

Ricardo Burg Ceccim e Cláudia Rodrigues de Freitas
ORGANIZADORES

**fármacos,
remédios,
medicamentos:**

O que a
educação
tem com **isso**
VOLUME 1

editora



redeunida

Coleção Vivências de Educação na Saúde

Ricardo Burg Ceccim e Cláudia Rodrigues de Freitas
ORGANIZADORES

fármacos,

remédios,

medicamentos:

O que a
educação
tem com **isso**
VOLUME 1

editora



redeunida

Coleção Vivências de Educação na Saúde

Esta obra corresponde à Linha de Pesquisa Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos, integrante do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, articulando dois núcleos de estudos: Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar – NEPIE e Núcleo de Educação, Avaliação e Produção de Pedagógica em Saúde – EducaSaúde.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 / "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".



Vivências em Educação na Saúde

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

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

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados:

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Alcindo Antônio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Ángel Martínez-Hernández

Universitat Rovira i Virgili, Espanha.

Angelo Stefanini

Università di Bologna, Itália.

Ardigó Martino

Università di Bologna, Itália.

Berta Paz Lorido

Universitat de les Illes Balears, Espanha.

Celia Beatriz Iriart

University of New Mexico, Estados Unidos da América.

Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Emerson Elias Merhy

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Érica Rosalba Mallmann Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Francisca Valda Silva de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Izabella Barison Matos

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

Hêider Aurélio Pinto

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil.

João Henrique Lara do Amaral

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Júlio Cesar Schweickardt

Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Universidade de São Paulo, Brasil.

Leonardo Federico

Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Lisiane Bôer Possa

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

Liliana Santos

(Universidade Federal da Bahia, Brasil).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Jaqueline Guarnieri

Alana Santos

Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto Gráfico, Capa

Isadora Wolfart Pinheiro

Diagramação

Renato Pereira Jr.

Luciano Bezerra Gomes

Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

Mara Lisiane dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Márcia Regina Cardoso Torres

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil.

Marco Akerman

Universidade de São Paulo, Brasil.

Maria Augusta Nicoli

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

Maria das Graças Alves Pereira

Instituto Federal do Acre, Brasil.

Maria Luiza Jaeger

Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Universidade Federal do Pará, Brasil.

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil.

Rossana Staevie Baduy

Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

Sara Donetto

King's College London, Inglaterra.

Sueli Terezinha Goi Barrios

Associação Rede Unida, Brasil.

Túlio Batista Franco

Universidade Federal Fluminense, Brasil.

Vanderléia Laodete Pulga

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil.

Vera Lucia Kodjaoglanian

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

Vera Maria da Rocha

Associação Rede Unida, Brasil.

Vincenza Pellegrini

Università di Parma, Itália.

Comissão Científica Desta Obra:

Cláudia Rodrigues de Freitas

Ricardo Burg Ceccim

Claudio Roberto Baptista

Carla Karnoppi Vargas

Revisão

Ricardo Burg Ceccim

Cláudia Rodrigues de Freitas

Revisão Bibliográfica

Diego Fabrizio Kroth

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

F866f	Ceccim , Ricardo Burg; Freitas , Cláudia Rodrigues de (org.). Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso? / Organizadores: Ricardo Burg Ceccim e Cláudia Rodrigues de Freitas; Prefácio de Fabiane Romano de Souza Bridi. – 1. ed. -- Porto Alegre: Rede Unida, 2021. 341 p.; il.; gráfs; fotografia. (Coleção Vivências em Educação na Saúde). E-Book: 4,36 Mb; PDF. Inclui bibliografia. ISBN 978-65-87180-29-8. DOI: 10.18310/9786587180298 1. Cuidado em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Farmacologia. 4. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.	CDD 615.1 CDU 615
21-30180027		

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

Editora Rede Unida

Porto Alegre, 2021.



PREFÁCIO

Medicalização, medicamentação e escola: conexões iniciais	10
Fabiane Romano de Souza Bridi	

APRESENTAÇÃO

Sobre esta obra	15
Ricardo Burg Ceccim; Cláudia Rodrigues de Freitas	

NORMALIZAÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E NA ESCOLA

Aprender em rede: olhares da educação inclusiva	25
Sheyla Werner; Anderson Luiz Fernandes Gonçalves; Camila Camargo Prates; Cláudia Rodrigues de Freitas	

Normocentrismo tem remédio? Considerações anticapacitistas na escola	39
André Luís de Souza Lima; Sônia Maria Antônia Holdorf Braun; Carla Karnoppi Vasques	

Patologização e medicalização da vida: a infância e os processos de escolarização	53
Carla Maciel da Silva; Claudio Roberto Baptista	

Diferenças, desigualdades e direitos: raízes da medicalização/patologização da vida e na escola	65
Maria Aparecida Affonso Moysés; Cecilia Azevedo Lima Collares	

Racionalidades médicas, medicalização e escola	84
Daniela Dallegrave; Daniele Noal-Gai; Ricardo Burg Ceccim	

MEDICAMENTOS, CUIDADO E REDES DE CONVERSA ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

O que pode a Gestão Autônoma da Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde _____ **101**

Analice de Lima Palombini; Ana Luiza Ferrer; Douglas Casarotto de Oliveira; Lígia Castegnaro Trevisan; Paula Emília Adamy

Cogerir com crianças: a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação na saúde mental infantojuvenil _____ **121**

Janaína Mariano César; Luciana Vieira Caliman; Victoria Bragatto Rangel Pianca; Luana Gaigher Gonçalves; Alana Araújo Corrêa Simões; Anita Nogueira Fernandes; Merielli Campi Partelli; Adrielly Selvatici

Medicalização, psicofármacos e portas de saída _____ **142**

Lígia Castegnaro Trevisan; Ricardo Lugon Arantes

Guia da Gestão Autônoma da Medicação: articulações com a educação _____ **156**

Sheyla Werner; Cláudia Rodrigues de Freitas

TERRITÓRIOS DE ESCUTA, PRESENÇA E AFIRMAÇÃO DA VIDA

Educação, saúde e desejo: afeto e prazer no trabalho _____ **171**

Guilherme de Souza Müller; Adrise Ferreira de Souza

Medicalização e patologização do sofrimento docente _____ **183**

Cristiane da Silva Costa

Medicalização no ambiente escolar: neoliberalismo, neofascismo e a produção de presença _____ **196**

Renato Levin-Borges

Modos de narrar a experiência de pesquisar com crianças na atenção psicossocial _____ **210**

Michele da Rocha Cervo

Por uma pedagogia do ver/chão: os deslimes de uma educação em saúde _____ **227**

Gisele Vicente da Silva; Ricardo Burg Ceccim

MEDICALIZAÇÃO E NOVOS CENÁRIOS À INFLEXÃO SAÚDE E EDUCAÇÃO

Medicalização e fracasso escolar: o contexto de curso pré-vestibular _____ **238**

Eduardo Barcellos Pantaleão; Roseli Fernandes Lins Caldas

Processos de adoecimento e a construção da subjetividade na criança e no adolescente hospitalizados e/ou em tratamento de saúde _____ **260**

Ricardo Burg Ceccim

Processo de medicalização da planta *cannabis sativa* _____ **278**

Guilherme Maltez Souza; Luís Henrique Sacchi dos Santos

Rede de proteção de crianças e adolescentes em acolhimento institucional: sobre desmedicalizar formas de vida _____ **306**

Carla Biancha Angelucci

Posfácio

Uma carta-luta aos que atuam na
educação e na saúde _____ 315

Adriana Marcondes Machado

Autores desta obra

Sobre os autores _____ 326

Índice remissivo

Índice _____ 334



PREFÁCIO:

Medicalização, medicamentação e
escola: conexões iniciais

Fabiane Romano de Souza Bridi

ESCOLA, MEDICALIZAÇÃO E MEDICAMENTALIZAÇÃO: CONEXÕES INICIAIS

Fabiane Romano de Souza Bridi

A medicalização da vida define formas de subjetivação e cria modos de vida e de existência humana na contemporaneidade. A medicalização reporta à apropriação da vida pela racionalidade científica ou por uma determinada racionalidade científica que produz processos de patologização a partir de uma compreensão biologizante dos fenômenos existenciais. No movimento de transformação das condições de vida em sintomas, vivemos um adoecimento individual e coletivo e, principalmente, um apagamento das múltiplas nuances de existir e de ser humano. Uma questão que afeta a todos e a cada um de nós. Freitas (2008) denomina como uma biologização do viver.

Normalização, biologização, medicalização e medicamentação são processos interdependentes que transitam pelos múltiplos espaços sociais e perpassam os diferentes campos do conhecimento científico. Sobredeterminam o que é saúde e o que é doença, o que é normal e o que é patológico. Patologizam o que se costumava compreender como manifestação da vida humana. Definem nossos modos de nos relacionarmos com a vida, com a saúde e com a doença.

Ao considerarmos esses elementos como produtores dos nossos modos de existência, cabe o questionamento sobre qual atenção temos destinado à discussão e problematização desses aspectos? Onde se ancoram os pontos de sustentação que engendram essas práticas? Como se coadunam as dimensões políticas, econômicas, sociais e científicas do fenômeno da medicalização? O que temos a dizer? O que os diferentes campos disciplinares têm a dizer? Como os processos de medicalização se traduzem no campo escolar sob a designação de “doenças do não aprender”? E como as “doenças do não aprender” têm sido conduzidas pelo uso de medicamentos? O que a educação tem a dizer?

A obra que ora chega às mãos do leitor versa sobre esses questionamentos. A organização de “Fármacos, remédios, medicamentos: o que a educação tem com isso?” pelos professores Ricardo Burg Ceccim e Cláudia Rodrigues

de Freitas, configura-se como um projeto ousado e necessário. Traz para o cerne da discussão questões que ainda ocupam um lugar periférico no interior das escolas, nos processos formativos dos profissionais da educação e da saúde e no âmbito acadêmico. O livro, ao se questionar sobre as relações da educação com os processos de medicalização e medicamentação, convoca a educação e a escola a se pensarem como elementos constitutivos dessa produção.

O ambiente escolar se apresenta como um espaço potente para colocar em operação toda essa maquinaria manifestada através das “crianças que não aprendem-na-escola” (MOYSÉS, 2008). Um processo que se engendra a partir de uma suposta normalização que intenciona identificar e classificar o comportamento humano a partir dos preceitos clínicos. Coisificamos a vida, objetificamos o corpo, intencionamos à normalidade. A medicalização da vida envolve o controle de cada corpo e a tentativa de sua conversão em um corpo normal, conhecido e previsível (ANGELUCCI, 2015). A escola aceita de forma pacífica a redução da complexidade do viver em objeto passível de análise e controle. Uma redução expressa em listas de sintomas e em checklists comportamentais que objetivam nomear e enquadrar sujeitos circunscritos em um diagnóstico.

Um diagnóstico clínico gera prognósticos de vida, de aprendizagem e de escolarização, traduzidos muitas vezes no uso de fármacos e na administração de pílulas capazes de fazer a atenção focar, o corpo parar, a ansiedade baixar e a performance cognitiva melhorar. Medicamentos destinados às “doenças do não aprender” e que prometem auxiliar no desempenho acadêmico dos alunos. Os efeitos no corpo e na vida diante da administração medicamentosa de uso contínuo, por um longo período, parecem não encontrar eco para serem problematizados frente à “satisfação” imediata que os mesmos produzem.

Vivemos uma escola que colabora de forma contundente para esta produção diagnóstica (e para as práticas que acompanham seu desfecho), bem como para seu assustador aumento nos últimos tempos, haja vista a proliferação de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), por exemplo. Uma escola que demanda um diagnóstico clínico para pensar e propor as questões específicas da prática pedagógica? A presença de um diagnóstico clínico, muitas vezes, remete à adoção de metodologias estruturadas e específicas

que obscurantizam a potência que reside na relação pedagógica e no encontro humano, perdendo-se a capacidade de produzir experiências singulares. Neste sentido, vemos a educação submetida ao saber clínico e vivenciamos um apagamento das questões centrais que envolvem a natureza dos processos educativos.

