aprendizagem.

No período que compõe a década de 1970 a psicologia escolar/educacional se permitiu esclarecer o fracasso escolar através de atendimentos clínicos aos alunos, que eram apontados como detentores únicos dessa problemática, confirmando, assim, que elementos como as relações interpessoais entre professor-aluno, a política educacional, entre outros fatores não fossem evidenciados como expressão desse fracasso. De acordo com Patto (1984, p. 55), é também durante esta década que o psicólogo é chamado, através do que a autora nomeia de “autoridades educacionais”, a participar com mais efetividade do processo educacional. Ou seja, soma-se a grande solicitação por partes dos profissionais da educação pela atuação do psicólogo escolar/educacional com os métodos clínicos normativos que este profissional demonstrava em prática, o que resulta em cada vez mais diagnósticos normativos e um estabelecimento cultural de sua prática disciplinar – que é possível ser encontrado até nos dias atuais.

Não é à toa também que é entre as décadas de 1960 e 1970 que os diagnósticos relativos a atenção e a hiperatividade começam a ser investigados mais intensamente, assim como, a Ritalina também passa a ser amplamente prescrita, como pudemos observar no capítulo anterior.

A partir do final da década de 1970, críticas a esse modelo medicalizante da psicologia escolar/educacional vão surgindo e, de acordo com Marinho-Araujo & Barbosa (2010, p. 395):

A insatisfação dos psicólogos escolares com sua atuação no final da década de 1970 provocou uma crise que se prolongou pelas duas décadas seguintes. Esse período se caracterizou pela produção de reflexões e pesquisas que evidenciavam os entraves causados por concepções remediativas e circunstanciais aplicadas ao processo educativo, além de repercussões que originaram desestabilização e insegurança na atuação em psicologia escolar, uma vez que os procedimentos convencionais não mais respondiam com eficácia às demandas do contexto.

Sendo assim, podemos concluir que os próprios profissionais da psicologia inseridos na instituição escolar começaram a perceber que suas práticas não estavam sendo, de fato, efetivas no que se refere ao respeito à individualidade dos sujeitos, o que gerava danos, inclusive, a saúde dos mesmos.

Por conta das novas discussões a respeito das ações dos Psicólogos Escolares/Educacionais, entre as décadas de 1980 e 1990 houve a necessidade da criação de algo que pudesse delimitar a área, criando sugestões de ação e reflexões a respeito da identidade do profissional e possibilidade de produção de conhecimento sobre o assunto. Foi então que surgiu a Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE), que muito têm auxiliado nessas questões, inclusive apoiando a ideia de que o trabalho do psicólogo escolar/educacional não deve ser orientado a estimular a naturalização do não-aprender do aluno (INSFRAN, 2010).

Ocorre que com a criação dessa associação não houve um rompimento geral da psicologia com os métodos mais antigos de psicologia escolar/educacional. Marinho-Araujo & Barbosa (2010) nos esclarecem que mesmo pela década de 1990 a maior parte do material produzido na área contava ainda com muito dos conhecimentos que foram oferecidos nos primórdios da prática psicológica no âmbito escolar. Inclusive, pois a referência de psicologia norte-americana não se mostrava altamente contra estas práticas antiquadas.

A partir dos anos 2000, porém, é possível observar que um avanço metodológico, relacionado à produção de questões teóricas que incidiam sobre o saber-fazer do psicólogo escolar/educacional, começa a ocorrer em maior frequência. Inclusive, acreditamos ser bastante contundente uma afirmação de Yazlle (1997), que se comporta criticamente diante das práticas do profissional psicólogo escolar/educacional que atuavam pelos fins da década de 1990:

O que se tem observado comumente é uma transposição de práticas de consultório para o espaço escolar, por parte de profissionais que, efetivamente, têm na área clínica seu maior interesse, atuando na área escolar por mera ocasião ou como uma atividade ‘de passagem’, para aquisição de maior experiência no início da carreira profissional. (Yazlle, 1997, p.11)

Esse modelo normatizador de atendimento clínico aos “alunos-problema” que surge no espaço escolar se traduzia em práticas muito recorrentes e, talvez por este motivo, até nos dias

mais atuais não é estranho que vejamos, com grande recorrência, estes profissionais psicólogos atuando neste sentido (VIÉGAS, 2016), assim como também não é incomum observar a solicitação por parte de outros profissionais da educação para que os psicólogos atuem de tal forma, qualificando a falta de informação local. Ocorre que, também, podemos observar em diferentes setores da sociedade esse mesmo padrão como Conrad (2007, p. 09) nos aponta:

While physicians and the medical profession have historically been central to medicalization, doctors are not simply colonizing new problems or labeling feckless patients. Patients and other laypeople can be active collaborators in the medicalization of their problems or downright eager for medicalization.

As novas discussões ofertadas por linhas como a psicologia histórico-cultural trazem a luz questões que vão além de práticas individualizantes e diagnósticas, apontando o meio social e o cotidiano como disparadores de questões que surgem no ambiente escolar. Ou seja, a partir de então, a produção teórica na psicologia educacional passou a contar com autores que viam seu poder médico-psicológico, instituído na escola, de maneira crítica e compreendendo que as queixas escolares estavam atreladas, de forma geral, a situações estigmatizantes. Isso ocorria, pois, “[...]a produção da queixa escolar começa fora da escola, já que a escola não é uma ilha isolada, sem contato com qualquer outra parte de terra” (SODRÉ, 2016, p.137). Sendo assim, ao psicólogo inserido na escola, fica a responsabilidade de compreender que as queixas produzidas são produto da sociedade na qual estamos inseridos.

Com as produções teóricas atuais, podemos perceber como a psicologia escolar/educacional vai se distinguindo da mais antiga, que surgira nos moldes inatistas pela década de 1960, e vai se reconstituindo em um modelo mais libertador. Podemos ainda afirmar que muito do que avançamos na área da psicologia escolar/educacional se deve aos estudos de Maria Helena Souza Patto (VIÉGAS, 2016). Marinho-Araujo & Barbosa (2010) demonstram, inclusive, o enfoque interdisciplinar que a psicologia escolar/educacional vai tomando, com práticas de caráter preventivo, assim como também afirmam a importância sobre a formação continuada deste profissional.

A formação continuada, neste sentido, possibilita que sejam discutidos novos aportes teóricos, novos olhares interpretativos, pesquisas, postura ética e etc. Essas discussões têm o potencial de gerar profissionais mais conscientes em suas práticas, o que possibilita que haja

menos discrepância de atuação entre estes.

4.2 REFLEXÕES SOBRE AS ATUAIS ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO ESCOLAR/EDUCACIONAL

De acordo com Aguiar & Rocha (2010), na atualidade encontramos, cada vez mais, instituições escolares fragmentadas em polos de saber, assim como distantes das demais redes de apoio que incidem sobre a educação. Desse modo, os profissionais que atuam em sala de aula acabam por delegar aos “especialistas” funções que remetem à análise do seu cotidiano. Tal delegação é o que possibilita que o psicólogo escolar/educacional auxilie nas questões encaminhadas por aqueles.

Em se tratando da função do psicólogo escolar/educacional, é possível observar que não há ainda um aspecto de ação hegemônica em relação à prática do profissional em questão, porém as produções críticas ao antigo modelo de atuação têm sido muito recorrentes, o que parece ser um ponto positivo. Neste sentido, Insfran (2010, p. 65) nos contempla com a afirmação de que os Conselhos de Psicologia estão mobilizados a auxiliar no que diz respeito a essas questões:

(...) o Conselho Federal de Psicologia (CFP) decidiu mobilizar os conselhos regionais (CRP) a realizarem reuniões periódicas, durante todo o ano de 2008, a fim de discutir e fundamentar um referencial técnico e político que contemplasse todas as possíveis práticas para o psicólogo escolar, e que servisse de base para novas políticas públicas de inserção deste profissional na rede pública de educação.

A mobilização do CFP, em 2008, que foi conhecido como o Ano da Educação no sistema dos conselhos, gerou não só muito material interessante sobre a Psicologia na Educação, como a partir dessa ação alguns conselhos regionais instituíram Comissões de Educação, como a do CRP/RJ que foi presidida até setembro de 2016 pela psicóloga Maria Helena Monteiro Rego que tem uma grande importância na militância sobre a medicalização escolar – e tem atuado em todo o Estado do Rio com eventos sobre medicalização, prática do psicólogo na escola, discussão sobre práticas pedagógicas, entre outros temas. Além disso no ano de 2015 tivemos o “I Seminário Psicologia nas Escolas: o que o professor demanda e o que a Psicologia produz?” e, em junho de 2016 tivemos o “II Seminário Psicologia nas Escolas: Psicopedagogia com que psicologia?”, ambos produzidos pela Comissão de Educação criada pelo CRP/RJ, que contaram com palestras e oficinas mobilizando psicólogos

e profissionais de educação com o intuito de repensar as práticas e discutir o cotidiano.

Fernanda Insfran (2010) salienta também a deficiência quanto ao enquadramento profissional do psicólogo à instituição escolar. Neste sentido, quando não há a figura do profissional de psicologia pertencente à equipe técnica escolar, os encaminhamentos ao clínico com demandas escolares são exaustivos e o atendimento “na maioria das vezes não contempla as necessidades desses sujeitos, por estes serem atendidos isolados do seu contexto de desenvolvimento” (Insfran, 2010, p. 66). Contudo, vale ressaltar que a formação do profissional psicólogo escolar/educacional ainda não é suficiente no que tange sua atuação, o que causa um receio ao contar com esses profissionais no quadro educacional. Ainda observamos fortemente o modelo medicalizante na atuação deste profissional nas escolas e a esse respeito Viégas (2016, p. 16) nos aponta que:

No conjunto dos fenômenos articulados à medicalização, nos interessa refletir sobre a psicologização da vida, tão enraizada desde a formação básica de psicólogos que chegou a virar anedota, cuja função era desvelar que o olhar psicologizante transforma tudo em problema psicológico. [...] O fato é que não sobra alternativa saudável para um olhar adoecido.

Em suma, acreditamos na importância da figura do psicólogo escolar/educacional neste ambiente, porém, ele deve estar bem qualificado para sua função, ou voltaremos a observar velhas práticas sendo utilizadas como constantes nas intervenções. Ocorre que além da formação do psicólogo contar com poucas disciplinas que discutem a psicologia escolar/educacional, o que prejudica a forma como vemos esse profissional, assim como prejudica também a forma de sua atuação, o próprio profissional da psicologia que leciona disciplinas referentes à área para turmas de licenciatura, têm reiterado o caráter medicalizante da atuação do psicólogo, como aponta Insfran (2016), o que dissemina a outros profissionais uma visão errônea de nossa prática.

Concordamos com Carneiro (2010) no sentido de acreditar que é possível que haja uma ruptura com esse modelo psicologizante da educação, para tanto, se faz necessário que se entenda que os problemas que ocorrem na escola não são exclusivos dela, não são apenas causa, nem tão somente consequência da mesma. A questão é mostrar que essa Psicologia escolar/educacional instaurada na escola com preceitos do século XX, – centrada no aluno-corpo – não é capaz de suprir toda a demanda desta. Se, diferente disto, os profissionais compreendessem que o aluno-problema é um sujeito que se encontra inserido em uma instituição escolar e que esta, além dele, estão inseridos em muitas outras dimensões político-

sociais, podemos observar a possibilidade de ruptura deste paradigma e, assim, afastar a ideia de que o aluno não é apenas o único sujeito de seu “problema escolar”.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica promove uma ruptura epistemológica em relação à visão adaptacionista de psicologia, ainda marcante no universo escolar. Assim, a clássica pergunta “o que a criança tem que ela não aprende?” perde seu sentido essencial, sendo substituída por outra forma de compreensão, que busca, na complexidade, compreender como se produziu o não aprendido da criança em seu contexto escolar. (VIÉGAS, 2016, p. 19)

Sendo assim, uma psicologia que se importa com a produção da queixa escolar enquanto totalidade, investe em dar sentido às histórias que emergem no cotidiano para compreender o que, no processo de escolarização do sujeito, aponta para o seu não-aprender. Essa forma de praticar a psicologia no âmbito escolar nos torna cada vez mais distantes da rotina medicalizante.

Ao questionar a um psicólogo escolar/educacional como devem ser resolvidos certos problemas que emergem no cotidiano escolar, o mesmo não terá como oferecer um passo a passo a seguir, simplesmente pelo fato de que, como o trabalho deve ser atuado nas relações, cada grupo ou indivíduo terão suas especificidades. As intervenções nas relações humanas não costumam possuir homogeneidade, o que torna o trabalho ainda mais fascinante. Talvez seja isso que faça ser tão difícil a aproximação por parte dos profissionais à esta forma de saber-fazer do psicólogo, pois este parece ser um caminho difícil, quando na verdade é apenas um caminho mais potencializador.

Além disso, assim como Insfran (2010, p. 68), compreendemos que, por ter uma grande variedade de linhas teórico-metodológicas, o profissional da psicologia poderá conter variações segundo sua forma de atuação. Porém, é ressaltado que este deve “atuar a partir de uma visão sistêmica, num modelo de causalidade circular e não linear, onde todos os componentes do sistema se influenciam mutuamente e, portanto, cabe somente uma análise contextual”. Ou seja, sua atuação não medicalizante e não normativa independe de linhas teórico-metodológicas que possam vir a seguir, o que diminui os impasses que muito vemos entre os próprios profissionais.

Sendo assim, percebemos que é possível uma psicologia escolar diferenciada, usada não como prioridade, mas como um recurso alternativo. Esta outra forma do saber-fazer da psicologia escolar/educacional – distante do movimento “médico-escolar” – não se satisfaz em culpabilizar apenas o próprio sujeito pelas suas ações, enquadrá-lo em diagnósticos

disponíveis e medicalizá-lo, mas investiga as possíveis causas do “seu” problema – que, nitidamente, vai além de si mesmo – averiguando suas relações sociais, seja com os colegas de classe, com o professor e/ou até mesmo com sua família, assim como também, investigando as relações institucionais da própria escola, perpassando pela didática dos professores, refletindo sobre como se porta a direção da escola frente aos problemas emergentes, bem como compreendendo o meio social em que essa escola e esse aluno estão inseridos e o porquê de esse aluno ser descrito como um desvio ao “normal”. Da mesma maneira, se faz necessário compreender o que, para esta instituição, é definido como “normal” e se este é algo possível e importante de se manter.

Para tanto, Insfran (2010, p. 68) aponta que o psicólogo escolar deve criar “[...] espaços de escuta das demandas de todos os sujeitos em interação na escola e que se desenvolvam possibilidades de reflexão com estes sujeitos, sobre as questões cotidianas, as relações que estes estabelecem e seus paradigmas”. O que incide, geralmente, em trabalhos grupais, onde os sujeitos participantes colocam suas questões e trocam informações acerca do assunto proposto.

Em suma, o psicólogo inserido no contexto escolar muito tem a contribuir se portar-se de forma diferente ao que o modelo biologizante/normatizador conduz, – mesmo entendendo aqui, as dificuldades que estes profissionais possam encontrar – assim como Heckert & Barros (2007, p. 120) confirmam:

Na interface Psicologia e Educação, é fundamental a construção dessas estratégias pautadas no diálogo dinâmico entre os pólos da ciência e da experiência da prática dos educadores. Também é preciso construir práticas educacionais que sejam condizentes com os princípios de uma política pública de educação, entendida como o plano coletivo e, portanto, referentes à experiência concreta dos coletivos, construídos a partir das experiências de cada um dos humanos. A proposta é, assim, pôr em ação práticas educacionais em parceria, uma co-elaboração, em um espaço onde cada pólo de saber pode ampliar seus horizontes, reformular suas próprias questões, suas formas de colocar as questões, fortalecendo-os para recolocar novas questões um para o outro.

Ou seja, podemos compreender que há formas possíveis de inserção da Psicologia no contexto escolar sem que esta esteja presente apenas para gerir os riscos e/ou potencializar os corpos, como o modelo de Biopotência propõe, mas que esteja na instituição analisando e problematizando as situações geradoras de demandas e ofereça apoio para possíveis transformações. Dessa forma, também, haveria a possibilidade do profissional da educação tornar-se mais independente de práticas médicas ao posicionar suas experiências profissionais

em análise e oferecer abertura a discussões entre si, assim, ampliando o conhecimento dos profissionais que utilizam dessa prática para que, desta forma, cheguem a algum efeito transformador possível. “O que se propõe é que se proceda a uma discussão pautada num acordo sobre valores comuns, sobre a diferença entre saberes, sobre a capacidade de criar novos modos de trabalhar, enfim, (com)viver.” (HECKERT & BARROS, 2007, p. 120).

Neste sentido, percebemos que a psicologia escolar/educacional tem enfrentado suas barreiras metodológicas mais antigas em prol da criação de novas formas de compreensão do seu saber-fazer. O que parece ainda ser um empecilho para a classe está voltado à formação profissional. Na carreira acadêmica do curso de psicologia, podemos concluir que pouco se discute sobre a atuação do psicólogo escolar/educacional, em geral, principalmente, pois há poucas disciplinas obrigatórias/optativas que incidem sobre o assunto, enquanto ainda há a predominância de ofertas de disciplinas nas áreas clínicas e, dependendo da localização geográfica da Universidade, organizacionais. Ou seja, o profissional psicólogo escolar/educacional que se insere na instituição escolar tem grandes chances de pouco ter refletido sobre seu ambiente de atuação, o que pode vir a acarretar fracassos práticos.

A partir do exposto, fica evidente a diferença entre essas formas de se desempenhar a psicologia dentro das escolas. Mesmo reconhecendo que as novas discussões têm muito a acrescentar no trabalho do psicólogo escolar/educacional, compreendemos que isto não é algo tão simples de pôr em prática. Ainda se mostra demasiadamente difícil modificar formas já enraizadas nesta instituição por tanto tempo.

Sendo assim, o modelo mais comum de presenciarmos, ainda hoje, é aquele que nos remete ao funcionamento mais tradicional referente às medicalizações/medicações e psicologização do sujeito que muitos danos/efeitos trazem a esses indivíduos a serem diagnosticados, sem trazer, contudo, grandes perspectivas de mudanças. Mudanças estas que, se postas em prática, possibilitariam uma nova forma de lidar com o aluno-problema, de modificar suas práticas frente àqueles. Talvez os obstáculos enfrentados por essas mudanças sejam o motivo da dificuldade de se instaurar uma nova forma de se fazer a psicologia dentro das escolas. Além do que, há também uma certa comodidade por parte desta instituição, da prática médica e dos grandes lucros farmacêuticos envolvidos em todo este discurso disciplinarizante que pudemos discutir até aqui.

Pudemos apontar nesse capítulo formas não medicalizantes da prática do psicólogo escolar/educacional para superação das demandas que vêm a partir da queixa escolar e, neste sentido, acreditamos que as pesquisas relacionadas a essas práticas devam ser fortemente

disseminadas por todos os profissionais da educação, bem como devem chegar aos espaços familiares para que esses sujeitos não tenham o interesse em demandar por intervenções medicalizantes/psicologizantes às suas crianças em idade escolar. Porém, acreditamos também que para que haja alguma mudança sólida no contexto escolar, os indivíduos devem também modificar o que há em seu cotidiano através de outras instituições da qual faça parte. Sendo assim, acreditamos que movimentos contra a medicalização da vida podem auxiliar na diminuição das solicitações de laudos e encaminhamentos por parte dos professores e responsáveis, bem como também dos próprios profissionais da psicologia.

5 REALIDADES DE SUPERAÇÃO E RESISTÊNCIA A PRÁTICAS MEDICALIZANTES

5.1 QUANDO É POSSÍVEL DESMEDICALIZAR PARA SUPERAR

Até o momento, fica evidente que este trabalho se trata de uma crítica às diversas medicalizações que seguimos expostos e sofremos, enquanto sujeitos inseridos em uma sociedade marcada pela disciplina e pelas normatizações, nas mais diversas instâncias da vida. Também nos parece muito claro que as submissões ao saber médico poderiam ter menos recorrência quando há o conhecimento do jogo de interesses por trás de cada diagnóstico/medicamento oferecido. Submissões essas traduzidas pelo fato de demandar explicações de qualquer causa de “anormalidade” ao saber-médico, bem como não se posicionar criticamente diante das orientações expostas pelos profissionais que se utilizam desse saber. Acreditamos que, como no contexto escolar temos diferentes tipos de sujeitos envolvidos, desde profissionais da pedagogia, como alunos e responsáveis, se cada qual tivesse consciência das discussões que trazemos com esse trabalho, a demanda por diagnósticos normativos para as crianças, em especial, poderia sofrer uma grande queda.

Dessa forma, não podemos deixar de nesse trabalho, apresentar e ressaltar a importância que os movimentos antimedicalizantes possuem para que consigamos acreditar em um futuro diferente do que a nossa sociedade parece caminhar. Não podemos também deixar de considerar, no entanto, algumas situações de cunho medicalizante que, com o passar do tempo, foram sendo superadas.

Assim como Conrad (2005) acreditamos que estamos diante de uma atividade bidirecional, pois assim como é possível medicalizar, é também possível desmedicalizar, apesar do último movimento acontecer com muito menos frequência. Sobre esse tema, Conrad (2005, p.7) nos traz uma importante consideração: “For demedicalization to occur, the problem must no longer be defined in medical terms, and medical treatments can no longer be deemed appropriate interventions”. Neste sentido, podemos compreender que os movimentos de desmedicalização só podem ocorrer a partir do momento em que a situação exposta sofre o distanciamento de intervenções médicas e passam a ser ressignificadas.

Conrad (2005) então, nos apresenta alguns exemplos de desmedicalização. O primeiro deles é aquele relacionado a masturbação infantil, inclusive já citado nesse trabalho, a partir de Foucault (2001). A crença no século XIX era de que esta ação era causadora de todos os

males da vida adulta, necessitando assim, de intervenção médica. Essa situação era tão séria para a época, que foram criados, inclusive, dispositivos penianos anti-masturbatórios, ou seja, dispositivos que impossibilitavam a criança de se estimular. Porém a partir de meados do século XX já era possível perceber que a masturbação infantil não era mais tratada de tal forma que pudesse envolver intervenções médicas, assim como os dispositivos penianos que passaram a se tornar artigos obsoletos.

Conrad (2005) também destaca a conquista que o movimento da deficiência obteve em relação a alguns direitos civis e formas de acesso. Invés de centrar o olhar patologizante no sujeito com deficiência, constroem-se alternativas que garantem acessibilidade para que este não necessite de intervenções médicas para concluir tarefas cotidianas. Ocorre que, através de Lage (2016) podemos observar o processo medicalizante que os sujeitos com deficiência auditiva passam a partir da disseminação do ideal do implante coclear como estratégia de “cura” da surdez. “Os surdos são pessoas que não captam informações sonoras do ambiente. Costumam organizar sua cognição especialmente a partir da visão [...]. Medicalizar uma pessoa surda é reduzir a complexidade desse ser a um traço sensitivo [...]” (LAGE, 2016, p. 24). Nesse sentido, investe-se em cirurgia para o implante e, posteriormente, em manutenções dos aparelhos implantados, - que não são nada baratos, trazendo assim altos lucros para os responsáveis por todo o processo – enquanto diminui-se a atenção para as ações e medidas que deveriam ser realizadas para que a sociedade se adaptasse às condições do sujeito surdo. Ou seja, apesar de Conrad (2005) apontar o movimento desmedicalizante que a deficiência sofreu em certo período, vemos que a sociedade cria formas de remedicalizar o que já fora superado.

Os movimentos em defesa da causa homossexual também tiveram grande importância na desmedicalização da homossexualidade. Como já citamos anteriormente nesse trabalho também, a segunda edição do DSM contava com a patologização da homossexualidade, porém, a partir da luta de seu movimento, houve a retirada da necessidade de ações médicas dessa forma de existência. Há pouco mais de três anos no Brasil, houve a tentativa de reestabelecer esse preceito patológico da homossexualidade com o que denominaram de “Terapia de reorientação sexual” ou, mais popularmente conhecida, como “cura gay”, que compreendia que a homossexualidade poderia ser revertida através de intervenções psicoterápicas, ou seja, novamente na direção de remedicalizar algo que já fora superado. Porém, a partir também dos movimentos que defendem a causa homossexual, o projeto não passou adiante. Inclusive o CFP (Conselho Federal de Psicologia) no ano de 2013 lançou uma

nota onde afirmava:

Estão sim proibidos as (os) psicólogas (os) de exercerem qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, e adotarem ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados. O que é corroborado pelo Código de Ética que em seu art. 2º, alínea i, que diz que é vedado à categoria induzir qualquer pessoa ou organização a recorrer a seus serviços.