Para colocar em suspensão esses elementos e abrir espaço ao pensamento e à reflexão, os organizadores, empreendem este projeto de escrita acompanhados de renomados pesquisadores e suas contribuições científicas à temática central do livro. O conjunto final da obra se traduz num movimento de resistência, sustentado no contrafluxo dos processos de adoecimento da vida e do uso abusivo dos medicamentos. Neste sentido, a obra oferece uma contribuição única e singular ao leitor ao transitar pelos campos conceituais, como também, ao evidenciar elementos teóricos-metodológicos envolvidos na produção do conhecimento científico na área.

Ao voltarmos a pergunta inicial: o que a educação tem com tudo isso? É possível nos questionarmos: o que pode a educação frente a tudo isso? E a educação pode muito! A potência que reside em cada manifestação da vida humana (em âmbito individual e coletivo) nos sinaliza algumas possibilidades de construção de rotas alternativas. Quais as possíveis rupturas com as práticas de patologização instituídas? Quais os possíveis deslocamentos na atenção e no cuidado às diferentes formas de existência humana? Quais as condições de produção de experiências singulares de vida, de aprendizagem e de escolarização? Questionamentos que intencionam movimentar o pensamento.

Leitoras e leitores, permitam-se a produzir pensamento e a exercitar a reflexão na companhia desses autores e desta obra extremamente relevante à educação. O livro é convidativo e *convocativo*, se apresenta como uma leitura necessária e indispensável aos profissionais que transitam pelo campo educacional e na intersecção entre saúde e educação.

Referências

ANGELUCCI, Carla Biancha. A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial. *In*: Reunião Nacional da ANPED, 37., 2015, out. 4-8, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 2015. Trabalho Encomendado GT15 – Educação Especial. Disponível em:

www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

FREITAS, Cláudia Rodrigues. A “normalidade”: conceito de quantas faces? **Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 44, p. 483-498, 2012.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. Edição revista e ampliada. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

Sobre esta obra

Ricardo Burg Ceccim; Cláudia Rodrigues de Freitas

A medicalização da vida invade todos os espaços da subjetivação, cognição e afetos, avançando sobre o cenário educacional. A escola, como parte desse complexo movimento de engendramento da vida, presentifica e corrobora o consumo de medicamentos com efeitos sobre a experiência social, o desenvolvimento da subjetividade e a construção da consciência de mundo. A escola, potente espaço de absorção do que se passa na sociedade, mostra-se frágil para fazer frente ao processo de medicalização que a invade por inúmeros dispositivos de subjetivação e hegemonia. Assim, aqueles que deveriam merecer um olhar cuidadoso diante das dificuldades de aprendizagem enfrentadas ou por seus comportamentos dissidentes daquilo que se projeta como norma ao aprender, ao viver e ao conviver recebem “acolhimento” imediato em algum diagnóstico e, diante do mesmo, uma prescrição à escola e à educação.

Cada vez mais, a escola tem identificado crianças com diagnósticos, inclusive porque dela são solicitados informes e declarações sobre desempenho e condutas de alunos e alunas. Verifica-se que questões cotidianas são convertidas em doença. Endossados pelo discurso biomédico/biomedicalizador, comportamentos e desempenhos se tornam rótulos, classificações e determinações. Problemas da vida contemporânea, como tristeza, desencanto, agitação e desmotivação, entre outros, são associados a descritores de psicopatologia, como transtornos, síndromes, déficits ou distúrbios (Depressão, Transtorno Bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno do Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, por exemplo, dentre outros). A formação inicial ou continuada de professores pouco tem discutido tais temas e as inúmeras e rápidas transformações científicas e socioculturais que adentram as escolas e suas práticas pedagógicas ali chegam sem contraposição de saberes. As análises de pesquisadores do campo das humanidades têm problematizado posicionamentos do campo biomédico com saberes da psicologia, da antropologia e da saúde coletiva, com poucas evidências da educação e suas intervenções na aprendizagem, sociabilização e invenção das formas de vida. É nesse sentido que uma obra inicial pode convocar pensamentos, reflexões, problematizações e ações.

APRESENTAÇÃO:

Sobre essa obra

Ricardo Burg Ceccim e
Cláudia Rodrigues de Freitas

Desenvolvemos, junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um Seminário Avançado contando com diversos docentes convidados sob a chamada “Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?”, preocupados com a presença dos medicamentos na escola, envolvendo alunado e professorado, pensamos que era adequada a abertura de um campo de pensamento não destinado à reflexão sobre prescrição, sobre administração ou sobre uso seguro dos fármacos, mas aos agenciamentos em uma educação da cultura, nas pedagogias do corpo e da saúde, nas culturas escolares e da aprendizagem, na educação da infância e na educação para a docência e na educação em classes hospitalares, entre tantos fatores possíveis. Em semestres anteriores já vínhamos trabalhando com os termos da normalização, medicalização e patologização, que faziam referência à medicamentação. Durante tais atividades de ensino, cresceu o interesse pelo debate, pela aquisição de referências reflexivas e problematização de saberes de apoio aos sentidos e motivos da introdução de fármacos na infância, na escola, no ensino, na docência e na aprendizagem.

Nesse sentido, pensamos em abrir o campo “o que a Educação tem com isso?” quando envolvida a medicamentação ou a farmacologização, mas também a medicalização e patologização dos processos de escolarização e de aprendizagem, assim como do devir nos corpos e dos processos subjetivos e de singularização, preocupando-nos com a educação, saúde e processos inclusivos, a educação especial de perspectiva inclusiva, a saúde mental na perspectiva da saúde coletiva e a educação permanente dos profissionais de saúde e educação. Consideramos absolutamente relevante a transposição desse primeiro Seminário com a temática dos fármacos, medicamentos e remédios para o formato de análise, registro e publicação. Para tanto, organizamos, no interior da Linha de Pesquisa “Educação Especial, Saúde e Processo Inclusivos”, do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, este projeto editorial, convocando textos originais ou retomados, submetidos à seleção por comissão científica com a inserção nos grupos de investigação de tal Linha de Pesquisa. O resultado é a presente obra, composta por 18 capítulos, além do prefácio e posfácio, contando com 41 autores de diversos pontos do Brasil, pelo menos Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Espírito Santo, abrangendo 4 eixos de interlocução: “Normalização, medicalização e patologização da vida e na escola”; “Medicamentos, cuidado e redes de conversa entre educação e saúde”;

“Territórios de escuta, presença e afirmação da vida”; e “Medicalização e novos cenários à inflexão saúde e educação”. Apresentaremos, resumidamente, então, os 18 capítulos que deram corpo à primeira organização selecionada.

“Aprender em rede: olhares da educação inclusiva”, de Sheyla Werner, Anderson Luiz Fernandes Gonçalves, Camila Camargo Prates e Cláudia Rodrigues de Freitas. Conforme os autores, o texto foi pensado a partir de experiências concretas de trabalho em rede e de colaboração desde a palavra desencadeadora de educadoras. O texto se constitui ao dar visibilidade às tessituras possíveis no contexto escolar, tendo uma cena emblemática como disparador do pensar em rede. Objetiva apresentar e provocar a reflexão compartilhada, quebrando o “protocolo” e garantindo encontro no olhar e nas ações em rede para potencializar os modos de estar, de desenvolver e de aprender. Além da necessidade do diálogo sobre as conexões necessárias da rede do(s) aluno(s), a cena apresentada se destina a pensar os processos de inclusão escolar e de medicalização da vida e da atenção. O fio teórico que sustenta a análise se coloca, também, em rede: entre produções da educação e da saúde, entendendo-as como imbricadas na relação do cuidar e do educar. Considera-se pertinente a educação estar aberta e atenta à produção *entre*, ou seja, conexões e tessituras de vínculos com os processos, os profissionais e a família com o objetivo de identificar-se, ampliar-se e potencializar-se a partir das multiplicidades singulares da criança ou do jovem, garantindo estar, permanecer e aprender na escola sustentados em movimentos coletivos.

“Normocentrismo tem remédio? Considerações anticapacitistas na escola”, de André Luís de Souza Lima, Sônia Maria Antônia Holdorf Braun e Carla Karnoppi Vasques. Os autores apresentam o fenômeno da medicalização e da consequente medicamentação na escola desde a perspectiva dos estudos sobre a deficiência (*disability studies*) e do capacitismo como conceito emergente desse cenário. As formas de compreender a deficiência são determinantes das práticas pedagógicas com esse público e o modelo médico, no qual a educação encontra assento, mesmo em sua perspectiva inclusiva, peca ao promover e sustentar uma representação de alunos com deficiência como anormais, não capazes e, por isso, alvo de ações medicamentosas com vistas à normatização. Não é surpreendente, dessa forma, que este aluno seja tomado como estranho, um ser não participante daquilo que é definido como ensino de qualidade e alvo de intervenções farmacológicas de inspiração normatizante. Uma perspectiva anticapacitista,

fundamentando-se no modelo social da deficiência, oferece outras possibilidades ao problematizar o que é construído como resposta cultural, histórica, política e epistemológica em relação às diferenças humanas.

“Patologização e medicalização da vida: a infância e os processos de escolarização”, de Carla Maciel da Silva e Claudio Roberto Baptista. Os autores colocam que, nas últimas décadas, temos acompanhado um aumento no contingente numérico de crianças em idade escolar que recebem diferentes tipos de diagnósticos, entre eles, deficiência e transtornos. Consideram que a organização dos critérios diagnósticos, a compreensão do conceito de deficiência e a influência da indústria farmacêutica corroboram uma perspectiva biomédica que tende a classificar e rotular corpos e manifestações. Seu estudo se propõe a analisar os processos de medicalização e patologização da vida, considerando os efeitos desses fenômenos nos processos de escolarização e na constituição do ser criança. Com a análise de tais processos, pretendem problematizar os engendramentos desses fenômenos na produção do que se compreende por produção diagnóstica e percursos patologizantes.

“Diferenças, desigualdades e direitos: raízes da medicalização/patologização da vida e na escola”, de Maria Aparecida Affonso Moysés e Cecília Azevedo Lima Collares. As autoras terminam por perguntar sobre que futuro estamos construindo. Transformar sonhos, utopias, devaneios, questionamentos e discordâncias em doenças mentais? Lembram que abortar sonhos, utopias, devaneios, questionamentos e discordâncias com substâncias psicoativas pode resultar em impossibilidade de futuros diferentes. Alertam que podemos estar legando a nossos filhos e netos o genocídio do futuro. Então, afirmam que a disponibilidade para nos identificarmos com os tantos Reginaldos, Gabrielas, Andrés, Marias e Miguéis pode recuperar a sensibilidade de enxergar o outro e a capacidade de indignação. Para as autoras, defender a vida resistindo aos processos de patologização pode significar um passo mais para a construção de um mundo em que o futuro mereça este nome. Tal futuro somente sobrevirá quando todas as pessoas forem *sujeitos* de fato, e não sejam transformadas em *objetos* que podem ficar à margem dos destinos da humanidade, à margem de suas próprias vidas.

“Racionalidades médicas, medicalização e escola”, de Daniela Dallegrave, Daniele Noal-Gai e Ricardo Burg Ceccim. Nesse capítulo, os autores desdobram o conceito de racionalidade médica integrado à reflexão sobre

medicalização do cuidado, tecendo articulações com os fármacos na escola. Apresentam conceitos importantes para a compreensão da temática, algumas reflexões sobre a inserção de práticas de cuidado oriundas de diferentes culturas e a problematização da formação profissional em saúde. A medicalização na escola é apresentada a partir da compreensão de que pode ocorrer em diferentes racionalidades quando individualidade, família e cultura são desconsideradas em um plano de cuidados. Haveria um mercado de produtos que se insinua na direção da medicalização na escola e rótulos insistiriam por marcar o não aprender, as faltas, os problemas de comportamento e as dificuldades de atenção. Se escola e serviços de saúde muitas vezes colaboram pela medicalização, farmacológica ou não, com os rótulos de incapacidade, deficiência e transtornos, problematizar essa produção representa uma aposta ética, uma construção que pode ser estética e política também.