O próprio parto pode ser também considerado uma das concepções que tem sido submetido à desmedicalização nos últimos anos, ainda que seja um evento primordialmente médico, o “parto natural” realizado com parteiras e/ou doulas longe dos artificios médicos e clínicas especializadas, é também considerado um movimento de desmedicalização (CONRAD, 2005).

A psicanálise também se mostra como uma importante aliada quando se trata da superação da lógica medicalizante na medida em que resgata a importância da clínica em detrimento das normas estatísticas estigmatizantes. Neste sentido nos deparamos com a ponderação de Veras (2014, p. 192):

O que a psicanálise tem como contribuição no debate sobre a medicalização do mundo é precisamente que não há sintomas puros, separados de qualquer avaliação subjetiva, no espaço que denominamos mental. Qualquer tentativa de fazer do sintoma psíquico um equivalente do sintoma corporal puro é fadado ao fracasso, pois o psíquico é indissociável do falar que é uma experiência que sempre inclui o outro.

Ou seja, mesmo observando que há um grande movimento médico-psiquiátrico aproximando problemas relativos à existência e à relação com o outro aos problemas de cunho biológico, a psicanálise se localiza na direção contrária. Ela visa sustentar a importância das relações, das falas, do outro, para poder compreender os sintomas apresentados e, junto ao analisando, construir formas de enfrentamento para superação do problema daquele sofrimento sem que, contudo, se medique ou, mais ainda, sem que se medicalize aquela situação pontual.

Todas essas opções desmedicalizantes pontuadas acima, porém, não possuem caráter de movimento de resistência especificamente à medicalização da vida. Apesar de se encontrarem atravessadas pelo fato de transformarem o modo como os sujeitos se comportam diante da lógica medicalizante, tais práticas não foram efetivadas por um movimento que se preocupa essencialmente com as questões relativas à medicalização. A idéia deste

enfrentamento, em específico, apenas aparecerá a partir da passagem da década de 1970 para 1980, quando há uma preocupação com os abusos diagnósticos e farmacêuticos (Fórum..., 2015). Nesse sentido, acreditamos ser de suma importância apresentar os movimentos que se constituíram no nosso país que objetivam reduzir as crenças e os danos causados pela hegemonia do saber médico.

5.2 MOVIMENTOS RESISTENTES NACIONAIS

Os movimentos de resistência à medicalização mais especificamente da educação têm início no Brasil por volta da década de 1980, segundo Viégas et. al (2014) com as contribuições de Maria Aparecida Moysés e Cecília Collares, ambas professoras e pesquisadoras desse campo.

Na atualidade nos deparamos com alguns movimentos no Brasil que visam enfraquecer esse ideal medicalizante/normatizador. Em relação a esses movimentos nacionais contra a medicalização da vida, acreditamos ser de grande importância dar lugar de destaque ao *Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* que é um movimento muito influente e que vem trazendo repercussões positivas quanto a sua atuação.

Este Fórum foi estruturado no ano de 2010 como ação política do evento intitulado “I Seminário Internacional ‘A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos’”, ocorrido em São Paulo, local de maior relevância em pesquisas em psicologia escolar/educacional. De acordo com o Manifesto do Fórum encontrado em seu site que, aliás, é uma ótima ferramenta de divulgação da luta contra a medicalização, podemos observar que o mesmo “[...] tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento” (Fórum..., [201-]).

A demanda por essas discussões que dão voz aos saberes cotidianos e que desmitificam o lugar mais elevado do saber médico na sociedade foi se tornando cada vez mais intensa. Em novembro de 2011 ocorria o II Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos” – Novas capturas, antigos diagnósticos na “Era dos Transtornos” e, em Julho de 2013, o III Seminário Internacional a Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças, ambos no Estado de São Paulo. Em Setembro de 2015 o evento foi levado à Bahia intitulado como “IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada: Desver O Mundo, Perturbar Os Sentidos.”

Estes seminários internacionais possuem, atualmente, uma frequência bienal e são de extrema importância na medida em que ampliam o debate sobre a medicalização da vida, inclusive, com pesquisadores da área que enfrentam realidades diferentes em outros países. É interessante perceber que o quarto seminário aconteceu em uma região diferente da que vinha sendo habitual, o que nos leva a crer que a idéia seja, a partir de então, realizar estes seminários em locais distintos para que a informação atravesse diferentes caminhos.

O Fórum conta, em sua composição, com diversas categorias profissionais que garantem seu caráter de comunicação interdisciplinar tais como psicólogos, antropólogos, pedagogos, médicos, fonoaudiólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psicopedagogos, e etc. (Viégas et al., 2014). Vale ressaltar ainda que, por ser de amplitude nacional, o Fórum possui diversos núcleos espalhados pelas diferentes regiões do país para que as divulgações das práticas de resistência possam ser vastamente disseminadas. Os núcleos ativos até o momento são os seguintes: Pará, Rondônia e Acre, Bahia, Natal, Pernambuco, Piauí, Brasília, Norte de Minas, Triângulo Mineiro, Leste de Minas, Poços de Caldas, Belo Horizonte e Região Metropolitana, Uberlândia, Rio de Janeiro, Moji das Cruzes, Laranjal Paulista, Assis, Metropolitano de São Paulo, Sorocaba, Campinas, Baixada Santista, Irati e Região e por fim, Curitiba. Cada núcleo tem suas especificidades, agindo em diferentes instâncias, sejam formulando debates, cursos de aperfeiçoamento sobre o tema, realizando eventos a níveis locais, podendo ser encontrados, até mesmo, em debates com os poderes legislativos e executivos municipais e estaduais, enfim, seja onde for a atuação do núcleo, ele sempre será realizado de acordo com os mesmos princípios postulados pelo Fórum que são eles:

- Contra os processos de medicalização da vida.
- Defesa das pessoas que vivenciam processos de medicalização.
- Defesa dos Direitos Humanos.
- Defesa do Estatuto da Criança e Adolescente.
- Direito à Educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos.
- Direito à Saúde e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios.
- Respeito à diversidade e à singularidade, em especial, nos processos de aprendizagem.
- Valorização da compreensão do fenômeno medicalização em abordagem interdisciplinar.
- Valorização da participação popular.
(Fórum..., [201-]).

De tempos em tempos alguns grupos manifestam interesse em criarem novos núcleos e

aderirem aos pressupostos do Fórum, o que parece muito positivo, já que se cria a perspectiva de alcançar cada vez mais espaços para divulgação dessas ideias anti-medicaizantes. Angelucci (2014, p. 308) ao analisar o poder que o Fórum vem conquistando, afirma:

É significativa a nossa capacidade de mobilização, cujos efeitos são potentes na transformação de processos sociais. [...]. Outro aspecto que gostaria de enfatizar é que muitas vezes não temos dimensão da nossa força política. Quando em São Paulo, [...] demos início aos trabalhos do Fórum, não imaginávamos que em tão pouco teríamos seis núcleos regionais e mais outros em formação. A nossa articulação nacional mostrou que temos potência para mobilização. Além disso encontramos colegas da Argentina do Uruguai, do Chile, de forma que hoje temos uma importante articulação latino-americana.

Além de toda atuação do Fórum e de seus núcleos com as atividades já citadas, as discussões pertinentes à crítica à medicalização da vida também podem ser acessadas facilmente pelo seu site, como já citado, assim como também por meio de outros dispositivos *on-line*. É possível encontrar palestras e vídeos informativos em um canal no *Youtube*⁴, criado em março de 2012 com o mesmo nome do Fórum e que possui atualmente um pouco mais de 400 inscritos e mais de 40 mil visualizações totais. Também podemos nos deparar com as divulgações e discussões sobre o tema na página do *Facebook*⁵, que tem um número de acesso bem elevado contendo mais de 24.500 interessados. Todos esses fatos são extremamente significativos para os apoiadores da causa, pois temos a perspectiva de que a informação esteja percorrendo por caminhos nunca antes imaginados. Em sua página do *Facebook*, podemos observar que o Fórum faz um trabalho muito interessante que se destaca através da atenção que gera. Além de disseminar conhecimento compartilhando artigos, dicas de livros e publicações interessantes que dizem respeito a temática, os organizadores estão sempre atentos aos “memes”⁶ mais atuais, incluindo neles, situações nas quais podemos identificar críticas à medicalização como podemos observar com os exemplos mais atuais abaixo:

⁴ Site para acesso: <https://www.youtube.com/user/forummedicalizacao>

⁵ Site para acesso: <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/?fref=ts>

⁶ O termo “meme” é utilizado quando uma imagem, frase ou vídeo, geralmente de cunho cômico, causam tamanho impacto que os internautas passam a reproduzir aquele objeto repetidas vezes, tornando-o viral.

Figura 1 – “Meme” Logo eu.



Fonte: <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/posts/1444795612239567>, 2017.

Figura 2 – “meme” Hoje vamos entrevistar.

Hoje vamos entrevistar o especialista que consegue diferenciar cientificamente o chamado TDAH de outras dificuldades de escolarização.



Fonte: <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/photos/a.268668679852272.87542.268291293223344/1357900337595762/?type=3&theater>, 2016.

É interessante perceber que esse tipo de ação possibilita que os ideais do Fórum possam alcançar aqueles sujeitos mais distantes de leituras de artigos sobre o tema ou até mesmo os que não conheçam a temática, pois essas imagens são de fácil circulação e possuem um caráter de reflexão sobre o conteúdo proposto, inclusive a rede social deixa o espaço aberto para comentários nas fotos compartilhadas. Sendo assim, podemos perceber que o Fórum preza pela criação de um espaço democrático, onde diferentes pessoas possam ter

acesso e discutir em conjunto as questões referentes a medicalização da vida. Angelucci (2014) compreende que essa forma de ação que o Fórum dispõe se contrapõe ao modelo totalitário que muito comumente é possível observar em ações favoráveis à patologização.

Além das ferramentas de disseminação do conhecimento acima mencionadas, há produções muito interessantes direcionadas aos profissionais. Ou seja, além de incitar a discussão entre pessoas que não possuem instrução sobre o assunto, o Fórum também está interessado em sujeitos que possam a vir a produzir e reproduzir em seu trabalho certas práticas que afirmam a medicalização da vida. Pensando nisso, um Grupo de Trabalho formado através do Fórum, produziu uma cartilha intitulada como “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”, lançada no ano de 2015 e com distribuição gratuita. Essa cartilha foi elaborada em parceria com o Conselho Federal de Psicologia e, como o próprio título da cartilha supõe, ele é voltado para profissionais da educação e da saúde, contudo, sua escrita foi estruturada de forma cuidadosa para que fosse bem acessível. Esta cartilha contém informações críticas sobre a medicalização da vida, assim como também, dispõe de estratégias para enfrentamento desta problemática. Ou seja, para os profissionais que desconhecem os movimentos contra essa prática, eles têm a oportunidade de conhecer, mas acreditamos também que a cartilha seja uma grande aliada até mesmo para aqueles que compreendem a importância de se portar criticamente diante das várias possibilidades de medicalização no seu cotidiano técnico, mas não sabem como enfrentar as situações ou não possuem embasamento suficiente para barrar as práticas medicalizantes em seu local de trabalho.

É indiscutível que o Fórum se apresenta, hoje, como o canal mais sólido de disseminação desses ideais anti-medicalizantes, porém encontramos também em diferentes dispositivos *on-line*, páginas como o “Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida”, criado em 2014 e que reúne mais de 7.000 interessados. Ele traz também grandes discussões a respeito da temática em questão e é constituído por diferentes profissionais que buscam enfrentar os processos de patologização da vida. O Despatologiza também conta com um site próprio (<http://www.despatologiza.com.br>) para informações úteis e divulgação de eventos relacionados ao tema.

Diante de todo o exposto fica evidente que há inúmeros sujeitos sendo alcançados através das informações que chegam diariamente pelos dispositivos citados. Os interessados em ambas as páginas do *Facebook* crescem constantemente, evidenciando a importância de ambos. Tanto o Fórum quanto o Despatologiza estão sempre realizando eventos e reuniões

para discussão do tema, o que possibilita ainda mais a disseminação dos ideais não-medicalizantes.

Sendo assim, seguiremos adiante demonstrando nossa pesquisa de campo realizada a partir das discussões geradas durante esse trabalho. Também não podemos deixar de considerar esse tipo de trabalho como mais um ato de militância contra os mais diversos tipos de medicalização da vida, principalmente àqueles realizados no âmbito escolar.

6 À GUISA DA PESQUISA

Durante toda discussão elaborada acerca das problemáticas relacionadas à medicalização escolar expostas nesse trabalho, foi-nos aguçando o desejo de compreender como os profissionais da educação, que lidam diariamente com as forças medicalizantes, reagem a essas questões, bem como também compreender como percebem e onde localizam o saber do profissional psicólogo escolar/educacional.

Percebemos, no entanto, que o discurso medicalizante vem servindo como premissa básica dentro da instituição escolar, neste sentido, a partir de Insfran (2015) podemos compreender que as demandas ao profissional de psicologia na instituição escolar, mesmo na atualidade, referem-se predominantemente ainda ao modelo de atendimento clínico ao “aluno problema”. Quando não estão relacionadas à prática clínica, é demandado ao psicólogo auxílio no saber-fazer pedagógico, que devem oferecer testes ou teorias psicológicas que deem conta dos problemas emergentes a partir do processo de escolarização. Como já discutimos nesse trabalho, isso não ocorre à toa. Há uma cultura medicalizante que permeia a área educacional, bem como também há a crença de que os saberes médicos/psicológicos explicam os problemas emergentes na escola muito melhor do que qualquer outro saber. Acreditamos, no entanto, que não há melhor profissional para lidar e falar sobre os problemas que surgem no chão da escola, do que os próprios profissionais da educação que possuem conhecimentos pedagógicos em níveis muito mais elevados que os psicólogos.

O que acreditamos que possa estar ocorrendo, neste sentido, é que, porque o saber médico é tão reverenciado em nossa sociedade, assim como as indústrias farmacêuticas que investem em criações de medicamentos e que, conseqüentemente, ocasionam alto nível de lucro financeiro, o saber pedagógico é diminuído em prol desse ideal medicalizante (Guarido, 2007). Assim, os profissionais da educação passam a desacreditar de suas teorias, bem como passam a não pôr em prática novas formas de lidar com as questões cotidianas, tornando natural o encaminhamento ao médico neurologista/psiquiatra ou ao psicólogo e, dessa forma, colocando-os como detentores de todo saber.

Dando ênfase à prática pedagógica, não diminuimos a importância da psicologia ou de qualquer outra área profissional nas escolas. Um fato não deve nem pode excluir o outro, porém é de suma importância que cada qual saiba o seu espaço e o seu valor enquanto práticas inseridas na instituição. Um saber não deve estar submisso ao outro, mas devem ser trabalhados de forma complementar. Nesse sentido, a realização da pesquisa leva como

principal eixo o enaltecimento das práticas pedagógicas que o professor é capaz de produzir.

Sendo assim, a realização de uma pesquisa com profissionais da educação pareceu-nos um importante meio para compreendermos as questões que nos inquietam. Nosso campo de trabalho foi pensado a partir da compreensão da importância de disseminar o saber produzido na Universidade, principalmente enquanto instituição Pública, assim como buscar o estreitamento dos laços entre a Universidade e a sociedade local. Neste sentido, esta pesquisa foi realizada com profissionais de uma escola de educação infantil, localizada na cidade de Santo Antônio de Pádua, noroeste do estado do Rio de Janeiro, o mesmo local onde se encontra o Programa de Pós-Graduação em Ensino que possibilitou a pesquisa.

6.1 DISCUSSÕES PRÁTICAS SOBRE O COTIDIANO: a roda de conversa como método

A pesquisa foi confeccionada, inicialmente, para que realizássemos duas etapas, sendo a primeira delas a aplicação de um questionário (em anexo) e a segunda um curso de formação continuada com a temática central desta dissertação: medicalização escolar. O questionário serviria para averiguar, de forma geral, o nível de compreensão sobre o ponto central do trabalho, investigando, inclusive, se este é um assunto recorrentemente discutido no ambiente escolar. Assim como também avaliar o nível de compreensão a respeito do trabalho do psicólogo escolar/educacional. Ocorre que tivemos a indicação muito bem ponderada dos professores convidados para participação da banca de qualificação deste trabalho, professor Dr. Rossano Lima e professora Dr.^a Kátia Aguiar de que, com esse questionário poderíamos correr o risco de induzir as profissionais a falar de um assunto unicamente de nosso interesse. Ou seja, a sugestão era de que suscitássemos, através da pesquisa, os reais interesses e discussões gerados naquele ambiente para que pudéssemos divergir da prática totalitária comumente oferecida às escolas e que muito criticamos durante a construção da parte teórica desse trabalho. Sendo assim, a ideia era de que se chegássemos com um tema pronto para discussão, pressupondo que aquela instituição necessita de nossa ajuda para compreender um problema que apenas nós consideramos ser importante, estaríamos excluindo inúmeras diversidades do que o cotidiano escolar apresenta, bem como a real necessidade que aquela instituição possui.

Logo então, decidimos nos arriscar alterando a ideia inicial, compreendendo que, caso nossa temática não aparecesse como um ponto importante durante a pesquisa,

apresentaríamos um campo demasiadamente divergente do que a teoria vem nos apontando como recorrência. Sendo assim, não utilizamos o questionário construído a fim de realizarmos outra forma de investigação.

Seguindo esta linha, inicialmente acreditamos que, para nossa pesquisa, o melhor era deixar as considerações daquelas profissionais emergirem, antes mesmo de nos colocarmos como investigadoras sobre a medicalização escolar. Sendo assim, seguindo o caminho proposto, oferecemos a liberdade de uma roda de conversa onde as profissionais pudessem sentir-se confortáveis para falarem de suas aflições e desejos diante da prática escolar. Compreendemos, assim como Moura & Lima (2014, p. 99) que esse método “É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo”.

A escolha por esse caminho de roda de conversa também se deu por se tratar de um instrumento que nos possibilita maior interação com o grupo pesquisado. Nesse sentido, compreendemos que os assuntos conversados durante a roda poderiam ser impactados por nossa presença, enquanto pesquisadoras inseridas no campo, bem como da mesma forma poderíamos sofrer com os impactos que as experiências compartilhadas com o grupo nos trazem. Sendo assim, apesar de tentar nos manter neutras diante do grupo, tínhamos a consciência que a neutralidade pura nesse tipo de pesquisa não é alcançável.

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e resignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso. (SAMPAIO, et. al., 2014, p. 1301)

Ou seja, em se tratando de horizontalização das relações de poder, já supomos que não há submissão de um saber a outro, assim como não deve haver espaço para intervenções essencialmente medicalizantes. Por ser um método horizontal, não tem como haver um mestre que regula o certo, o errado, o tempo e o espaço, o que possibilita maior liberdade durante as discussões.

Uma roda de conversa enquanto método de pesquisa não é o mesmo que uma roda de conversa comum, das que costumamos observar a cada encontro com o outro, apesar de em

prática muito se assemelham. É possível encontrar em ambas um ambiente propício para uma relação confortável e descontraída, assim como há sujeitos que falam livremente com concordâncias e discordâncias e também não há como prever o desenrolar da conversa, compreendendo que muitas nuances podem emergir nas duas formas de roda de conversa. Porém uma roda de conversa enquanto método possui a característica de discussões de temáticas para resoluções de problemas. É interessante perceber que com um pesquisador/mediador que compreende o seu local de mediação da conversa, bem como seu impacto para com o grupo, é possível um olhar amplo sobre as narrativas, identificando o que percorre nas entrelinhas do discurso, assim como também a realização de intervenções necessárias em momentos oportunos. Durante o processo das rodas de conversa esse foi um ponto desafiador, já que a intervenção deveria ser uma estratégia rápida para perguntas que vez ou outra insistiam a nos fazer diretamente, puramente pelo fato de sermos psicólogas, porém nossa intervenção sempre se deu de forma que acreditassem que os seus saberes eram também potentes. Para além do mediador, a maior importância na roda de conversa enquanto método de pesquisa é indicada aos participantes na medida em que criam um espaço dicotômico entre a escuta do outro e o que se quer falar. As discussões geradas são de grande relevância a partir da possibilidade de compreender, através das concordâncias ou discordâncias do grupo, as formas como se implicam nas relações, além disso, o processo de falar sobre determinados assuntos oferece ao próprio locutor caminhos subjetivos antes inacessíveis. Em relação ao processo de escuta, Peixoto & Silva (2014, p. 127) comentam que “Escutar é dar voz ao sujeito para que este perceba suas implicações com aquilo que o incomoda e com o que se queixa e, assim, apodere-se de suas decisões e não as impute aos outros”.

Comentando ainda sobre o método da roda de conversa, Moura & Lima (2014, p. 101) afirmam que “um dos seus objetivos é de socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta”. Era exatamente nesse ponto, muito bem descrito pelas autoras, que gostaríamos de chegar. O nosso trabalho traz como um dos principais objetivos o compartilhamento de experiências para que as próprias profissionais possam enxergar entre elas a força de seu saber-fazer. Ou seja, é através da proposta da roda de conversa que possibilitaremos às profissionais da educação respostas para suas aflições, respostas essas elaboradas não por nós, psicólogas/pesquisadoras representantes do saber médico, mas pelas próprias profissionais

que possuem o saber do cotidiano e os artifícios pedagógicos para manejar determinadas situações.

Acreditamos que, assim, podemos contribuir para que esse espaço de escuta e troca de informações se torne mais firme e frequente, pois consideramos de suma importância essa troca de vivências entre os próprios profissionais para que se aproximem em sua comunicação e se atualizem também em seu cotidiano. Ou seja, neste sentido, a ideia é também possibilitar a oportunidade de ouvir quais estratégias foram utilizadas por seus colegas quando tentaram fazer dar certo, na mesma medida em que podem se atentar sobre quais alternativas falharam. Este momento de troca de informações está muito mais ligado à potencialização dos saberes e práticas pedagógicas/pessoais do que a uma prática medicalizante. Compreendemos, neste sentido, que é exatamente isto que deve ser enaltecido pela escola, já que este é o espaço de seu saber.

Em suma, a ideia da roda de conversa é a construção de um ambiente facilitador com a finalidade de realizarmos discussões sobre diferentes temáticas construindo formas de enfrentamento e novas possibilidades, bem como apoiarmos sua autonomia frente às práticas e saberes médicos. Por fim, a pesquisa possibilita, também, que os próprios profissionais percebam a importância desse momento para que continuem a roda de conversa como uma prática de rotina, mas sem a necessidade de nossa presença. Isso possibilita que esses profissionais continuem a solucionar os problemas que vem da própria escola, sem que levem, em primeira instância, aquele problema para fora dela.

A partir dos próximos tópicos, abordaremos mais especificamente os fatos mais relevantes durante a pesquisa. Acreditamos ser de suma importância informar que todas as impressões relatadas nas próximas linhas foram descritas através da versão de sentido, que de acordo com Amatuzzi (2008), é um método que não se importa com a objetividade do que é descrito, seja através da fala ou da escrita, mas das reações causadas tão logo o encontro se encerre. E era assim que ocorria conosco, após as rodas de conversa, nós, enquanto pesquisadoras, nos reuníamos para discutir as impressões geradas naqueles encontros e fazíamos anotações sobre elas. Acreditamos que essas impressões relatam nossa experiência de forma mais segura do que era percebido nas entrelinhas da roda de conversa. E são esses dados que apresentaremos a partir de agora.

6.2 IMPRESSÕES SOBRE AS RODAS DE CONVERSA

Como afirmamos anteriormente, percebemos que não poderíamos realizar esta pesquisa no ambiente educacional já esclarecendo, previamente, nosso interesse em relação às discussões sobre a medicalização escolar. Ou seja, acreditamos que se a conversa ocorresse de forma mais “livre”, poderíamos notar se esta temática é realmente algo que interessa e que está atravessando a vida desses profissionais. Inclusive, isto faz muito sentido quando nos atentamos a tudo que discutimos até agora durante esse trabalho. Esses profissionais precisam de mais espaço e atenção. Precisamos ouvi-los para entender suas reais necessidades, pois são eles que lidam diariamente com os diferentes tipos de situações problemáticas que envolvem o cotidiano escolar e suas diversas instâncias, seja entre pares, seja entre seus superiores, ou com a secretaria de educação do município, com seus alunos e/ou até mesmo com os responsáveis por seus alunos. Notamos que, para a pesquisa, essa forma de abordagem parece muito mais enriquecedora, na medida em que podemos observar se esta instituição realmente se sente pressionada com o poder do saber médico, assim como, perceber a real necessidade de incluir a discussão sobre medicalização escolar nesse ambiente.