“O que pode a Gestão Autônoma da Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde”, de Analice de Lima Palombini, Ana Luiza Ferrer, Douglas Casarotto de Oliveira, Lígia Castegnaro Trevisan, Paula Emília Adamy. Os autores lembram que, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, a estratégia Gestão Autônoma da Medicação vale-se de uma ferramenta – Guia GAM – e do dispositivo grupal para questionar o uso acrítico dos tratamentos medicamentosos em saúde mental, por meio de trocas entre pessoas que utilizam psicofármacos, reconhecendo o saber experiencial que advém desse uso e problematizando o lugar da medicação na vida das pessoas. Colocam que a estratégia ganhou capilaridade, disseminando-se por diferentes serviços e contextos, o que tem propiciado a invenção de outras possibilidades de sua aplicação, preservados os seus princípios. O texto apresenta experiências de desdobramentos da estratégia GAM no campo da saúde mental e duas experiências que aproximam GAM e Redução de Danos, uma referida ao uso de drogas prescritas e proscritas e outra, ao cuidado em HIV. As experiências narradas têm seu eixo no exercício de cidadania e na participação ativa dos usuários nas decisões que competem às suas vidas, a partir do seu fortalecimento no aprendizado compartilhado entre pares, no conhecimento de seus direitos e na apropriação do cuidado de si e de suas redes de apoio.

“Cogerir com crianças: a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação na saúde mental infantojuvenil”, de Janaína Mariano César, Luciana Vieira Caliman, Victoria Bragatto Rangel Pianca, Luana Gaigher

Gonçalves, Alana Araújo Corrêa Simões, Anita Nogueira Fernandes, Merielli Campi Partelli e Adrielly Selvatici. Se propõem os autores a colocar em análise a construção de uma pesquisa-intervenção participativa realizada com grupos de crianças e adolescentes em uma oficina no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Vitória/ES, inspirada nos princípios da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação: cogestão e autonomia. Visando problematizar a pouca participação de crianças e adolescentes no cuidado em saúde mental, a oficina proposta teve como direção o exercício ético-político da cogestão. O texto versa, sobretudo, sobre os desafios e possibilidades dessa experiência no campo da saúde mental infantojuvenil.

“Medicalização, psicofármacos e portas de saída”, de Lígia Castegnaro Trevisan e Ricardo Lugon Arantes. Para os autores, o tema da medicalização tem sido objeto de estudo e interesse crescente na contemporaneidade. Trazem que é interessante compreender a medicalização a partir de seus processos de engendramento e suas inúmeras estratégias e tecnologias que transcendem a prescrição de medicamentos. A medicalização permitiria observar a permeabilidade deste processo nas mais diversas dimensões da vida cotidiana, desde os hábitos triviais como escovar os dentes ou usar talheres; na nossa forma de experimentar e dar sentido ao mundo, atravessando relações entre significante e significado; e mesmo nas formas de se desenhar as grandes cidades, a partir, por exemplo, dos planejamentos sanitários.

“Guia da Gestão Autônoma da Medicação: articulações com a educação”, de Sheyla Werner e Cláudia Rodrigues de Freitas. Assim as autoras apresentam o seu texto: Encontro. Escuta. Conexões. Sujeitos. Famílias. Trabalhadores da saúde. Educadores. Especialistas. Estudantes. Rende-se ao encantamento de substituir os pontos finais por vírgulas, para, assim, deixar fluir mais o movimento: Famílias, Vínculos, Reflexões, Profissionais, Estudantes, Escuta. O movimento une inícios e caminhos, dizem. As letras iniciais maiúsculas mantêm-se, pois cada elemento produz e inventa, não perdendo sua autoria, enquanto gera o movimento formando uma rede, ou fazendo parte dela, engendrando, assim, redes. Redes da/entre educação e saúde, de agentes que não só percorrem, mas produzem redes. Dessa forma, o pressuposto é a articulação, intrínseca, da educação e saúde. É desse ponto de partida que convidam o leitor a compreender uma estratégia que, embora tenha sido pensada, fundamentalmente, para contextos e espaços da saúde, atravessa a educação. Mas de quais formas ocorrem

esses alinhavos? Que “Estratégia” é esta? Como perceber e potencializar as articulações? São questões as quais conduzem, de alguma forma, sua escrita, como afirmam.

“Educação, saúde e desejo: afeto e prazer no trabalho”, de Guilherme de Souza Müller e Adrise Ferreira de Souza. O texto tem como perspectiva deslocar o olhar do sofrimento e introduzir o tema da ausência do prazer no trabalho em educação e em saúde. Conforme os autores, decisões políticas agravam essas áreas, em especial no serviço público, em que a precarização dos serviços resulta no esgotamento dos trabalhadores e desvalorização profissional. Aliado a isso, afirmam que são propostos modelos educacionais e de saúde que fragmentam as redes de afecção e produzem um cenário de despotencialização. O trabalho na educação, assim como na saúde, imporia e proporia uma intensidade no campo dos encontros e dos afetos, contudo um cenário despotencializador e carente do prazer investiria na subjetividade com a medicalização, medicamentação e procedimentos milagrosos para a felicidade *no* ou *apesar do* trabalho. Com a ausência do prazer e das sensações genuínas dos atos de ensinar e de atender (em saúde) se retiraria também a potência da produção de uma aprendizagem e uma clínica inventivas.

“Medicalização e patologização do sofrimento docente”, de Cristiane da Silva Costa. A medicalização na educação e a patologização da atividade de trabalho do professor constituem o tema central do texto. Sob a ótica das relações e dos processos envolvidos na atividade de trabalho, busca discorrer sobre o tema tratando das questões implicadas no sofrimento no fazer docente. A partir da emergência do adoecimento docente, percorre os caminhos que atravessam essa ocorrência e discute a transformação da precarização da educação e do trabalho docente em patologia, cujo destino é a medicamentação. Observa na resistência a esse processo uma forma de subverter a lógica medicalizante, recuperando o poder de ação docente.

“Medicalização no ambiente escolar: neoliberalismo, neofascismo e a produção de presença”, de Renato Levin Borges. O ensaio busca traçar a relação de medicalização do ambiente escolar com estratégias neoliberais no cenário que o autor designa como emergência do neofascismo brasileiro. Tendo como fio condutor o padecimento psíquico do corpo escolar, intenta demonstrar que este decorre da nova modulação neoliberal contemporânea que sequestra as possibilidades de presença por sua potência e subjetiva

enquanto adoece (despotencializa) a comunidade escolar. Identifica na constituição do que propõe entender por presença o dispositivo de ruptura com os processos medicalizantes e adoecedores na escola.

“Modos de narrar a experiência de pesquisar com crianças na atenção psicossocial”, de Michele da Rocha Cervo. O texto tem como objetivo apresentar a narrativa como um modo de fabricar territórios de escuta, a partir de uma pesquisa com crianças desenvolvida durante o período de doutorado da autora. Relata aquilo que as crianças dizem sobre o modo como os diagnósticos e o sofrimento as constituem, que elas sabem das interferências institucionais, conhecem o estigma e nos mostram a experiência se produzindo na polifonia das vozes. A pesquisadora utiliza-se de ensaios narrativos para apresentar questões que contemplaram a experiência de adoecimento, reconhecendo e nomeando as estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com o sofrimento e uso de medicação. Conforme a autora, a narrativa ocupa um lugar importante quando se pesquisa com crianças, mostrando o percurso metodológico e a potência de cada encontro, sejam aqueles de pesquisa sejam outros habitados por conversa. Pesquisar com crianças colocaria o desafio de desafinar o tempo cronológico para tecer o tempo do devir e se fazer experiência para a criança e para o pesquisador, tomando o inacabamento da infância como potência de invenção e ethos da pesquisa, deslizando espaço e posição narrativa.

“Por uma pedagogia do ver/chão: os deslimites de uma educação em saúde”, de Gisele Vicente da Silva e Ricardo Burg Ceccim. A partir da pergunta “Fármacos, remédios e medicamentos: o que a Educação tem com isso?” discute os processos de medicalização, medicamentação e patologização vividos no contemporâneo e suas ausentificações, isto é, as vidas que devem ser invisibilizadas, esquecidas, desprotegidas e largadas no chão para, então encontrar uma pedagogia “do chão” que enseje o reverso/a reversão, assim como “do ver”, como ação da visibilidade. O texto traz a educação e a (ou na) atenção psicossocial de populações não apenas em sofrimento psíquico, mas que precisam uma relação aprendente com certos medicamentos. O texto narra experiências de uma oficina inserida no campo da saúde mental e as produções pedagógicas produzidas na perspectiva de afirmar a vida em sua diversidade e novidade, isso é, em ressingularização permanente sob projetos educativos na saúde como práticas de afirmação da vida em face do cuidado biomédico.

“Medicalização e fracasso escolar: o contexto de curso pré-vestibular”, de Eduardo Barcellos Pantaleão e Roseli Fernandes Lins Caldas. Trazem os autores, que a Psicologia Escolar e Educacional trata de uma área que busca compreender como fenômenos psicossociais ligados à educação desempenham seu papel na construção da subjetividade e do conhecimento. Pesquisaram sobre como a medicalização, fenômeno de transportar algo de origem social para o meio médico, desempenha seu papel na produção do fracasso escolar em vestibulandos. A pesquisa consistiu na aplicação de um questionário via Google Forms a vestibulandos, o qual obteve 134 respostas, bem como a realização de quatro entrevistas semiestruturadas. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois profissionais da psicologia. Foi possível levantar que 15% dos participantes consumiram medicamentos com expectativa de gerar aprimoramento cognitivo e que quanto mais tempo de vivência a amostra tinha nos cursinhos, maior era o consumo de medicamentos. Apresenta ideias de possíveis intervenções clínicas, mas também institucionais e conclui que se trata de um público que lida com demasiado sofrimento psíquico e que a medicalização exerce um papel ativo na manutenção de um sentido alienante nos estudos.

“Processos de adoecimento e a construção da subjetividade na criança e no adolescente hospitalizados e/ou em tratamento de saúde”, de Ricardo Burg Ceccim. O texto discute a atenção em classes hospitalares às crianças e adolescentes sob tratamento de saúde no hospital ou em domicílio, contextualizando a emergência de uma orientação nacional específica e seu desdobramento no interior da educação especial sob a perspectiva inclusiva. Objetivou colocar os termos do desenvolvimento afetivo e cognitivo como processo de subjetivação e a pedagogia hospitalar como impulso de vida na codeterminação do sucesso de terapêuticas e cuidados em saúde. A metodologia foi a do ensaio teórico ou “position paper”, de modo que a análise correspondeu ao fornecimento de argumentos para o debate e defesa das classes hospitalares. Após sugerir práticas curriculares, conclui situando didática e ensino como artesanaria ativa dos encontros de aprendizagem, ponderando que o aprender é também criação de formas de vida, potência de subjetivação e desenvolvimento da criança ou adolescente.

“Processo de medicalização da planta cannabis sativa”, de Guilherme Maltez Souza e Luís Henrique Sacchi dos Santos. O texto argumenta que está em curso um processo complexo, marcado pela intersecção de diferentes dispositivos e que está promovendo o deslocamento discursivo de maconha

para *cannabis*, como parte de um processo de medicalização alicerçado pelo biovalor que pode ser extraído da planta *C. sativa*. Tal deslocamento, conforme os autores, exige, igualmente, um empreendimento pedagógico de produção de determinados tipos de sujeitos, bem como de um percurso formativo – que arriscam denominar, provisoriamente, de “pedagogia da cannabis” – calcado na ciência e, portanto, na expertise dos especialistas e de suas instituições de enunciação.

“Rede de proteção de crianças e adolescentes em acolhimento institucional: sobre desmedicalizar formas de vida”, de Carla Biancha Angelucci. O texto trata de discutir a produção e a sustentação de uma rede de proteção social a crianças e adolescentes com e sem deficiências que vivem situações de acolhimento institucional. O tema coloca-nos no exercício de pensar a construção de laços sociais entre as crianças e adolescentes, a partir do lugar social de agentes públicos que somos, quando atuamos nas mais diferentes políticas públicas. Agentes sociais com a responsabilidade de acolher pessoas que, muitas vezes, não têm apenas seus laços familiares impedidos, mas seus laços impedidos com a circulação social, com a fruição do direito à cidade. A autora mostra que, em grande parte das situações, suas famílias de origem já tinham sistematicamente prejudicados seus direitos fundamentais, criando cenários de tamanha precarização da vida, que, por vezes, se impede que sustentemos nossa humanidade e a humanidade de nossas crianças e adolescentes. Enfim, o trabalho, então, seria aquele de criar possibilidades de restituição de direitos e de sustentação de intervenções subjetivantes.

NORMALIZAÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E NA ESCOLA



Aprender em rede:

olhares da educação inclusiva

Normocentrismo tem remédio?

considerações anticapacitistas na escola

Patologização e medicalização da vida:

a infância e os processos de escolarização

Diferenças, desigualdades, direitos:

raízes da medicalização/patologização da vida e na escola

Racionalidades médicas, medicalização e escola

Aprender em rede: olhares da educação inclusiva

Sheyla Werner; Cláudia Rodrigues de Freitas; Anderson Luiz Fernandes Gonçalves; Camila Camargo Prates

Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos juntos viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que *somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças*, que deveriam guiar o nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade com o mesmo protocolo. Porque isso até agora foi só uma maneira de homogeneizar e tirar nossa alegria de estar juntos (KRENAK, 2020, p. 33, grifo nosso).

Enlaces entre educadores

Na invenção de possibilidades escolares inclusivas, o trabalho em equipe, colaborativo e a partir da rede de sustentação do aluno é central. Contar do desafio, a partir de uma cena emblemática, e dizer da rede nas movimentações desencadeadas a partir dela é a direção posta aqui. É nesse sentido que buscamos rever e atualizar conceitos, práticas, instrumentos e processos que mantêm viva a rede da criança na escola, viabilizando linhas de fuga, ou seja, possibilidades e produções às dinâmicas óbvias que nem sempre garantem espaço de *aprendências* na escola. Quais os modelos de interlocução desencadeados pela rede do aluno na direção de sustentar o espaço amoroso de boas e de alegres aprendizagens?

As lógicas já conhecidas de processos escolares se fazem visíveis na cena escolhida e, por ter tendência e direção, na escola da norma e do esquadro. “É normal. Etimologicamente já que norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda e nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo” (CANGUILHEM, 1982, p. 85). Por se fazerem aparentes e por compreendermos que não há – nunca houve – um justo meio-termo na aprendizagem e no desenvolvimento escolar é que a pertinência dessa composição se fortalece, ampliando olhares não somente da educação, mas de toda uma tessitura da qual os alunos fazem parte.

Este artigo foi pensado a partir de experiências concretas de trabalho em rede de colaboração desde a palavra desencadeadora de educadoras. A cena, as reflexões e a análise a serem apresentadas partem do olhar de profissionais da educação, e temos nessa constelação(zinha): orientadora(s) educacional(is), professor(a) do atendimento educacional especializado, coordenadora pedagógica, psicopedagoga(s), pesquisadores; seja qual for a nomenclatura, há essas que dizem de todos: educadores/ensinantes/aprendentes, e, junto a Krenak, estamos certos da maravilha que é estar aqui e sermos diferentes.

Das alegrias de viver os encontros, a ideia do artigo nos fez próximos na vontade de refletir e de trazer composições capazes de transformar – ou, no mínimo, de provocar novas conexões – as relações “murchas” na escola conhecida. E, nas palavras de Ricardo Ceccim (ensinante, amigo e teórico imprescindível), buscamos alternativa ao viver “dessaborizado”.

As questões envolvidas nessas primeiras palavras não dizem de uma mera explicação, mas compõem o objetivo deste trabalho: apresentar e provocar a reflexão compartilhada, quebrando o “protocolo” e garantindo encontro no olhar e nas ações em rede a partir da educação frente a uma cena “emblemática”. Emblemática, pois parece a mesma, mas com escutas variadas. Repete-se querendo e forjando existência “científica”.

Entre laços e nós

A história trazida se repete em “script” muito parecida e em muitas escolas. Uma cena semelhante pode estar se passando agora e a escolha pela cena dá-se pela relação entre aquele que vê e o outro: “A cena é uma construção entre o que se vê e o que se olha. A cena inclui necessariamente os outros na relação conosco. [...] permite-nos abrir um espaço entre o que vemos e o que o outro e o mundo mostra” (FERNÁNDEZ, 2012, p. 27).

Apresentamos a cena de Luiz, um menino sorridente, que adora abraçar. Quase sem olhar quem é a pessoa, ele já abre bem os braços, fechando os olhos com o afago. Gosta de música e de pega-pega. Ele tem uma síndrome, dessas com nome difícil, e, por isso, desde muito pequeno, precisou de atendimentos de neurologia, psicopedagogia, terapia ocupacional, dentre outros profissionais da saúde. E, claro, sendo criança, precisa da escola.

Quem começa contando a cena é a professora e, na sequência, trechos constituídos pelos demais educadores participantes dessa história vão compondo a rede.

Luiz sorri, sorri muito. Ele chega em sala já querendo abraçar cada um e a todos, desde a portaria. Eu sempre me abaixo com os braços abertos e retribuo. Juntos já montamos a rodinha que inicia nossa tarde. Ele não fica por muito tempo. Logo quer pegar um brinquedo; entre combinações, o brinquedo fica passando, às vezes, faz-se necessário mais um brinquedo na roda. Ele gosta de histórias. Descobri que para Luiz assistir à história toda é preciso envolvê-lo com muito mais que minha voz, ou seja, por vezes cores, folhas, objetos, massinha... Passo a [em]prestar atenção! Nas atividades, é tudo muito rápido, mas ele participa, sempre sorrindo, interage, escuta e entende, do seu modo, o que peço. Comunica-se com alguns gestos e imagens/pictogramas como forma de comunicação alternativa. É sempre intenso e muito rápido. A família confirma: “em casa é pior”. A neurologista sugere: “ritalina!”. Com a proximidade comigo, a família pergunta o que acho, percebo ali a importância do meu olhar. Junto com a família, decidimos ser pertinente e experimentarmos. Seria uma experiência em rede, pois a neuro indicaria o melhor horário, a família seria a ponte e, mais do que nunca, eu estaria ali observando, trocando, emprestando toda minha atenção. Luiz tomou a medicação antes de ir para escola durante uma semana, e posso facilmente dizer sobre qualquer um daqueles dias: Luiz entrou sorrindo, mas se sentou para a rodinha de forma apática, não se deitou no colo da amiga como, por vezes, fazia. Apenas se sentou. Sua atenção foi rápida, mas não solicitou mais do que um brinquedo. Ele também se levantou no meio da história, mas não para “pedir” algo sobre ela, foi para sair dali. Ao usarmos tinta, não reclamou da textura, não sorriu com as marcas e traços na folha. Fez, rapidamente como sempre, e logo quis lavar as mãos, mas diferente da autonomia que tinha de levantar e de demandar alguém para ajudá-lo, esperou meu comando. Luiz já não sorria com a facilidade de antes. Também seguia prestando atenção de forma rápida, mas não mais intensa. Não precisava de um medicamento, pois esse não lhe dava a atenção à qual pode ser que ofereça para outros, esse lhe tirava a intensidade de sua participação ativa e rápida na rotina escolar, tirava-lhe o sorriso fácil, característica que a neuro dizia ser da síndrome, mas que eu, seus colegas e família entendíamos que era dele – é dele. Avisei a família: não há necessidade de um medicamento. Sinalizei minhas observações, mais do que isso, construímos alternativas, questionamos juntos a real necessidade daquele medicamento – para que ele serve, afinal? – Desejamos juntas parar a medicação, mas a mãe achou importante confirmar a suspensão com a neuro. Ofereci-me para participar do diálogo, os horários não fechavam, mas teceu-se o encontro. Tecemos com essa família possibilidades. O olhar da educação não estava isolado, estava entrelaçado com o deles. A neuro ouviu a escola, confirmou: não há necessidade desse medicamento. Em poucos dias, Luiz estava de volta.

A cena entrelaça muitos conceitos e movimentos. São “nós” em feição de laços, unindo composições de diferentes situações, envolvendo Luiz, sendo pertinente, mesmo que, de forma breve, trazendo ao diálogo a nossa compreensão e os possíveis caminhos. Não há intencionalidade de desatá-los, mas de sinalizarmos, evidenciando a intensidade do olhar da educação. A seguir, deixamos esses laços como tópicos, podendo ser lidos em sequência ou retomados após o outro. Sendo assim uma escrita-costura, na qual o leitor é convidado a alinhar os pontos que lhe convocam a pensar junto.

Inclusão

A cena nos conta da potência de uma educação inclusiva que se constitui desde a portaria da escola. Luiz quer “abraçar a todos e a cada um”. Ele é abraçado, porque inclusão se trata dessa troca, da construção de relações, da colega que dá colo para o outro encostar a cabeça e que recebe, em seguida, o brinquedo de quem está passando. Trata-se da professora ter em mãos um recurso diferente para a história, construindo pontes:

Incluir não significa tornar os outros como nós, ou, inversamente, desistir de nossa identidade para assumir a do outro, mas construir pontes entre as pessoas, as situações e as habilidades. Uma política inclusiva aumenta a integração, *quando consegue tecer as vozes de todas as partes interessadas de forma aberta, criando espaços de vida que são fruto da participação de todos*, cada um com as próprias características, e nos quais as diferenças se tornem riquezas (PARMEGGIANI, 2018, p. 21, grifo nosso).

As diferentes características dos alunos em sala de aula podem ser vistas como um desafio ao fazer docente desde que atreladas à ideia do quanto o desafio potencializa não somente a aprendizagem de uma criança, mas toda uma rotina escolar e as relações. Ou também, podemos dizer, é uma oportunidade, e o encontro com as diferenças nos fazendo mais humanos.

[...] continuamos precisando defender uma escola para todos(as), [...] porque a escola deve reconhecer nossa humanidade plural, reflexiva, tornando-se potente para sustentar as diferenças que nos tornam sujeitos igualmente humanos, a partir de nossas distintas experiências sensoriais, comunicacionais, cognitivas, afetivas (ANGELUCCI, 2015, p. 18).

As forças e a legitimidade das palavras sobre a importância de sustentarmos as diferenças, além de reafirmarem o quanto a escola deve e pode ser lugar de potência, igualmente, podem nos desviar dos processos contemporâneos de medicalização e de patologização da infância, das juventudes, da escola e da sociedade. Refletir sobre esses aspectos valoriza, de modo particular na escola, “a ação dos diferentes atores sociais implicados: alunos e professores” (FREITAS; BAPTISTA, 2017, p. 6).

A medicalização da vida invade todos os espaços do viver e a “cena” escolhida é parte desse complexo movimento. Os processos de medicalização do viver são fenômenos de muitas faces. Forjam identidade não apenas no simples ato de prescrever medicamentos, mas, principalmente, como engrenagem e máquina capaz de transformar a vida em objeto. Um movimento em “excesso” parece buscar “transformar a nosologia num empreendimento científico, voltado para delimitação de síndromes precisas” (BEZERRA, 2014, p. 21).

Dessa maneira, questões cotidianas convertem-se em doença. A escola produz encharcamento de cenas como as vividas por Luiz, menino que, como outros, deveria merecer um olhar cuidadoso e atento diante das dificuldades de aprendizagem enfrentadas ou por ter comportamentos diferentes dos normatizados. Por viver uma existência, ou uma relação com a aprendizagem “diferente do protocolo” (KRENAK, 2020, p. 33) pode definir remeter a algum diagnóstico – do sujeito e das situações – apressadamente.

Luiz já chega na escola com diferentes acompanhamentos, mas e os demais sujeitos os quais demandam uma escola inclusiva? Por tal motivo, a cena se mostra emblemática: em um contexto escolar, as prescrições acabam, ainda, buscando essa normatização dos corpos e do aprender a: “sentar direito”, “prestar atenção”, “não correr”, “comportar-se”, “copiar”, ou melhor, não apenas “copiar”, mas “copiar dentro do tempo previsto”. Além dessas, com certeza, seguiríamos uma lista de indicações que a escola e os professores podem repensar antes de instituir aos sujeitos.