Inicialmente apresentamos a proposta para a diretora e a coordenadora da escola. Discutimos sobre os interesses e a relevância dessa roda de conversa que estávamos propondo, esclarecendo que a mesma seria realizada de maneira a estreitar os laços e ajudar a resolver os problemas enfrentados pela e na instituição. A diretora, a princípio, pareceu bastante receptiva com o trabalho, acreditando que seria ótimo para a instituição, pois, segundo ela, havia alguns alunos com “casos problemáticos” – o que nos soou bastante interessante já de início.

Sáímos desse primeiro encontro inquietadas pela frase já nos presenteada inicialmente e com a certeza que retornaríamos mais cinco vezes entre os meses de Maio e Julho de 2016 e que, mesmo que parecesse insuficiente de início, poderíamos tentar alongar os encontros de acordo com a necessidade das profissionais.

Sendo assim, nosso panorama nesse momento era a utilização de cerca de uma hora, a cada quinze dias, para a realização das nossas rodas de conversa. De acordo com a diretora, não havia possibilidade de realizar a roda de conversa toda semana, já que as profissionais que trabalhavam naquela escola só dispunham de uma hora para atividades extras por semana e já ocorria quinzenalmente uma reunião pedagógica que, de acordo com a diretora, servia para tratar de alguns problemas que surgiam na escola. Dessa forma, pensamos que aquela

instituição, talvez, já tivesse algo parecido com o que estaríamos propondo, mas seguimos para o primeiro encontro para averiguar melhor toda a situação que fora explicitada para nós de início.

O primeiro encontro com o grupo pareceu bastante esclarecedor. As oito profissionais que nos esperavam, incluindo a diretora e a coordenadora que já haviam conversado conosco anteriormente, se encontravam sentadas em pequenas carteiras numa espécie de fileira, reproduzindo a organização clássica de uma sala de aula. Pedimos que tentassem fazer uma organização em círculo para que todas nós pudéssemos ter algum tipo de contato visual durante aquele tempo. Assim como Moura & Lima (2014), acreditamos que as discussões são geradas de uma melhor forma quando há entrosamento no grupo, dessa forma, solicitamos que todas se apresentassem para podermos dar continuidade à pesquisa. Apresentamos também a nossa proposta de trabalho para todas as participantes, com a crença na criação de um vínculo de confiança. Após nossas apresentações, fizemos um questionamento sobre como elas acreditavam que nossa presença pudesse auxiliá-las em seus cotidianos, para podermos dar início às discussões. Após um silêncio comum de início de conversa, a diretora faz um apelo para que elas “proveitassem” para nos perguntarem todas as dúvidas que poderiam ter, já nos posicionando em um lugar superior ao seu e ao delas.

6.2.1 O efeito do diálogo sobre o cotidiano

Conduzir uma conversa com os responsáveis pelos alunos que resulte em algum efeito positivo foi algo que surgiu como interesse e foi, inclusive, assunto proposto por uma das profissionais logo de início. Essa queixa se dava, pois, o trabalho efetivado com o aluno na escola não era continuado em casa pelos responsáveis, o que, segundo as professoras, era um grande problema que atrapalhava a condução do trabalho. Ao desenrolar da conversa percebíamos que, na verdade, não havia espaço concreto para esse diálogo com os responsáveis, pois o mesmo se dava informalmente durante alguns minutos em que o responsável se encontrava no portão da escola enquanto esperava para buscar o aluno. Ou seja, a queixa pela falta de diálogo se dava tão somente pelo fato de não haver espaço oportuno para esse diálogo. Isso nos foi bastante claro após algumas situações que foram sendo elucidadas ao longo dos encontros. No momento em que percebemos que o diálogo informal, realizado até então, não funcionava, indagamos sobre o que as impossibilitava o convite aos responsáveis para uma conversa formal com data, hora e local marcados. As profissionais foram unânimes ao afirmar que não funcionaria, pois os responsáveis pelos alunos costumam

estar sempre muito ocupados e acabam não comparecendo às reuniões marcadas.

Para compreendermos melhor sobre a queixa que nos traziam, durante a conversa, pedimos que levantassem um exemplo real de algum caso preocupante onde o contato com os responsáveis fosse imprescindível para o desenvolvimento daquele aluno na escola. Nesse sentido, todas concordaram em falar sobre um aluno específico de cinco anos de idade que trazia preocupação geral pelo fato de apresentar comportamentos comuns ao gênero feminino. E isso se tornava um caso preocupante na medida em que ele sofria violência física do seu padrasto, que não aceitava esse seu comportamento, assim como era alvo de diferentes tipos de diagnósticos, inclusive a mãe havia apresentado, há pouco tempo, o laudo de TDAH, que, segundo a atual professora desse aluno, se traduzia pelo fato dele possuir uma grande dificuldade em prestar atenção no que ela fala durante a aula.

Durante a roda de conversa, soubemos que no ano anterior o menino havia estudado nessa mesma escola com outra professora que estava participando da roda de conversa. Logo então, pedimos para que ela relatasse um pouco sobre como era o comportamento daquele aluno, assim como sobre a situação de violência física sofrida por ele para que pudéssemos compreender melhor a situação que tanto preocupava essas profissionais. A professora relatou, primeiramente, que o aluno possuía o que ela denominou de “movimentos motores perfeitos” e que, apenas no momento das brincadeiras ele parava para se concentrar no que estava fazendo. Porém, durante a aula, era realmente difícil fazer com que ele parasse para prestar atenção no que ela ensinava. Percebemos nesse ponto que a hiperatividade do aluno só acionava quando era preciso focar no estudo, pois, segundo relato da professora, ao brincar com os brinquedos das meninas, ele parecia tranquilo e quieto.

Sobre a violência física vivida por ele, ela relatou que em alguns momentos chegou a reparar algumas marcas em seu corpo, mas o menino sempre “inventava” uma história quando questionado por elas. O Conselho Tutelar havia sido até acionado em certo momento, porém a visita ao aluno nunca ocorrera. Ela relatou ainda que, certa vez, a mãe do menino havia solicitado na escola que não o deixassem brincar com nenhum brinquedo que remetesse ao gênero feminino, pois alguns dias antes ele havia sido reprimido, em casa, por ser pego utilizando suas roupas e sapatos como fantasia. Todas as professoras que ali estavam disseram que esse pedido da mãe era algo impossível de ser acatado, visto que, na visão delas, o que mais deixava ele feliz era poder brincar de boneca com as meninas, mexer no cabelo delas como se fosse um cabeleireiro e elas não viam sentido em tirar isso dele, mas o impasse entre acatar a decisão da mãe ou fazer o que lhes parece melhor acabava acontecendo.

Após algumas discussões sobre essa situação, chegamos, em conjunto, à conclusão que, talvez, a falta de atenção do menino pudesse ter relação com o fato de que, como em casa ele era impedido de brincar com o que ele gostava de fato, talvez, ele tivesse a escola como um espaço onde pudesse liberar toda sua vontade reprimida, através da liberdade de brincar com objetos de interesse feminino, assim como brincar com as meninas. Uma das professoras ao concordar com esse fato lembrou do gosto dele por suas pulseiras, afirmando que todo dia ele pede para ver suas pulseiras e coloca-las em seu pulso. A partir dessa história contada por uma das professoras, a diretora sugeriu que a atual professora desse menino tentasse utilizar o método que ela chamou de “sistema de pulseiras” para ensinar as letras. Segundo ela, esse método pedagógico é muito utilizado e costumava dar certo com os alunos com quem já havia tentado. E, como o menino tem interesse por pulseiras, sua atenção no momento do ensino poderia aumentar.

Nesse sentido, nos aproximamos de Veras (2015, p. 197) quando ele afirma que: "É preciso que a criança tenha curiosidade. Como estimular essa curiosidade na criança? O que se percebe é que há um fracasso, então, dos métodos ortodoxos e que a escola precisa ser repensada realmente para o século XXI". O que se encaixa perfeitamente com a nossa discussão, haja vista os métodos tradicionais parecer não funcionar adequadamente com essa criança, sendo assim, há a necessidade de reformulação do método de ensino, não se baseando, aqui, somente na ideia de que estamos em um século mais avançado e que, portanto, as crianças devem ter outras necessidades diante do processo de escolarização, mas nos baseando também na compreensão de caso a caso, como por exemplo, a ideia suscitada nesse momento da discussão.

Como pesquisadoras, percebemos que esse espaço de trocas e compartilhamento de experiências era deficiente nessa escola. Mesmo que nessa instituição elas mantivessem reuniões quinzenais para tratarmos de assuntos pedagógicos, os problemas enfrentados através das angústias rotineiras pareciam não ter espaço para discussão, haja vista, as soluções encontradas nessa roda de conversa serem oferecidas pelas próprias profissionais da escola, mas nunca antes pensadas por elas. Ou seja, o trabalho que estávamos efetuando naquele ambiente era apenas de suscitar a discussão, abrindo espaço para que as próprias profissionais da escola, que possuem maior conhecimento sobre o seu cotidiano do que qualquer outro profissional externo a ele, possam tentar chegar a conclusões pensando em conjunto.

É claro que naquele momento não tínhamos certeza – e nem era esse o nosso interesse real – de que o tal “sistema de pulseiras” mencionado daria certo, mas era ótimo poder ver as

discussões geradas pela opção oferecida pela diretora da própria escola e observar as ideias que iam surgindo, bem como a forma como se relacionavam. Era ótimo também poder observar esse empoderamento das profissionais sobre seu próprio saber-fazer. Enquanto elas discutiam sobre como pôr em prática e como adaptar o “sistema de pulseiras” ao que elas tinham na situação real, observávamos que a possibilidade para o distanciamento do pensamento medicalizante e estigmatizante parecia concreto e possível. Víamos ali profissionais tentando fazer o processo de aprendizagem dar certo, apesar do diagnóstico de TDAH que rotulara o menino como desatento através de seu comportamento desviante. Ou seja, víamos ali potência para a construção de métodos pedagógicos diferenciados para que aquele aluno não caísse no estereótipo do “aluno-problema” ou “aquele que não aprende”.

Podemos compreender que inicialmente esse caso nos foi apresentado como um problema de comunicação com os responsáveis pelo aluno. Ao desenrolar da conversa percebemos que muitas outras problemáticas estavam envolvidas nessa relação com o aluno em questão. Com os primeiros problemas aparentes discutidos e com sugestões de estratégias para soluções estabelecidas, outros dilemas emergiam. Com esse movimento, retornamos ao impasse inicial sobre a falta de comunicação com os responsáveis. Nesse caso em específico, as profissionais, apesar do pessimismo em relação ao comparecimento dos responsáveis, principalmente do padrasto que utilizava de agressões físicas para "corrigir" o que lhe parecia errado, resolveram chamar os pais desse aluno para uma conversa, mas solicitaram que pelo menos uma de nós estivéssemos presente com a ideia de que daríamos suporte durante essa conversa.

6.2.2 Um espaço de escuta entre família e escola

Assim, uma reunião foi marcada com a presença da professora do aluno, da coordenadora pedagógica e da Fernanda. O padrasto não pôde comparecer porque a reunião aconteceu em seu horário de trabalho. Inicialmente, a professora começou a falar das dificuldades de atenção do aluno, que se distraía facilmente com conversas e atividades alheias, não se concentrando/ interessando nas próprias atividades, o que, de acordo com a professora, contribuiu para que ele tivesse um desenvolvimento aquém do esperado em comparação com os demais colegas de turma. A mãe fala que já o levou em muitos especialistas, que o menino recebeu o diagnóstico de déficit de atenção e foi prescrito o uso de Risperidona, mas que ela suspendeu o uso depois que o menino teve uma crise convulsiva e “foi parar no oxigênio”.

A professora diz que, apesar da distração do aluno, ele se concentra bastante nas atividades que tem interesse. Nesse momento, o foco da conversa passa a ser os ditos “comportamentos desviantes” do aluno. A mãe diz já ter feito todos os exames possíveis e que agora só falta fazer o “exame de hormônio”, para saber se o menino tem algum problema hormonal que faz com que ele tenha o comportamento afeminado repudiado pela família (e punido com agressão física pelo padrasto). Ela diz sentir-se muito pressionada por outros familiares a dar conta dessa situação e impedir que o menino tenha interesse por brinquedos e objetos femininos. Culpou a antiga escola que o menino frequentou por estimulá-lo a brincar com bonecas, pois “elas deixavam ele brincar com qualquer coisa” (referindo-se ao fato de que as professoras não o impediam de escolher seus brinquedos).