A questão de designar ou não fica maior quando alguma dessas prescrições não é aceita, e aqui preferimos reformular: quando alguma dessas prescrições é questionada, pelo próprio sujeito aluno à sua forma: demandando elementos extras ou desmotivando-se.

Algumas vezes, a rede de inserção da criança/aluno/filho não tem visibilidade e sua ausência ou apagamento na produção de bordas de amparo e de

apoio definem descompasso no encontro. Em diversos momentos, a escola identifica um número expressivo de crianças com diagnósticos variados. Endossados pelo discurso médico, esses rótulos associam problemas da vida contemporânea, como tristeza, cansaço e agitação a conceitos de saúde como Depressão, Transtorno Bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDAH), entre outros.

Olhar para o movimento e não para o Luiz em movimento pode provocar um hiato sem preço. Segundo Singh (2012), os medicamentos “podem suprimir a capacidade das crianças para protestar contra as más condições, permitindo assim que tais condições permaneçam”. Ao nos referirmos à Escola, ou mesmo à Medicina, não tratamos uma ou outra em bloco. Esse seria um equívoco e significaria negar a potência e as possibilidades de avanço de uma e outra. Somos professoras e reconhecemos um trilhar potente na escola assim como percebemos a parceria e os avanços com a área da saúde.

De toda forma, é preciso olhar as evidências e examinar o que se mostra intensamente em desalinho: existe um processo de medicalização dos modos de ser e de estar na escola, produzido socialmente e endossado por essa instituição como um agente do contexto em que ela atua.

Atenção

Do que Luiz precisava? Ele precisava oferecer atenção? Ou precisávamos oferecer-lhe atenção? Fernández afirma que, “para promover a capacidade atencional, assim como retirá-la do aprisionamento, precisamos realizar uma operação muito anterior ao diagnóstico de seus déficits: resgatar a potência atencional da alegria” (FERNÁNDEZ, 2012, p. 16). A professora relata que nas atividades “[...] ele participa, sempre sorrindo, ele interage, escuta e entende do seu modo, o que peço”. Luiz tem alegria contagiante! Está “suficientemente distraído para deixar-se surpreender e suficientemente atento para não perder a oportunidade” (p. 16). Luiz era perito em brincar. “As crianças brincam inventando” (p. 31). A professora parecia estar atenta às características de Luiz, seus brincares e suas invenções, ou seja, trazia a compreensão de que há modos múltiplos de aprender, em que “escutar e entender” dão-se do modo do Luiz, singular a ele.

Havia a compreensão de que “trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado [e da educação] as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades (n) existenciais, como redes vivas em produção” (MERHY et al., 2016, p. 152, inserção nossa).

Em uma sala de aula, no recreio, na sala de recursos, há ações e distrações múltiplas em sentidos variados da palavra do viver, os quais são singulares aos sujeitos que compõem e potencializam esses espaços. Aos educadores, compete a atenção enquanto cuidado.

Fernández (2012, p. 18) evidencia, ainda, “que quando a criança está brincando, a potência atencional da alegria conecta-a simultaneamente com o incomensurável de seu desejo e o mensurável do limite real que o mundo real lhe oferece”. Não falamos mais aqui da atenção seletiva, mas da atenção em seu “caráter nômade, tomando sentidos sem rédeas [...], ela vagueia” (FREITAS; BAPTISTA, 2017, p. 9).

Isso instiga a refletir sobre qual atenção foi (em)prestada ou convocada a Luiz: [...] pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas. (MERHY, 2005, p. 195). “[...] eu estaria ali observando, trocando, emprestando toda minha atenção”. O olhar da professora busca o de Luiz. A história de Luiz traz indícios de escuta em rede. Indícios tênues vão tomando forma a partir do encontro: “a família pergunta o que acho”, diz a professora. Aqui, há a evidência do laço professora e família. Um laço que impulsiona a construção de outros modos e outras tessituras: “A neuro ouviu a escola”. A professora [é] a escola!

Esses encontros impulsionam a construção de alternativas, outras pontes, outros encontros com outros personagens que vão compondo um movimento em rede de emprestar a atenção ao menino/aluno. Movimento “de sujeitos em ação [...] produzindo relações, se interditando e mutuamente produzindo [...] disparando nos mapas desses encontros possibilidades de novos desenhos” (MERHY, 2005, p. 9). É desejável que saibamos estar juntos na composição desses desenhos, potencializando a invenção e a atenção ofertada por parte de cada um.

O movimento colaborativo da rede do aluno

Solicito encontro com a professora, professora do Atendimento Educacional Especializado e serviços da escola para pensarmos sustentação para Luiz no próximo ano (e-mail enviado pela neurologista que acompanha Luiz à orientadora da escola).

O convite da neurologista aos ensinares/rede escolar de Luiz (quando esse fez seis anos e passou da educação infantil para o ensino fundamental) é emblemático. Tomamos aqui pela direção de consolidação da rede que foi, passo a passo, saindo do “apagar incêndio” e do movimento dual - a professora e a mãe; a mãe/pai e a médica neurologista; a professora e a médica; a professora do Atendimento Educacional Especializado e a professora da sala de aula - para um movimento de garantir trajetória. Não temos a ilusão de lugar conquistado. É sempre um movimento de tessitura permanente que “diz respeito ao cuidado ou a uma ética do cuidado em saúde [e educação]: a de que para cuidar é preciso exposição ao outro” (CECCIM; PALOMBINI, 2010, p. 301). Movimento marcado pela “produção de desvios nas lógicas datadas” (CECCIM; PALOMBINI, 2010, p. 309).

Compreendemos o conceito de rede(s) enquanto conexões, enquanto produção de caminhos que estão entre sujeitos, entre processos, entre profissionais. Na escola, há redes pré-estabelecidas, conexões que *devem* ser feitas entre coordenação e orientação pedagógica e professores, trocas e produções entre o profissional do Atendimento Educacional Especializado e a professora de uma turma, entre os laços potentes ao encontro. E é na escola, também, onde se dá o fortalecimento do desvio produtor de redes vivas, com outras pessoas e profissionais os quais passam a criar vínculos que se fazem em processo, necessários.

Essa ideia de produção ocorre na dimensão micropolítica dos processos escolares, ou seja, não estão previamente instituídos ou definidos, no entanto ocorrem – produzem-se – a partir das experiências e dos caminhos produzidos para e com o aluno. Em termos conceituais, a ideia de produção em rede toma um

[...] fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo (FRANCO; MERHY, 2013, p. 123-124).

Ao olharmos a composição da cena de Luiz desde o princípio, vemos os diferentes sujeitos que compõem o espaço dele na escola: o porteiro, os colegas, os educadores, a família, até mesmo a neuro. Sim, ela faz parte da escola, ou melhor, é convocada a compor com a escola. Ela se convoca a estar e a aprender na e com a escola. A cada troca de informações, a cada parecer enviado, a cada mensagem ou encontro compartilham-se ideias, percepções, estabelecem-se costuras de possibilidades para Luiz, criam-se espaços de produção de outros encontros, com outros olhares, outras vozes.

Ampliando histórias, temos outros tantos profissionais – aparentemente de fora da escola – como fonoaudiólogos(as), fisioterapeutas, psicólogos(as), terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos(as), os quais, recorrentemente, são acionados para e pela escola.

Provocamos: como se produz essa relação, essa *rede* da criança/aluno? A partir de Luiz. A partir da produção e da relação com ele. Esta, na qual nossos papéis de professor e de aluno se constituem.

Vale pensar que a relação pedagógica não é dada a priori, mas vai sendo construída aos poucos a partir das interações, das trocas, dos posicionamentos de cada envolvido. Não passamos a ser aluno e professor porque nosso nome consta em uma lista de chamada. Aprendemos quando somos escutados e podemos escutar. [...] aprendemos quando confiamos no outro, em nós mesmos e no espaço de relação que se oferece. Aprendemos quando somos escutados e atendidos (FREITAS; BAPTISTA, 2017, p. 6).

O aprender que destacamos não diz respeito apenas ao conhecimento a ser adquirido, mas aos processos que envolvem o ser e o estar na escola desse aluno e de toda rede que consigo traz, bem como as demais que passa a constituir e a produzir. Ação marcada na aposta que faz a rede sustentar a singularidade de Luiz.

Buscar garantias nas *aprendências*, sustentadas, também, a partir da rede tecida a muitas mãos, que permitem respiro em invenções e em tessituras de caminho e de desvio na escola da norma as quais marcam a partir do fazer ver. O aprender enquanto potência e criação de possibilidades, em que todos envolvidos aprendem e ensinam, trocam e constituem lugares habitáveis aos encontros dos diferentes saberes,

das diversas formas de ser e de estar. Um espaço vivo de acolhimento e de produção de devires.

Durante o encontro com a neuro, ficou evidente que já ultrapassamos a formalidade [institucional escola-médico]. A reunião foi fluída, ficando claro que não estávamos ali para trocar informações sobre o aluno ou o paciente. Quando percebemos estávamos traçando estratégias de como e com quem contar para organizar a sustentação do Luiz no ingresso ao primeiro ano. (Relato da professora do Atendimento Educacional Especializado sobre o encontro com a neurologista que atende o Luiz).

A escola, para Luiz, significa um espaço de novas aprendizagens, de expressão e de trocas. *As cenas nos remetem à tessitura produtora e produzida em rede, na qual o foco não está na agitação visível no seu corpo, mas na criação de um espaço de ser Luiz/aluno/criança na escola.* Outro aspecto a destacarmos da cena aponta para a importância que a professora coloca na relação com a família. Percebemos não haver uma tentativa de responsabilização, mas de tessitura, de produzir com essa mãe, de trazê-la perto para olhar junto as possibilidades e a potência do estar entre, de constituir juntas o entre no olhar sobre e com o Luiz. A mãe conta, sabe, indica, uma vez que “a família representa um ponto de referência essencial para a inclusão da pessoa com deficiência, seja como fonte de informações valiosas, muitas vezes únicas, seja como interlocutor importante de um processo [...]” (DI PASQUALE; MASELLI, 2014, p. 719).

Nessa relação de produção de redes, o retornar à cena é fundamental. Percebemos que a mãe *deseja, juntamente com a professora*, “parar a medicação”, *mas entende ser* “importante confirmar/ propor a suspensão com a neuro”. *Nessa passagem, parece fortalecer esse espaço habitável entre professora-neuro-família e criar um vínculo entre, produzindo, então, uma ação colaborativa que se desdobra em outros olhares, outras redes, outras aprendizagens.* É a família, de modo geral, que, ao transitar entre escola-atendimentos, *constrói uma ponte entre os diferentes espaços e fomenta a potência de produzir encontros entre os que estabelecem cuidado e atenção à criança/filho/aluno. Na direção de produzir laços, linhas, encontros, o convite pode vir de qualquer um da rede da criança/aluno.*

Considerações para continuar

[...] quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro (MERHY et al., 2016, p. 159).

Frente à intencionalidade de apresentar e provocar a reflexão compartilhada acerca dos movimentos e das tessituras possíveis da rede de uma criança/aluno, evidenciando as potencialidades do olhar da educação, este artigo partiu de uma cena que, de diferentes formas, repete-se em nossas escolas e salas de aula. Ela nos convocou a tecer junto e a perpassar os laços que a rotina escolar proporciona e nos provoca a questionar e a *emprestar* nossa atenção.