A professora e a coordenadora pedagógica explicaram para a mãe que impedi-lo de brincar com as meninas e com as bonecas, pulseiras e pinturas, pode agravar o desinteresse dele pelas atividades pedagógicas que ele precisa realizar (como está no Pré I, o aluno já deveria conseguir escrever sozinho seu nome – que é duplo – e conhecer letras e números, mas de acordo com a professora ele ainda tem muita dificuldade). Algumas informações importantes sobre questões de gênero e sexualidade foram dadas a mãe por percebermos uma grande confusão e angústia quanto aos comportamentos que o filho apresentava, bastante distanciados do considerado ideal por ela e sua família. Ao final da reunião, a coordenadora pedagógica teceu alguns comentários que evidenciaram sua crítica à falta de informação/formação da mãe. Essa atitude da coordenadora traduz uma situação comum no cotidiano escolar, como Insfran nos mostrou em sua tese de doutorado: “julgamentos morais e éticos são frequentemente direcionados a pais e alunos, como se os profissionais da escola de fato conhecessem os elementos ausentes em cada família que colaboram para o fracasso escolar” (INSFRAN, 2010, p. 182).

Portanto, ficou bem claro para nós que urge aproximarmos famílias e escolas. É de suma importância que essas instituições se conheçam suficientemente bem para que algumas barreiras sejam quebradas, como essa relacionada à comunicação. Em outros momentos de nossa roda de conversa, percebemos a existência de uma demanda das famílias por mais reuniões onde o foco não seja apenas tratar de dificuldades dos seus filhos, mas sim para esclarecer dúvidas e inseguranças que eles têm com relação a educação que oferecem e também àquela que é oferecida pela instituição escolar.

Além disso, ficou claro para nós que o impedimento inicial por uma reunião como essa parecia sustentado por certa insegurança que as profissionais mantinham em relação aos

pais dos alunos. Elas se mostravam desestimuladas por não conseguirem despertar interesse nos responsáveis a darem continuidade nos trabalhos que efetuam na escola. Ocorre que, além de todas as práticas sociais que culturalmente vem diminuindo o saber pedagógico em prol de outros saberes e que acaba desestimulando o profissional da pedagogia em seu cotidiano, não havia espaço concreto para uma conversa com os responsáveis, como apontamos inicialmente. Ou seja, a soma dessas duas situações acarretava em frases como: “os pais não se interessam pelo que os filhos fazem na escola” ou “não adianta chamar porque os pais não vêm” ou “eles não nos ouvem” ou até mesmo “será perda de tempo”. Quando nos dispusemos a comparecer na reunião, as profissionais ficaram bastante animadas, pois acreditavam que, com o nosso saber sobre a psicologia, poderíamos auxiliá-las de diversas formas. De fato, a psicologia muito tem a ajudar nesse sentido, mas nosso objetivo principal era mostrar a essas profissionais que aquela conversa com os pais poderia ser realizada sem nossa intervenção, pois elas sabiam o que precisavam discutir com os responsáveis, como já haviam apontado em nossa roda de conversa. Nesse sentido, a psicóloga presente na reunião não precisou conduzir a conversa, pois as próprias profissionais souberam realizar essa condução, que pareceu bastante esclarecedora para ambas as partes. Ao fim da reunião tanto a escola quanto a família pareciam muito satisfeitos com o momento que tiveram, o que nos evidencia que o temor inicial se tratava também sobre a falta de confiança sobre seu saber.

6.2.3 O lugar de saber ocupado

Um outro ponto que pudemos levantar durante as rodas de conversa foi o lugar de saber que algumas pessoas do grupo nos colocavam. Sendo esse, inclusive, um de nossos interesses desde o início dessa pesquisa: compreender a forma como observam o papel do psicólogo escolar/educacional e em qual local de saber os colocam.

Em um dado momento, uma das participantes nos solicitou ajuda para saber identificar casos de “DDA” e “TDAH”, de acordo com suas próprias palavras. Ela solicitava essa ajuda, pois notava discrepância no comportamento de uma criança próxima a ela que tinha apenas dois anos de idade. Ocorre que, quando perguntavam algo diretamente à nós, apenas pelo fato de sermos psicólogas, tentávamos suscitar uma discussão entre o grupo sobre o tema questionado para que as próprias profissionais pudessem pensar e chegar a alguma conclusão sobre o tema. E, a partir da discussão gerada por essa pergunta, uma das professoras afirmou que o comportamento discrepante mencionado era nada mais que a reprodução de uma criança mais esperta e agitada, mas ainda sim comportamento natural de criança. Não muito

satisfeita com a resposta de sua colega, novamente a mesma profissional nos perguntou como poderia identificar esses casos e se havia algo que pudesse observar mais atentamente que levantasse a necessidade de intervenções de especialistas. Tentamos novamente gerar a discussão, mas como ficou muito aparente o direcionamento da pergunta, as demais colegas não desenrolaram o assunto, dessa forma respondemos de maneira superficial alegando que, em geral, casos desse tipo de transtorno são identificados no período em que a criança começa a ler e a escrever, pois enfrenta situações adversas onde necessita ter maior atenção e foco para o que está aprendendo a fazer, ou seja, esse momento em que ela citava era muito cedo para pensar nesse diagnóstico.

Nossa surpresa se deu quando outras profissionais, a partir de nossa afirmação, comentaram que esse tipo de comportamento infantil era comum, que talvez a criança mencionada fosse apenas mais esperta ou mais rápida que os outros. Ou seja, estas não acharam útil discutir sobre qual distúrbio essa criança poderia ter por se comportar um pouco diferente das demais, compreendendo a situação sem a necessidade de rotulações, de padrões de certo/errado, diferente/normal, o que soou muito positivo para nós. Já que uma parte das profissionais que ali estavam se portavam de maneira crítica e distanciada do modelo medicalizante, contrariando a conduta da outra profissional, que insistiu mais uma vez no pedido para que ensinássemos como avaliar o transtorno em uma criança. Como acreditamos na importância de enaltecer os enunciados das professoras que falavam nesse momento, confirmamos as afirmações suscitadas. Pensamos que dessa forma, poderíamos criar a ideia de que elas não precisam que nós, figuras representativas do saber médico externo à escola, ofereçamos o veredito sobre os transtornos, pois o que elas constroem no cotidiano com os alunos deve parecer ser mais importante do que o laudo que determinado aluno traz consigo. É no cotidiano que a relação ensino-aprendizagem se desenrola, é também no cotidiano que elas podem construir novas estratégias de ensino.

Nos parece bem claro que essa profissional, que requeria de nós o ensino sobre a realização do diagnóstico, não é um caso pontual, assim como também não parece ser um caso de ignorância. Inclusive, Veras (2015, p.192) nos aponta que: “A fascinação pelos testes, a fascinação pelas avaliações coletivas e pela busca de um método diagnóstico em que um questionário seja uma interface transparente entre o clínico e a verdade do sintoma é cada vez maior”. O autor quando trás essa afirmativa, fala especificamente dos novos psicólogos e psiquiatras inseridos no mercado de trabalho. Porém acreditamos que esse tipo de atitude por parte desses profissionais que se utilizam desses instrumentos abre espaço para que essa

“fascinação” atravessa também outras profissões, como nesse caso citado, uma professora, que solicita de nós, psicólogas, a utilização e ensino desse tipo de técnica, pois o mesmo, através de sua cientificidade – obscura – trás a ideia de ser algo eficaz. E este autor ainda complementa:

“Basta aparecer um texto dizendo-se científico por exprimir números e tabelas e rapidamente isto assume valor de verdade. Sabemos que não é assim que a verdadeira ciência avança, a verdadeira ciência nunca se autoriza a falar em nome da verdade, pois ela sabe que os experimentos se sucedem e que todo experimento ou conjunto de experimentos são sempre muito distantes do que se passa na vida real das pessoas. Mas em um mundo no qual há uma total descrença dos valores tradicionais assim como no simbólico, cada vez mais é possível confundir ciência e pseudociência” (VERAS, 2015, pp. 93-94)

Nesse sentido é que vemos coerência ao afirmar a posição das professoras que concluíram que a criança apresentada acima poderia não estar sofrendo de nenhum transtorno e, além disso, afirmar a posição que trazemos de que, enquanto professoras, o papel delas não era de aprender a diagnosticar os diferentes tipos de casos que chegam em suas salas, como as orientações aos professores da rede estadual de ensino do estado de Minas Gerais tentou disseminar no ano de 2012, como já exposto nesse trabalho. Isso não as tornaria melhor em seu cotidiano pelo simples fato de aquela não ser sua função. Enquanto que, ao contrário, resistir ao diagnóstico posto poderia, sim, torná-las melhores em seu saber-fazer. Essa resistência se dá quando o aluno chega rotulado como "aquele que não aprende", "aquele que não entende", mas que com paciência e muita resistência, a profissional que lida com ele, consegue fazer diferente, consegue criar laços, motivar e chegar ao objetivo fim de sua função: a aprendizagem.

6.2.4 A falta de poder sobre o próprio saber-fazer

Outro caso curioso levantado durante nossas rodas de conversa foi o de um aluno cego diagnosticado com autismo. A professora trazia com pesar esse caso, suscitado também pela ideia da dificuldade da conversa com os responsáveis. Ao pedirmos para nos contar um pouco da história a professora iniciou alegando que os pais do aluno eram muito cuidadosos, porém por trabalharem o dia inteiro, quem fica a maior parte do tempo com o menino são seus avós. Ocorre que a professora acredita que os avós protegem demais a criança e, pelo fato dele ser cego, acabam fazendo tudo o que podem por ele, diminuindo as possibilidades de

desenvolvimento comum. Quanto aos pais, a queixa seguia pelo mesmo caminho, já que, como só estão com ele em um pequeno período do dia, acabam tentando satisfazê-lo realizando todas as ações por ele.

Nesse sentido, a professora explicou que o aluno chegou à escola sem saber praticar pequenas ações do dia-a-dia como, por exemplo, abrir a torneira da pia, acender e apagar a luz no interruptor, assim como também possuía certa dificuldade ao entrar e sair dos locais. Ela deu o exemplo de que quando o menino entrava na sala ele não saía se não o puxasse ou empurrasse, da mesma forma acontecia no banheiro. Ele sempre tinha que ser empurrado ou puxado para entrar e sair dos locais. Outro ponto importante era de que, assim que ele entrou na escola não conseguia entrar em contato com os outros alunos mantendo-se sempre distante, porém ela percebera que ele também não mantinha contato com outras crianças em casa, o que podia possibilitar esse distanciamento social. Ela contou que estava realizando um trabalho de reconhecimento dos ambientes com ele e que, durante aqueles meses que ele estava com ela, através de estímulos constantes, já havia aprendido diferentes situações que antes não praticava, como as mencionadas acima. O contato com outras crianças também começou-se a mostrar mais aparente. A questão que ela colocava era de que o aluno não era estimulado quando estava em casa. Ou seja, o trabalho que ela realizava na escola para que seu aluno se tornasse mais independente não era repetido quando o aluno estava em casa e isso trazia muita angústia para a professora, já que o desenvolvimento de suas habilidades era menor do que o esperado e, nesse esquema de conversa com os responsáveis no portão da escola, não conseguia nenhum efeito.

A professora nos contou que o laudo de autismo havia chegado há pouco tempo na escola e que, como ela mantinha contato com a mãe do aluno através de redes sociais, percebera o quanto a mãe se sentira com um certo alívio pelo fato do filho ser autista. Ela acredita que a mãe buscava explicações biológicas sobre o que seu filho tinha por ter certas dificuldades que vão além de sua cegueira. Acontece que a professora acreditava que muito do que podia parecer com os sinais de autismo, que trouxeram como diagnóstico, se traduzia pelo fato da falta de estímulo que o menino recebia, mas que com o laudo apresentado ela “nada podia fazer”, segundo suas próprias palavras. Essa sensação de impotência diante do saber dos especialistas parece muito comum nas práticas pedagógicas, como podemos observar em Peixoto & Silva (2016), por exemplo. Estes autores vão ainda mais além e afirmam que:

Desta forma, os educadores adoecem física e subjetivamente. Sentem-se impotentes, inseguros e sozinhos diante de tantas exigências. Não há tempo

disponível para trocas de seus medos ou conquistas e o que deveria ser um espaço coletivo fica transformado em somatório de ações extremamente solitárias. (PEIXOTO & SILVA, 2016, p. 126)

Ou seja, mais do que apenas a insatisfação e o desprazer pelo trabalho, os autores apontam que a falta de poder sobre seu saber-fazer pode trazer, inclusive, consequências na saúde física e mental do profissional da educação, o que muito nos preocupa. Estamos vivenciando e compartilhando uma instituição adoecedora. Adoece o aluno, adoece o profissional assim como adoece todas as formas de existência.

Outro fato importante que foi elucidado a partir desse caso era em relação às documentações do aluno na secretaria da escola. Ocorre que a secretaria de educação do município havia solicitado para que cada escola fizesse um levantamento sobre o quantitativo de alunos com laudo nas instituições municipais para pensarem em estratégias de atendimento. Como nem a professora, nem a secretária concordavam com o laudo de autismo desse menino, – e já até haviam proposto aos responsáveis a reavaliação por outro profissional – resolveram entrar em contato com a secretaria de educação para saber como fariam nesse caso, em específico. Obtiveram como resposta que apenas o que o laudo médico mencionava era o que importava como base para esse levantamento. Algo parecido foi exposto por Angelucci (2014, p.310) e achamos importante mencionar:

Ora, não é raro encontrar secretarias estaduais ou municipais de Educação falando que só pode receber Atendimento Educacional Especializado aquele sujeito que tem um laudo, o qual deve ser produzido exclusivamente pelo médico. [...]. Com isso, ainda hoje é o médico quem diz se a criança tem o direito ao **atendimento educacional**, e a educação segue se sujeitando à ordem médica. (*Grifos nossos*)

Nesse caso que Angelucci traz, ela comenta sobre o direito ao atendimento especializado pedagógico – que possivelmente seria o resultado do levantamento proposto pela secretaria de educação da qual mencionamos anteriormente. Ela informa que apenas com o laudo médico a criança tem o direito ao atendimento especializado, havendo recusa de encaminhamento por parte dos professores ao atendimento pedagógico. No nosso caso apresentado também vemos a secretaria de educação recusando o saber da professora com os traços observados no cotidiano em detrimento do saber médico. Ou seja, ambas situações mostram a secretaria de educação diminuindo o saber da professora que informa sobre a capacidade de seu aluno enquanto que potencializa o saber médico externo ao meio escolar.

Então, se o professor observa discrepâncias no desenvolvimento do aluno que tem

determinado laudo, ou seja, se o professor percebe que o aluno diverge do que sua documentação assinada por um médico atesta ele não tem o poder de questionar aquele instrumento, seja solicitando uma reavaliação ou convidando outros profissionais a auxiliar no diagnóstico final? Acreditamos que se um problema surge na área pedagógica, os professores – sujeitos que, além dos saberes teóricos, dividem seu cotidiano com os alunos – tem respaldo para falar sobre eles, questionar, contestar e chegar a um consenso.

É certo que psicólogos, fonoaudiólogos, médicos além de outros profissionais podem conversar com educadores sobre a criança, como ela aprende, e que processos podem favorecer sua aprendizagem. Mas a decisão do processo educativo é do educador. É ele que tem responsabilidade, bem como o saber para sustentar a decisão sobre quais são as formas educativas que potencializam os processos de aprendizagem dos seus alunos. (ANGELUCCI, 2014, p.310)

6.2.5 *Impressões gerais finais*

Apesar de em todas as rodas de conversa termos sido muito bem recebidas, inclusive com direito a almoço ao fim de cada uma, tivemos pequenos problemas em relação a percepção da importância da roda de conversa. Talvez para aquelas profissionais o modelo de roda de conversa não parecesse algo efetivo, apesar de gerar muitas discussões, planejamentos e resultados, algo parecia não funcionar da forma como esperávamos. É claro que, enquanto pesquisadoras, nosso imaginário conta com um desejo muito mais elevado do que o que temos de real, porém, ainda acreditamos que havia certa resistência ao trabalho.

Nas discussões geradas as profissionais se empenhavam bastante para tentar encontrar soluções para os problemas que emergiam, víamos um grande interesse por parte delas em fazer aquele trabalho dar certo durante o momento que vivíamos a roda de conversa. Porém, em outros momentos esse empenho demandado não parecia ser efetivo. Mesmo com poucos encontros marcados e sabendo de nossa dificuldade com horários e com a distância, houve algumas desmarcações por diferentes motivos, seja uma festa do calendário que estava para acontecer na semana do grupo, ou até por problemas pessoais, mas que conseguíamos encontrar outro dia na agenda para repor.

Outros dois encontros não puderam acontecer e achamos importante mencionar isso. O primeiro deles se tratou de um esquecimento por parte da coordenadora de avisar previamente às professoras sobre nosso encontro. Pois, apesar de combinarmos diretamente com as pessoas envolvidas no grupo o dia de nosso retorno, tivemos o impasse de um feriado na

semana que voltaríamos, sendo assim, ficou acordado com o grupo que marcaríamos diretamente com a coordenadora a data de retorno. Ao chegar no dia e hora marcados encontramos uma parte do grupo na escola, pois estas tinham turmas também a tarde, as outras já haviam ido embora. Mesmo com algumas pessoas que faziam parte do grupo presentes, acharam melhor postergar nosso encontro.

Em um outro momento marcaram uma comemoração de aniversário de uma das profissionais que participavam do grupo exatamente na hora do nosso encontro, pois acreditavam que nossa presença naquela comemoração era importante. Nos sentimos lisonjeadas, porém pensamos sobre qual lugar que aquele momento da roda de conversa era posto. Será que por ser um momento mais independente, autônomo, onde há debates, interação do grupo como um todo não surtia a ideia de algo mais sério?

Acreditamos que estávamos quebrando muitos paradigmas com esse tipo de trabalho. Pensamos que trabalhos com profissionais da saúde, como nós, geralmente são oferecidos em instituições escolares no formato de palestras, oficinas, cursos e tudo mais que coloque aquelas profissionais da instituição como sujeitos passivos, onde sempre resta algo a aprender. Nos colocamos em outra posição. Nosso trabalho pressupunha atividade por parte delas, por acreditar que essas profissionais seriam as principais detentoras do saber que poderia modificar seu cotidiano para resolver os problemas que emergiam dali. É claro que todo profissional tem sempre o que aprender sobre sua função. Não estamos afirmando, aqui, que essas profissionais não deveriam estar informadas sobre transtornos e outras situações importantes que podem ser explicadas por profissionais da saúde, mas o que ressaltamos com esse trabalho é que nem sempre elas precisam desses profissionais para ajudar em seus problemas diários. “Nesse sentido, defendemos que, no campo da Educação, não há problemas em se trabalhar com múltiplos profissionais, desde que o saber e o fazer docente sejam respeitados e não submetidos” (ANGELUCCI, 2014, p.311). Na verdade, acreditamos que o que elas precisam é de mais empoderamento sobre sua função. É poder ter de volta a importância que o saber dessas profissionais portavam antes de ser tomado pelo saber médico, como esclarecemos nesse trabalho.

Dito isto, acreditamos que, por não terem contato constante com esse tipo de metodologia mais aberta e dinâmica, o trabalho poderia ser percebido como uma roda de conversa comum do dia-a-dia e, nesse sentido, podemos ter uma visão positiva e negativa. A parte positiva é que, de fato, uma roda de conversa enquanto método necessita que as discussões se assemelhem ao cotidiano, ou seja, os participantes envolvidos devem estar

confortáveis com a situação, o que nos evidencia confiança e naturalidade às exposições discutidas e, ao que parece, conseguimos chegar a esse patamar, inclusive sendo partes necessárias a uma comemoração de aniversário. Porém, a visão negativa nos mostra que, percebendo a roda de conversa como um aparato simples, o interesse pelo encontro poderia não ser o desejável por nós, enquanto pesquisadoras, o que ocasionava os impedimentos que tivemos durante o tempo concedido a nós, com os esquecimentos ou trocas por outros eventos. Ocorre que conseguíamos observar, apesar de todas essas problemáticas, significativas melhoras na relação com o outro e nas estratégias pedagógicas formuladas para transformar velhos problemas.

Inicialmente foi nos informado que haviam reuniões quinzenais para tratar de assuntos-problemas que existiam na escola, mas ao que parece ele era feito como uma forma de desabafo. As professoras comentavam sobre seus alunos, sobre os problemas que enfrentavam, mas não trocavam experiências nem idéias para solucioná-los. Era como se a problemática existisse e não pudesse ter solução viável por parte delas. Neste sentido, a pesquisa possibilitou a superação dessa falta prática por parte delas. Nas rodas de conversa havia sugestões, comentários e diálogos trocados que possibilitavam mudanças no cotidiano e a ressignificação da forma como viam suas intervenções pedagógicas, assim como também a forma como viam seus alunos. Uma estratégia desse tipo suscita o poder que seus saberes pedagógicos têm diante de qualquer outro.

Outro ponto importante que gostaríamos de levantar, a partir dessa pesquisa é o interessante movimento da secretaria de educação em não empoderar seus professores para falarem de seus saberes. Como pudemos perceber, importa mais a eles que o saber médico fale de um problema pedagógico do que os próprios pedagogos. E isso apenas confirma o que discutimos durante a construção teórica desse trabalho. É necessário que a secretaria de educação também conheça as discussões acerca da medicalização escolar, bem como se atualize frente às possibilidades no ramo da pedagogia.

Como bem mostramos, inicialmente, nos vimos diante de certas angústias em relação ao sucesso desse trabalho, na medida em que precisávamos descobrir se a medicalização escolar era um tema de relevância e de discussão para os profissionais da educação para podermos confirmar o que a nossa teoria trazia como referência, bem como compreendermos o local de saber que esses profissionais colocavam a psicologia escolar/educacional. Pudemos perceber, no entanto, que existia, sim, a preocupação com os laudos, teorias e técnicas atrelados ao saber médico, bem como também existiam indivíduos que se portavam de forma

medicalizadora na escola. Porém percebemos que o termo “medicalização” nunca fora mencionado, apesar de estar, vez ou outra, atravessando os diálogos. Isso nos aponta que ainda precisamos de mais força na luta contra a medicalização escolar, para disseminar em todos os espaços discussões críticas acerca do tema.

Sobre a visão que possuíam em relação ao profissional da psicologia inseridos na educação, aparentemente seguia pela linha de abordagem mais antiga que a psicologia oferece. Ainda é difícil perceber nas escolas o posicionamento crítico deste profissional e, neste sentido, o que os outros sujeitos observam dele são prioritariamente suas características que vão para o lado medicalizante de atuação. Pudemos mostrar para as educadoras inseridas nessa pesquisa, que há outras formas de contato com a psicologia nas escolas que não diz necessariamente a respeito das intervenções aos alunos-problema, nem sobre as diferentes teorias de desenvolvimento. E isso nos traz satisfação na medida em que quebramos velhos paradigmas de ação e temos a possibilidade de construir novas formas de observar e compreender o trabalho do profissional psicólogo escolar/educacional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com todo o exposto, podemos concluir que é possível o distanciamento do saber médico nas práticas escolares. Ocorre que para isso teremos que superar mais de três séculos de enraizamento do ideal medicalizante na educação, bem como nos posicionar de forma crítica frente aos investimentos realizados pela Indústria Farmacêutica.

Percebemos que a escola e a família muito podem fazer pelo ser infantil em relação à mudança da lógica medicalizante, inclusive, pois, foi através dessas instituições que o contrário pôde ocorrer também. Porém é necessário que a informação seja disseminada para que os sujeitos possam se comportar de forma crítica. Entretanto, este trabalho também deixa bem claro que o saber-poder médico, por ser tão venerado na nossa sociedade, cria barreiras para que esse comportamento crítico possa fluir, inclusive porque além dos médicos, os profissionais de outras áreas da saúde como, por exemplo, a fonoaudiologia e a psicologia ainda muito contribuem para a perpetuação desses ideais medicalizantes. É interessante notar que esses profissionais muitas vezes são procurados através de solicitações escolares, seja na crença de uma possível dislexia ou do TDAH, o que nos evidencia também que os profissionais ligados à pedagogia muito têm contribuído com a medicalização do corpo infantil. Sendo assim, nos deparamos com uma organização social/ cultural muito difícil de modificar as crenças hegemônicas.

Neste trabalho, pesquisamos mais especificamente sobre o campo da psicologia escolar/educacional, que tem seu início muito pautado em métodos essencialmente medicalizantes, mas é possível perceber que desde a década de 1970 há mudanças teórico-metodológicas que atualizam a forma como esse profissional deve atuar no campo. Porém, mesmo com mais de quarenta anos de novas compreensões teóricas que se distanciam das atuações medicalizantes, ainda sim o profissional continua sendo reconhecido pelas práticas mais antigas, inclusive pelos próprios psicólogos.