Ao trazermos a(s) cena(s) que dão vida à rede de Luiz, trouxemos, implicitamente, a cena de Pedro, Carlos, Laura, Ana e tantos outros sujeitos que precisam do olhar cuidadoso da educação na produção de um devir-aluno; a qual não está, mas se constitui no laço com o(s) outro(s) em rede de encontros e de sustentação, onde “o seu desenvolvimento não remete às exigências do futuro, mas às experimentações em que pode exercer as suas potências, compondo-se com os diferentes meios com os quais convive” (CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 309). Propomos desviar da vontade itardiana do aluno ideal, buscando a garantia da alegria na aprendizagem e nas invenções do hoje, isto é, cada aprendizagem forjada na “produção de desvios nas lógicas dadas” (CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 309). Não tem caminho prévio a ser seguido a não ser os passos da criança/aluno. Uma aliança com esse sujeito o qual se forja ativando e fortalecendo sua rede, suas tessituras, garantindo ser, estar, permanecer e aprender na escola, um espaço que precisa ser capaz (aberto a ser) de acolher e de potencializar as multiplicidades trazidas e inventadas, acionando outras redes para essa acolhida não ser um nó, mas um laço.

Não se trata de considerações finais. O convite e a provocação são exatamente para podermos continuar ampliando as reflexões acerca da importância e da potência das redes abertas à produção de encontros *entre*, de conexões e de tessituras de vínculos necessários com os diferentes sujeitos implicados.

A discussão permanente do fazer pedagógico pode permitir a escola inclusiva quando a invenção do viver e do aprender são tecidas na existência e(a) fetiva. Luiz pede atenção! Pede das professoras, dos colegas, da família, da neuro, do porteiro, do momento de história. O aluno/criança encarnado, datado e que se constitui em rede, convoca novas formas de relação. Estamos atentos?

Referências

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

BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton.; COSTA, Jurandir Freire. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-34.

CECCIM, Ricardo Burg; PALOMBINI, Analice de Lima. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 301-312, dez. 2009.

DI PASQUALE, Giovanna; MASELLI, Marina. Pessoas com deficiência e escola: principais mudanças na experiência italiana. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 707-724, jul./set. 2014.

FERNÁNDEZ, Alícia. **A atenção aprisionada**: psicopedagogia da capacidade atencional. Porto Alegre: Penso, 2012.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias (Eds.), **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 122-140.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. A atenção, a infância e os contextos educacionais. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 29, e140387, 2017.

KASTRUP, Virginia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. *In*: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, TEDESCO, Silvia. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 15-41.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

MERHY, Emerson Elias. Engravando as palavras: O caso da integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção social da semana: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 195-206.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria. SILVA, Ermínia; SANTOS, Maria de Fátima. CRUZ, Kathleen; FRANCO, Túlio Batista. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, dez. 2014.

PARMEGGIANI, Roberto. **Desabilidade**. São Paulo: Nós, 2018.

SINGH, Ilna. Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 39, n. 6, p. 359-366, 28 ago. 2012.

Normocentrismo tem remédio? Considerações anticapacitistas na escola

André Luís de Souza Lima; Sônia Maria Antônia Holdorf Braun; Carla Karnoppi Vasques

Introdução

Ao engendrar a presente escrita, pensamos em um percurso de considerações sobre o fenômeno da medicalização e, conseqüente, medicamentação, na escola ante discussões travadas no campo dos estudos sobre a deficiência (*disability studies*), tomando a persistência da perspectiva biomédica sobre a educação daqueles considerados significativamente diferentes e o *capacitismo* como conceito emergente desse cenário e categoria de análise para as investigações realizadas. Isso nos leva a um recorte que destaca a educação de pessoas com deficiência como domínio privilegiado, porém certamente não circunscrito à educação especial, de atenção a práticas e pressupostos capacitistas. Portanto, de saída, concentramos nossos esforços na compreensão dos fundamentos da medicalização e da medicamentação sobre os corpos e mentes considerados deficientes.

Do ponto de vista social, essa perspectiva se justifica na consideração do capacitismo como presente na elevação de barreiras de acesso aos serviços básicos – tais como saúde, educação, emprego, transporte e informação – para essa população, de modo que as pessoas com deficiência apresentam taxas de pobreza mais elevadas, níveis de saúde e escolaridade piores e participação econômica reduzida. Inicia-se um ciclo de vulnerabilidade do qual é difícil emergir, dado o cenário político-econômico brasileiro (MADRUGA, 2013). Os tratados internacionais, os pactos e as políticas públicas inclusivas pretendem incidir nesse estado de coisas, regulando e construindo outras formas de participação e acesso aos bens públicos.

No Brasil, tal perspectiva ganha representatividade a partir de 1988, quando a Constituição Federal gera dispositivos para a proteção e inaugura uma mudança no tratamento voltado à inclusão social. A Constituição Cidadã, como é conhecida, tem por objetivo “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Estabelece também a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” (BRASIL, 1988, s/p).

O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que dispõe sobre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, estabelece a “discriminação por motivo de deficiência”:

[...] qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro (BRASIL, 2009, s/p).

Ressalta-se que a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015) referenda a deficiência como uma limitação duradoura, agravada pela interação dos impedimentos naturais com as barreiras sociais, institucionais e ambientais, excluindo ou dificultando a participação do sujeito no meio social. Levando em consideração uma necessária contraposição à perspectiva biomédica que inspirou tais documentos, Clímaco (2010), em um trabalho sobre direitos humanos e educação especial, estabelece uma relação que nos parece pertinente, a fim de introduzir o que iremos desenvolver adiante.

No que se refere ao reconhecimento das pessoas com deficiência, há uma tensão entre a supervisibilidade, produzida pelo modelo médico de deficiência, e a invisibilidade relativa ao que é da ordem da cidadania e respeito às diferenças. É como se, ao se focar o universal do diagnóstico, não percebêssemos o que é da ordem do sujeito e do particular. Para essa pesquisadora, trata-se de um assunto ainda pouco abordado nos documentos legais e que se relaciona com as concepções sobre o que é a deficiência. Apesar de sua fundamental importância, essas discussões não se fazem presentes nas práticas educacionais, sejam ditas normais/comuns ou especializadas, tampouco nos documentos legais. Pelo contrário, o discurso insiste, ainda, em uma leitura da deficiência como tragédia pessoal, desvinculada das questões estruturais e sustentando a marcha de produção de fármacos e protocolos padronizados de intervenção.

Ratificamos, portanto, nosso compromisso com as significativas conquistas decorrentes das políticas educacionais inclusivas, dentre elas, a ampliação

do número de matrículas e do tempo de permanência de estudantes com deficiência nos diferentes níveis de ensino. Contudo, compreendemos ser necessário um empenho adicional para a finalização dos ciclos de aprendizagem, visto as barreiras preestabelecidas na estrutura social, sejam elas metodológicas, instrumentais ou atitudinais, as quais se fortalecem com a preeminência do mito da normalidade (GESSER; NUERNBERG; BÖCK, 2020) – sobre o fértil substrato da lógica medicalizante e das práticas medicamentosas para solução de “desvios” indesejados.

Essa construção é sempre inacabada e, por isso, demanda uma atenta vigilância epistemológica, política e ética. Há sempre o risco de retrocessos, de naturalização das desigualdades sociais, de violências de todos os tipos. Desse modo, o texto que apresentamos pretende auxiliar nesse movimento de associar o debate sobre deficiência, capacitismo, educação e medicalização às situações ordinárias da escola. O grupo de pesquisa a partir do qual falamos, o Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura (Nuppec), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem trabalhado em nível de pesquisa, ensino e extensão no sentido de criar canais de observação e, sobretudo, escuta dos protagonistas dessas questões em seus locais privilegiados de fala, mas também de ação e de vida. Considerando a vida ordinária da escola, buscamos dar consequência ao debate de temáticas como medicalização e patologização da vida e na escola a partir de seus modos discursivos característicos, sem renunciar à recolocação histórica das questões em seus fundamentos.

Os anormais: a deficiência como déficit e desumanização

Ao tentar reconstruir historicamente os passos do que no presente chamamos educação especial, as pesquisas em geral consideram o advento da Modernidade – mais propriamente a eflorescência do Iluminismo no Ocidente (JANNUZZI, 2004; VASQUES; ULLRICH, 2019) –, o que coincide com o momento em que a deficiência passou a ser pesquisada com o uso de métodos científicos no campo das ciências naturais. Por esse processo, assim como ocorreu com outros fatos humanos tais como a homossexualidade e a criminalidade, a deficiência se tornou um caso paradigmático de medicalização, afastando-se de um modelo moral de inspiração bíblica. O modelo médico da deficiência busca designar “uma visão unilateral que atribui a causa dos déficits à má sorte individual

(acidentes), a práticas de saúde inadequadas (tabagismo, má alimentação) ou aos genes. [...] A deficiência se torna assim uma tragédia pessoal resultante da condição patológica do indivíduo” (KRISTIANSEN; VEHMAS; SHAKESPEARE, 2009, p. 2, tradução nossa). Essa contextualização, por sua vez, permite compreender o surgimento da educação especial a partir de uma racionalidade híbrida, localizada na conjunção entre a medicina, a psicologia e a pedagogia.

Carla Jatobá Ferreira (2016), apresentando seus estudos a respeito da concepção de anormalidade em Alfred Binet, deu visibilidade ao panorama científico no qual se desenvolvia a psicologia europeia no século XIX, particularmente na França, e seus efeitos pedagógicos percebidos, ainda hoje, na educação. Naquela ocasião, a escola incumbiu-se de classificar todas as crianças nas escalas de medidas de inteligência criadas por Binet, vulgarmente conhecidas como testes de QI. Concentrando-se nas possibilidades de previsão, quantificação, classificação e mensuração, e em acordo com os ideais de cientificidade vigentes, a psicométrica passou a ser o parâmetro principal que permitia determinar quais crianças iriam ocupar as classes especiais do sistema de ensino francês. Chama atenção nesse processo, o esforço empreendido na psicologia para transformar suas bases teóricas, a fim de defender a ideia de anormalidade escolar no contexto daquelas ciências tomadas como exemplares; em seu caso, a fisiologia. Nesse período, as descobertas no campo da física e das ciências naturais, mudam as formas de conceber o que é conhecimento válido e promovem a consolidação do positivismo e do cientificismo, de modo que, segundo esses novos pressupostos, o alcance e a formação do conhecimento só poderiam se dar por meio da ciência e do método experimental. Tendo assegurado a cientificidade das escalas por esses critérios, não fazia mais sentido perguntar-se sobre a correção moral de práticas segregantes e patentemente preconceituosas, ou sequer pela existência real de tais categorias entre os alunos. Ainda que, curiosamente, segundo o próprio Binet, as crianças anormais não pudessem ser identificadas a não ser por essas escalas, ficando confundidas com as demais, sem que seus professores notassem sua anormalidade (FERREIRA, 2016).

Tomando esse percurso pela via da linguagem, Plaisance (2015) analisa a demanda por inclusão a partir da educação especial, argumentando que esta última foi estabelecida sobre a cultura da separação. Aqueles considerados anormais, deficientes, diferentes ou mesmo ineducáveis – segundo o modelo

médico de deficiência ou psicométrico de Binet – frequentariam instituições que tinham por objetivo aproximar essas crianças e adolescentes a um padrão considerado normal de desenvolvimento, comportamento e inserção na cultura. Essas instituições seguiram por muito tempo tal modelo de segregação e isolamento, o que nos leva a perceber que a representação de pessoas como anormais implicou a necessidade de restringi-las a espaços também incomuns. O autor ainda afirma que, na educação, “a atribuição de *especial* indica uma característica negativa das pessoas implicadas e, ao mesmo tempo, determina um lugar de educação (estabelecimento ou turma), ele próprio definido sob a égide do *especial*, como em um jogo de espelhos” (PLAISANCE, 2015, p. 232).

O princípio de degradação dessas designações relaciona-se ao que Goffman (1980) descreveu como estigma – um atributo físico ou simbólico que lança descrédito social sobre uma pessoa. De modo que esse atributo, antepõe-se a todos os demais, na identificação e no reconhecimento dos sujeitos, classificando quem o apresenta como socialmente indesejável. Efetua-se, assim, a separação entre normais e anormais: “[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que se pode impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, 1980, p. 14).

A partir disso, a atitude posta em prática pelos ditos normais é a de quem percebe os estigmatizados como não completamente humanos, replicando ações minimizadoras de suas chances de vida (GOFFMAN, 1980). Estabelecendo um diálogo com os estudos sobre deficiência, podemos pensar que a relativização das barreiras sociais pela ação beneficente e o surgimento de teorias e ideologias para explicar o que é tomado como inferioridade ou falta de capacidade revela-se como expediente cujo objetivo é racionalizar os conflitos, os quais podem estar relacionados, inclusive a outras desigualdades, como a de classe social.