Com uma rápida pesquisa no site⁷ da própria UFF (Universidade Federal Fluminense) que possui quatro currículos diferentes para os cursos de psicologia que estão situados em quatro campi distintos⁸, é possível perceber que quase não há disciplinas relacionadas à prática escolar/educacional. Alguns até nem fazem menção ao nome, mas ao que chamaram de “processos de formação”. Consideramos que esse é um dos grandes problemas que

⁷ <https://inscricao.id.uff.br/consultaMatrizCurricular.uff>

⁸ Localizados nos municípios de Niterói, Rio das Ostras, Volta Redonda e Campos dos Goytacazes.

acarretam nas atuações problemáticas desses profissionais quando se inserem na prática escolar ou até quando são procurados em sua clínica por alunos através de demandas que vêm das instituições de educação. É claro que os currículos da UFF podem não ter significativas semelhanças com as demais universidades, – até porque não foi realizada uma investigação por nós em relação a isso, bem como não encontramos dados atuais – mas traduzem um fato observado no cotidiano e encontrado em diversos artigos que versam sobre a inadequada atuação deste profissional na área escolar. Acreditamos, inclusive, que esta dissertação possui uma grande força de resistência e possibilidade de modificação nessas práticas caso consiga ter ampla divulgação – e este é um grande interesse nosso.

Após as pesquisas realizadas nesta dissertação acreditamos ser de suma importância continuar a realizar um trabalho de investigação sobre as disciplinas relacionadas à área da psicologia escolar/educacional e suas ementas, pois compreendemos que o processo de conscientização da medicalização da vida é mais interessante que ocorra durante a formação do profissional, que é o momento em que as discussões acadêmicas são mais promovidas. Dessa forma, se é observado que ainda há um grande número de profissionais da psicologia realizando ações medicalizantes, principalmente no âmbito educacional, é possível que estas discussões não estejam sendo geradas na academia.

Ainda é possível observar nesse trabalho que, com uma sociedade que carrega consigo uma grande confiança no saber médico – muito financiado por grandes Indústrias Farmacêuticas – ao mesmo tempo, que diminuem a importância do saber pedagógico em relação a ele, bem como também possuem profissionais ligados à área da saúde que poderiam servir como resistência às práticas medicalizantes, mas acabam se portando de forma favorável a elas, muitos sujeitos sem a necessidade de diagnósticos e medicamentos para tratamentos de supostos transtornos ainda serão realidades muito comuns na nossa sociedade e é necessário que caminhemos na contramão desse cenário posto.

É claro que os movimentos resistentes contra a medicalização da vida atuam de forma muito importante para a diminuição desse fato e inclusive muito tem acelerado a transformação desse ideal medicalizante, porém temos a noção de que mais de três séculos de costumes não conseguem ser travados por completo por ideias que surgiram a pouco mais de meio século. Ainda mais nos servindo com a crença que a formação acadêmica de muitos profissionais induz a disseminação da medicalização da vida, o que nos gera morosidade para observarmos mudanças expressivas.

É também possível observar, através da pesquisa apresentada nesse trabalho, que as

profissionais da educação possuem força para resistência ao saber médico instituído nas instituições escolares, porém isso não parece ser potencializado em seu cotidiano de trabalho. Ocorre que – e novamente vamos insistir nisso – a formação dessas profissionais não parece ter lhes dado suporte teórico sobre a medicalização do corpo infantil, bem como soluções sobre como se portar diante dessa problemática.

Percebemos também que a própria secretaria de educação desse município não tem percebido o quanto os profissionais da educação precisam dessa potencialização de seu saber, invés disso, continuam enaltecendo o saber-médico em relação ao pedagógico, como bem observado no subcapítulo 6.2.3. Nesse sentido, concordamos com Collares & Moysés (2014, p.62) quando afirmam que:

Uma secretaria de educação deve estar compromissada com a formação inicial e continuada dos professores sobre trabalho pedagógico. Não é função de professores identificar alunos doentes ou suspeitos de doente, de doenças reais ou transtornos inventados e jamais comprovados. Professores não são profissionais paramédicos, não são e não devem ser subalternos a profissionais da Saúde.

Ou seja, acreditamos que a secretaria de educação deve estar muito atenta, principalmente aos profissionais que atuam diretamente com os alunos. É interessante que haja um trabalho de formação continuada com esses profissionais diferente do que aconteceu no estado de Minas Gerais e em São Paulo, como apresentado no capítulo dois desta dissertação, onde o trabalho de formação continuada servia para ensinar a esses profissionais saberes distintos aos seus – e como podemos afirmar, essencialmente medicalizantes. Levantamos a bandeira de que a formação continuada deve ser oferecida com o intuito de resgatar o que há de mais interessante e atual nas produções relacionadas ao saber pedagógico e que é observado com grande falta no cotidiano para onde será oferecido o trabalho. Para tanto, é necessário que haja um trabalho de observação do campo em que esses profissionais atuam, assim como oferecemos em nossa pesquisa. Esse tipo de ação possibilita conhecer as reais demandas daquele ambiente para traçar estratégias para resolução das reais necessidades.

Sendo assim, podemos concluir que é possível acreditar em atuações não medicalizantes no cotidiano escolar, mas é preciso que haja um trabalho que abarque diversas instâncias, desde a formação profissional individual, bem como a atualização deste profissional em seu cotidiano, juntamente com o apoio de todos os profissionais envolvidos na instituição escolar, incluindo aqui também os profissionais que atuam na secretaria de educação, que mesmo de forma distante se encontram muito presentes nos discursos e

atuações dos profissionais atuantes nas escolas.

Para finalizar, gostaríamos de deixar uma frase para reflexão do leitor sobre as atuais vivências político-sociais observadas em nosso país nos dias de hoje: É importante que tenhamos “uma política fundada nos princípios de que educação é direito de todos e dever do Estado. Educação não é mercadoria. A vida não é mercadoria. (COLLARES & MOYSÉS, 2014, p. 63)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de ensino. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Ano 10, n.1, pp. 68-84, 2010.
- AMATUZZI, M. M.; CAMBUY, K. Grupo de reflexão com profissionais do programa saúde da família. **Psicologia em Estudo**. Maringá, vol. 13, n.3, pp. 613-618, 2008.
- ANGELUCCI, C. B. Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. In Viégas, L. S. [et. al.] (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** – Salvador: EDUFBA, 2014, pp.301-3014.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed., Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BARROS, R. B. de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 2. ed., Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2009.
- BURKLE, T. S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM**. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.
- CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, 2014.
- CARNEIRO N. L. G. Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação, 19, 2010, Goiânia, GO. **O processo de “psicologização” da pedagogia no Brasil**. Goiânia: UFG/FE: MEC/CAPES, 2010.
- CATHARINO, T. R. Psicologia na educação: contribuições da Análise Institucional para o processo pedagógico. In MACIEL, I. M. (Org.). **Psicologia e Educação: novos caminhos para a formação** – Rio de Janeiro: Ciência Moderna, pp. 35-54, 2001.
- COLLARES, C. A. L. & MOYSÉS, M. A. A. A educação na era dos transtornos. In Viégas, L. S. [et. al.] (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** – Salvador: EDUFBA, 2014.
- CONRAD, P. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota de Esclarecimento**, 2013. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/nota-de-esclarecimento/>> Acesso em: 06/01/2017.

DECOTELLI, K. M.; BOHRER, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Vol. 33 (2), pp. 446-459, 2013.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 611-626, 2011.

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clinica**. Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 17-32, 2014.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Dossiê sobre medicalização da educação e da sociedade**, 2011. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Dossie_V3.pdf> Acesso em: 30/12/2016.

_____. **Manifesto do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>> Acesso em: 20/05/2016.

_____. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. São Paulo. Fevereiro/2015.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: Curso no Collège de France (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

_____. **História da loucura na idade clássica**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **A história da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. **Vigiar e Punir**. 15. ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FRANCES, A. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores. 2016.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**, Vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas, 1974, p. 81-171.

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas, 1976. v. X, p. 11-154.

- GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, pp. 151-161, jan./abr. 2007.
- HECKERT, A. L. C.; BARROS, M. E. B. de. Fracasso escolar: do que se trata? Psicologia e educação, debates “possíveis”. **Aletheia**, n.25, pp.109-122, jan./jun. 2007.
- HECKERT, A. L. C.; ROCHA, M. L. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & Sociedade**, 24(n. Spe.), pp. 85-93, 2012.
- INSFRAN, F. F. N. Psicologia da (e na) Educação: para quem e para quê? In Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp 83-90.
- _____. Grupos de reflexão na escola: contribuições da abordagem centrada na pessoa para psicologia escolar **Revista do Nufen**. Ano 03 vol. 01, n. 01, janeiro-julho, p.92-118, 2011.
- _____. Representações sociais da atuação do psicólogo escolar: psicologização e alienação a serviço de quem? In: **Anais do XII Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional & 37th Annual Conference of the Psychology Association**, São Paulo, 2015.
- _____. **Representações sociais e relações no ambiente educativo**: construindo espaços de negociação. 2010. 250 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- LAGE, A. L. da S. O implante coclear no processo de medicalização e produção de subjetividades surdas – ou – Do sofrimento e da resistência. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp. 23-40.
- LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 60, n.1, 2008.
- LIMA, R. C. **Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de Bioidentidades** – Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 2005.
- _____. Psiquiatria Infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp.61-72.
- MACHADO, A. M. Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatórios. In Viégas, L. S. [et. al.] (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** – Salvador: EDUFBA, 2014, pp. 93-100.

- MARINHO-ARAÚJO, C. M.; BARBOSA, R. M. Psicologia Escolar no Brasil: Considerações e reflexões históricas. Campinas – SP: **Estudos de Psicologia**. Vol.27, nº3. 2010.
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 16, n. 1, pp. 136-142, Junho 2012.
- MINAS GERAIS, **Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH: orientações aos professores da rede estadual de ensino do estado de Minas Gerais**. 2012.
- MONTEIRO, H. R. **A medicalização da vida escolar**. 2006. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: Roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**. v.3 nº1, João Pessoa, jan-jun, 2014.
- MOYSÉS, M. A. A. Fracasso Escolar: Uma Questão Médica? **Série Ideias**. n. 6, São Paulo, pp. 29-31, 1992.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In Viégas, L. S. [et. al.] (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** – Salvador: EDUFBA, 2014, pp. 21-43.
- PATTO, M. H. S. **A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo:
- _____. **Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984.
- PEIXOTO, C. R.; SILVA, J. P. Escutas e Conversações sobre o Fracasso Escolar. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp. 123-136.
- RESENDE, M. S.; PONTES, S; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 21, n.3, Dez/2015.
- SANVITO, W. L. Indústria Farmacêutica: uma abordagem crítica. **Revista Brasileira Clin. Méd.** vol 10(4), São Paulo, Jul-Ago 2012, pp. 346-350.
- SILVA, A. C. P. Et al., A explosão do consumo da Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.11, n. 2, 2012.
- SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília , v. 30, n. esp., p. 8-41, Dez. 2010.
- SODRE, M. A produção da queixa escolar. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP-

RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp.137-140.

VERAS, M. Da psicopatologia à patologia da vida cotidiana. In: Viègas, L. S. et al. **Medicalização da educação e da sociedade: Ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014. p. 192-200.

VIÉGAS, L. S. et. al. Apresentação. In: _____ (Org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** – Salvador: EDUFBA, pp. 09-15, 2014.

_____. Novos modos de atendimento à queixa escolar. In: Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ (Org.) **Conversações em Psicologia e Educação**. – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016, pp.13-21.

YAZLLE, E. G. Atuação do Psicólogo Escolar: alguns dados históricos. In: Cunha, B. B. B., Yazlle, E. G., Salotti, M. R. R.; Souza, M. **Psicologia Escolar: um pouco de história e algumas histórias**. São Paulo: Arte e Ciência, 1997.

8 ANEXOS

8.1 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE DE CURSO DE FORMAÇÃO CONTINUADA SOBRE MEDICALIZAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO PESQUISA E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO**



Mestranda: Gleiciene Gomes de Araujo.
Orientadora: Fernanda Insfran.

Questionário para avaliação de necessidade de curso de formação continuada sobre medicalização

Nome (opcional): _____.

Escola: _____.

Idade: _____ Grau de escolaridade: _____.

1) O que você entende por medicalização escolar?

2) Você já teve contato com alunos diagnosticados/com laudo? Como foi a experiência?

3) Você acha necessária a presença de um(a) psicólogo(a) nas escolas? Por quê?

4) Você tem interesse em participar de um curso de formação continuada com a temática “medicalização escolar”? Caso tenha interesse, como você acha que esse curso pode ajudar seu trabalho na escola?