Normocentrismo e medicamentação em prol da saúde, força, inteligência e capacidade

Observar a relação entre o sujeito e o meio foi o que levou Paul Hunt, Michael Oliver, Paul Abberley e outros precursores dos estudos sobre deficiência a

produzir e defender a emergência do modelo social como contraposição à hegemonia biomédica nesse campo. O trabalho seminal desses autores na teorização do modelo alcançou seus resultados ao aproximar-se de discussões que então avançavam em áreas como estudos culturais, sociologia e feminismo (DINIZ, 2007). Há, nesse movimento, uma inversão de perspectiva na consideração daqueles que apresentam uma característica que os torna significativamente diferentes – para aludir à expressão usada pela psicóloga Lígia Amaral (1998) – ou, como já dissemos, estigmatizados.

Na compreensão exclusivamente biomédica, à qual se buscou um contraponto, o conceito de deficiência é subsumido à localização de uma lesão física, a qual, por sua vez, é indicada pela diferença estatística. Por consequência, entende-se a deficiência como localizada no corpo e intrínseca, portanto, ao sujeito daquele corpo. Assim, a atenção recebida pela deficiência circunscrevia-se a ações de ordem médica com foco na reabilitação à normalidade. Esse cenário exigiu a produção de técnicas de intervenção nesses corpos e uma classificação tipológica assentada na categorização das diferenças e capacidades. A deficiência, nessa perspectiva, é entendida como uma consequência da lesão conforme o seu tipo e signo de não capacidade. Era forçoso, a partir daí, questionar a hegemonia desse sentido e inscrevê-lo no tecido coletivo e político como questão de justiça social e direitos humanos (OLIVER, 1990; KRISTIANSEN; VEHMAS; SHAKESPEARE, 2009).

Como o grande obstáculo, o capacitismo apresenta-se de maneira estrutural em nossa cultura. Trata-se de “uma rede de crenças, processos e práticas que produzem um tipo particular de *self* e de corpo (padrão corporal), o qual é projetado como o perfeito, típico da espécie e, portanto, essencial e totalmente humano. A deficiência, então, é considerada um estado diminuído do ser humano” (CAMPBELL, 2001, p. 42, tradução nossa). Socialmente, materializa-se como discriminação que promove tratamento desigual em decorrência da presunção de ausência de deficiência ou necessidade de normatização daqueles que ocupam espaços públicos (CAMPBELL, 2009). A partir daí, o trabalho de Pfeiffer (2002), nos ajuda a entender certas fundamentações filosóficas influentes na educação especial que têm sua origem vinculada à produção de uma sociedade capacitista e segregadora. Em decorrência do capacitismo, a educação de pessoas com deficiência é frequentemente desqualificada, estereotipada e segregante.

Assim, estudar os fundamentos do que se entende por deficiência adquire função preponderante neste trabalho, primeiro na ordem das razões. Isso porque seu sentido transita em disputa nos âmbitos social, cultural, político e intelectual. Justamente, mas não por acaso, aqueles que sofrem tentativas de supressão nos processos medicalizantes, adotando o sentido proposto por Moysés e Collares (2017): a transposição de questões coletivas, de ordem social e política, ao domínio individual, restrito ao biológico. Esses processos ajudam a isentar instituições e governos de suas responsabilidades éticas, gerando obstáculos a práticas educacionais transformadoras nas situações de fracasso escolar. As mesmas autoras alertam para as relações nada delicadas da indústria farmacêutica com o assunto debatido aqui. Segundo elas, as empresas relacionadas a esse meio investem pesadamente em estratégias de *marketing* que sustentam a reprodução de uma lógica que prolifera indefinidamente o número daqueles tornados pacientes com o intuito de aumentar seus lucros, aprisionando-os em tratamentos farmacológicos longos e, sobretudo, dispendiosos.

Nessa esteira de raciocínio, torna-se evidente o alcance da medicalização e seu efeito de tornar a deficiência condição individualizada e particularmente segregante das trajetórias de escolarização. Por esse motivo, trabalhos como os de Oliver (1990), Campbell (2009) e Kristiansen, Vehmas e Shakespeare (2009) nos são caros, pois ajudam a avançar o entendimento sobre as bases sociais dessa segregação e nos aproximam da reflexão filosófica da qual ela é indissociável. Nossa justificativa, portanto, vincula-se à acessibilidade à escola e aos currículos, assentando-se para além do raciocínio biomédico responsável pela produção de deficiências, fracasso e medicamentação, o que, reforçamos, torna a discussão sobre a natureza da deficiência inarredável neste momento.

Assim, no que diz respeito às concepções teóricas influentes na educação de pessoas com deficiência – particularmente, as advindas da medicina e da psicologia experimental –, buscamos considerar as assumidas, as presumidas e as negadas, entendendo que tal intenção de ocultamento sob a cortina do atóxico, do politicamente neutro, cumpre uma função ideológica de manutenção de poder. Para se opor a tal estrutura, as iniciativas educacionais precisam não apenas deixar de reproduzir preconceito, mas contribuir para a interrupção de seu ciclo, reafirmando os direitos humanos das pessoas com deficiência, especialmente no tocante ao seu protagonismo político e à capacidade de falar por si mesmas (TIMBERLAKE, 2020).

O sujeito da educação anticapacitista é linguístico, político, histórico

A pedagogia e o currículo normocêntricos servem ao aluno concebido segundo um ideal de capacidade, poucas vezes ou nunca encontrado na realidade. Mesmo no contexto dito inclusivo, a escola geralmente considera esse fundamento como natural e isento de problemas, e os objetivos de aprendizagem, metas e avaliação carregam o traço daquilo que se nomeia como capacidade ou não capacidade dos alunos: “aluno em situação de inclusão”, “portador de deficiência”, “discrepância significativa entre capacidade e aproveitamento”, “fala imatura”, e assim por diante. Desse discurso ecoa outro, identificado com a frase “eu não estou preparada/o”, “eu tenho 15 alunos e 2 de inclusão”, “tenho medo de trabalhar com esses alunos”, “eu não estudei pra isso”, “essas crianças são diferentes e precisam de professores especializados”, “já tenho responsabilidades demais para assumi-las”, entre tantas outras expressões de mal-estar e descrença na função da escola.

Essas falas são elencadas como índices do capacitismo e barreiras à aprendizagem. Valle e Connor (2014) auxiliam nessa compreensão quando trazem o “mito da homogeneidade que orienta a busca incessante de novos métodos para se classificar as crianças de acordo com as suas semelhanças” (p. 72). Esses autores também entendem que o problema pode estar na expectativa de homogeneidade dentro e fora da escola, causa de um desapontamento constante.

Colocar a deficiência como questão de justiça social análoga àquela demandada por outros grupos que sofrem opressão social – tais como negros, mulheres, LGBTQIA+ e indígenas –, coaduna-se com o alerta que a pesquisadora Carla Biancha Angelucci (2014; 2015) faz sobre a necessária vinculação do tema aos direitos humanos universais, afastando-o do modelo medicalizante. “A escola é um possível e potente lugar de reocupação da esfera pública como esfera de humanização, a partir da experiência de coletividade. O trabalho de apropriação crítica dos bens culturais, realizado de maneira intencional e sistemática, é um direito social universal” (ANGELUCCI, 2015, p. 5). Portanto, uma vez que o direito à educação de qualquer pessoa seja questionado, negociado ou atacado, abrem-se possibilidades para o reavivamento de atitudes reacionárias cujo intuito é

manter a configuração social tradicional e seus padrões normocêntricos de humanidade. Nesses termos, a demanda por educação ressignifica-se como a ratificação da coletividade, não como necessidade individual de reabilitação de sujeitos vivendo em corpos anormais.

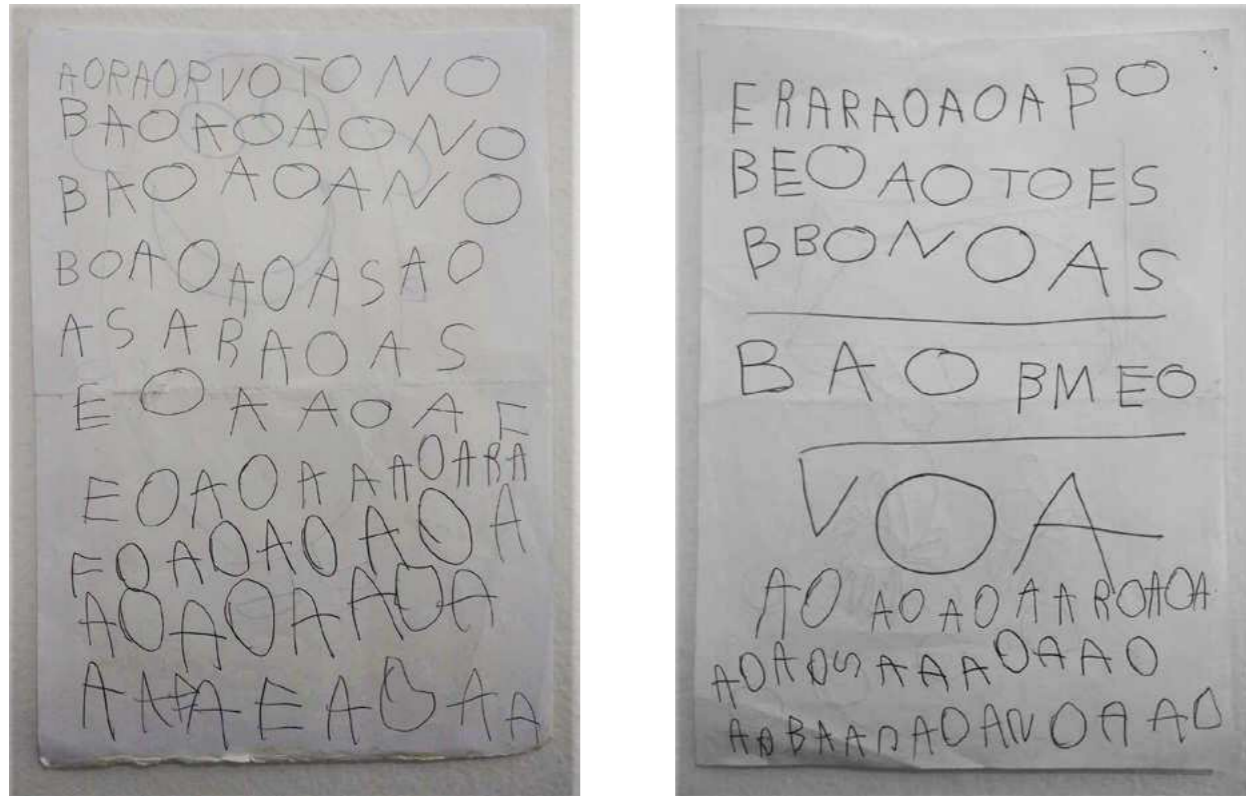
No que diz respeito ao assunto da medicalização, é preciso apontar sua ligação a perspectivas que estofam o campo da educação com discursos fundados em reduções biológicas, médicas e neuronais, uma vez que reduzem o sujeito – que é político, social, psíquico, histórico, cultural – a uma unilateralidade biológica empobrecedora. Nessa redução, as singularidades são transformadas em meros sintomas, indícios de patologia e de anormalidade, que devem ser tratados pela via medicalizante e farmacológica.

Uma educação que se propõe anticapacitista, precisa privilegiar a via do diálogo, da aproximação como o outro. Acreditamos que uma outra abordagem não só é possível como eticamente irrecusável. Nesse sentido, tomamos como ponto de inflexão uma cena em um contexto de uma sala de aula no ensino profissionalizante¹. Tratava-se de uma aula de preparação para o trabalho, os alunos passavam um período do curso (dois ou três meses) em uma empresa na qual faziam um estágio de experiência e um outro período (também de dois ou três meses) na escola.

A cena que relatamos a seguir diz respeito à primeira semana do retorno à escola depois do período de trabalho. O professor recebeu os alunos e propôs que produzissem um relato sobre o período em que estiveram na empresa. Como havia alunos em diferentes níveis de alfabetização, o relato poderia ser realizado de formas distintas (desenhos, escrita, colagens, pinturas etc.). Nesse momento, uma das alunas, que sempre carregava um caderno e canetas, interpelou o professor e disse: “Professor, eu não leio, mas eu escrevo”. Ao passo que o professor respondeu: “Mas eu leio. Então, *tu escreve pra mim, que eu leio o que escreveu, ok?*”. A aluna então realizou a atividade e entregou, alguns minutos depois, o relato exposto na imagem a seguir.

¹ A experiência narrada, bem como a imagem, foi usada anteriormente em estudos ainda não publicados.

Figura 1 - Produção da aluna V.



Fonte: acervo pessoal.

Quando entregou o papel, aparentemente satisfeita com a realização da atividade, perguntou: “Tá bom assim?”. Ao que o professor respondeu: “Ah sim! Que legal o teu relato, então tudo foi ótimo lá na empresa?”. A aluna franziu o cenho e meio desconfiada, como se quisesse indicar que o professor não havia lido completamente o relato: “Não... teve coisa que não foi tão legal assim”. A aluna retorna ao trabalho de escrita, inscreve um segundo tempo, grafado entre traços e, por fim, a partir da palavra VOA, registra “o que não foi tão legal assim”.

Na experiência dialógica apresentada acima, tomamos o relato da aluna como uma escrita endereçada, ou seja, algo que exige um autor e a escolha de um leitor. Como enunciado que se dirige a alguém, que vem a partir de uma demanda simbólica instaurada pelo professor e exige dos alunos um esforço de elaboração de suas próprias experiências. Estabelece-se aí uma relação pautada pela linguagem. Essa postura, que atribui ao relato uma condição de escrita, de palavra endereçada, reconduz a aluna a um lugar no qual ela não é reduzida a enunciados normocêntricos. Essa experiência, se tomada desde uma perspectiva

capacitista, poderia ser apontada como o momento em que fica evidente o índice de um transtorno ou lesão, ou seja, uma manifestação da anormalidade ou falta de capacidade. Esvaziados de seu caráter enunciativo, o comportamento, o gesto e os pormenores de uma vida cotidiana são enquadrados, depurados pelos inúmeros questionários e escalas de medida, a ponto de perderem o *valor de palavra dirigida a alguém*. O que era diálogo transforma-se em reação, perdendo-se, assim, a especificidade contextual e humana da aprendizagem. Apesar disso, tal temática é silenciada nas pesquisas, bem como nos espaços de formação inicial e continuada, e os manuais médico-psiquiátricos, os protocolos padronizados e os compêndios farmacêuticos circulam sem maiores questionamentos quando se trata de crianças e adolescentes destoantes do aluno tomado como ideal e capaz (LIMA; VASQUES, 2018).

Considerações finais

As formas de compreender a deficiência são determinantes das práticas pedagógicas, e o modelo biomédico, no qual a educação encontra assento, mesmo em sua perspectiva inclusiva, falha ao promover e sustentar uma representação de alunos com deficiência como anormais e não capazes. Não é surpreendente, dessa forma, que este aluno seja tomado como estranho, um ser não participante daquilo que é definido como ensino de qualidade e alvo de intervenções farmacológicas de inspiração normatizante. Uma perspectiva anticapacitista, fundamentando-se no modelo social da deficiência, oferece outras possibilidades ao problematizar o que é construído como resposta cultural, histórica, política e epistemológica em relação ao humano.

O discurso médico na educação apresenta-se como portador de objetividade científica e neutralidade teórica, ocultando a contextualidade (aquelas condições socioculturais, históricas e políticas) do que se dá a perceber dentro da escola, nos enunciados dos alunos e nas relações entre eles e os professores contribuindo para a perpetuação do capacitismo estrutural. Tal aparente neutralidade científica está a serviço da dominação dos corpos. Se é a lógica normocêntrica que demanda a normalidade, apresentada de maneira inclusive medicamentosa, então é preciso não apenas denunciá-la, mas se colocar na escuta daquilo que o medicamento cala em termos de angústia, mal-estar e não saber.

Referências

AMARAL, Ligia Assumpção do. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. *In*: AQUINO, Julio Groppa. **Diferenças e preconceito na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998. p. 11-30.

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

ANGELUCCI, Carla Biancha. Medicalização das diferenças funcionais: continuísmos nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. **Nuances**: estudos sobre educação, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 116-134, jan./abr. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Brasília: Planalto, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%206. Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. **Lei 13.146**, de 06 de julho de 2015. Brasília: Planalto, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 13 jan. 2021.

CAMPBELL, Fiona Kumari. **Contours of ableism**: the production of disabilities and abledness. Londres: Palgrave Macmillan, 2009.

CAMPBELL, Fiona Kumari. Inciting legal fictions: disability's date with ontology and the ableist body of the law. **Griffith Law Review**, Londres, v. 10, n. 1, p. 1-22, 2001.

CLÍMACO, Júlia Campos. Direitos humanos, invisibilidade e educação especial. **SER Social**, v. 12, n. 27, p. 214-232, jul. 2010.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FERREIRA, Carla Mercês da Rocha Jatobá. Às sombras das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena (Orgs.). **Estudos da deficiência**: antipacitismo e emancipação social. Curitiba: CRV, 2020.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

JANNUZZI, Gilberta S. de Martino. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas: Editores Associados, 2004.

KRISTIANSEN, Kristjana; VEHMAS, Simo; SHAKESPEARE, Tom. **Arguing about disability**: philosophical perspectives. New York: Routledge, 2009.

LIMA, André Luís de Souza; VASQUES, Carla Karnoppi. Epistemologias em jogo na educação especial. **Educação especial em debate**, Vitória, v. 2, n. 5, p. 60-76, ago. 2018.

MADRUGA, Sidney. **Pessoas com deficiência e direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Produção do fracasso escolar e medicalização da infância e da escola. *In*: VASQUES, Carla Karnoppi; MOSCHEN, Simone Zanon. **Psicanálise, educação especial e formação de professores**: construções em rasuras. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017. p. 43-72.

OLIVER, Michael. **The politics of disablement**. Londres: MacMillan, 1990.

PFEIFFER, David. The philosophical foundations of disability studies. **Disability Studies Quarterly**, Columbus, OH, v. 22, n. 2, p. 3-23, spring 2002.

PLAISANCE, Eric. Da educação especial à educação inclusiva: esclarecendo as palavras para definir as práticas. **Educação**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 230-238, nov. 2015.

TIMBERLAKE, Maria. Recognizing ableism in educational initiatives: reading between the lines. **Research in Educational Policy and Management**, Cortland, NY, v. 2, n. 1, p. 84-100, mai. 2020.

VALLE, Jan W.; CONNOR, David J. **Ressignificando a deficiência: da abordagem social às práticas inclusivas na escola**. Porto Alegre: Penso, 2014.

VASQUES, Carla; ULLRICH, Wladimir. Correspondências sobre o outro na educação especial. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 316-333, abr./jun. 2019.

Patologização e medicalização da vida: a infância e os processos de escolarização

Carla Maciel da Silva; Claudio Roberto Baptista

Introdução

– Ele escreve versos!

Apontou o filho, como se entregasse criminoso na esquadra. O médico levantou os olhos, por cima das lentes, com o esforço de alpinista em topo de montanha.

Há antecedentes na família?

(...)

Eis que começaram a aparecer, pelos recantos da casa, papéis rabiscados com versos. O filho confessou, sem pestanejo, a autoria do feito.

São meus versos, sim.

O pai logo sentenciara: havia que tirar o miúdo da escola. Aquilo era coisa de estudos a mais, perigosos contágios, más companhias. Pois o rapaz, em vez de se lançar no esfrega-esfrega com as meninas, se acabrunhava nas penumbras, e pior ainda, escrevia versos. O que se passava: mariquice intelectual? Ou carburador entupido, avarias dessas que a vida do homem se queda em ponto morto?

Dona Serafina defendeu o filho e os estudos. O pai, conformado, exigiu: então, ele que fosse examinado. O médico que faça revisão geral, parte mecânica, parte eléctrica. (COUTO, 2009).

Utilizando a ótica do conto, no contexto narrado, a família não via “normalidade” nas ações do filho. Assim, a pedido do pai e da mãe do garoto, o médico necessitava fazer um check-up geral e averiguar o que se passava e, ainda, “dar um jeito nisso”, como dissera o pai. Sonhos de mais, sonhos de menos. Escritas de mais, escritas de menos. Palavras de mais, ou de menos. Todas as singularidades que ultrapassam a fronteira imaginária da normalidade são vistas como passíveis de indicação para uma avaliação diagnóstica e tratamento. Fronteiras são ultrapassadas, e diagnósticos passam a ser reconhecidos como mapas que tendem a delimitar o sujeito. O conto apresentado retrata a história de muitas crianças

que são encaminhadas para uma avaliação diagnóstica por apresentarem características consideradas fora do padrão imposto pela sociedade.

Compreendemos que, ao problematizarmos a escolarização de alunos com deficiência, transtornos e outras singularidades, é necessário reconhecer os muitos elementos que compõem esse processo. São saberes colocados em xeque, áreas de conhecimento que se relacionam, como a saúde e a educação, além de concepções e conceitos que configuram práticas.

Nesse sentido, ao falarmos sobre a escolarização de pessoas com deficiência, poderíamos partir de muitos ângulos e de diversas formas de análise. Os ângulos utilizados nestas reflexões serão pontos de abordagem de nosso objetivo central; compreender como os processos de normalização, patologização e medicalização se constituem e, ainda, quais os efeitos dessas concepções no que diz respeito aos processos educativos. Ao abordarmos os fenômenos destacados e seus possíveis efeitos nos processos de escolarização, apresentamos uma leitura que tem como objetivo contribuir para que haja a subversão da lógica empregada no que se compreende como “normal” e “patológico” no contexto escolar.

Olhares patologizantes-medicalizantes e seus possíveis efeitos nos processos de escolarização

Para a reflexão sobre a medicalização e a patologização no contexto escolar, algumas discussões assumirão centralidade neste estudo, como a problematização acerca dos processos de avaliação inicial e diagnóstica, a constituição do conceito de deficiência e o processo de escolarização. Desse modo, reconhecemos a necessidade de discutirmos, mesmo que brevemente, os diferentes conceitos e fenômenos que serão debatidos ao longo dessa escrita, como medicalização e patologização.

O primeiro seria o conceito de medicalização, que passou a ser utilizado na literatura científica na segunda metade do século XX. Segundo Freitas e Amarante (2017), a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade foi afetada por uma verdadeira revolução terapêutica. As terapias com antibióticos e hormônios, a descoberta das vacinas e a consagração da indústria farmacêutica deram uma nova configuração para o tratamento clínico. Uma nova concepção de tratamento passou a se instaurar na sociedade. Anúncios de descobertas de novos medicamentos passaram a

ser aguardados com a esperança da promessa de combater doenças até então consideradas incuráveis.

Os tratamentos em saúde mental, que até então se organizavam por meio da psicoterapia, utilizando-se da psicanálise e das terapias associadas ao comportamento, passaram a contar com a utilização de psicofármacos, nomeados na época como “pílulas milagrosas”. Porém, na atualidade, o termo medicalização vai além do tratamento com substâncias químicas, pois “consiste no processo no qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos usualmente em termos de doenças e desordens” (EDINGTON, 2012, p. 16).

O conceito de medicalização foi utilizado também para indicar os efeitos e as perspectivas, a partir dos ideais higienistas, adotados em determinado período do contexto brasileiro na organização relativa à escola e às instituições especializadas. Sabemos que, principalmente por volta da metade do século XX, a educação e a saúde brasileiras foram configuradas com base em ideias higienistas que se associavam à necessidade de identificar e diagnosticar os sujeitos que apresentavam algum tipo de deficiência, transtorno ou sofrimento relacionado à saúde mental. A identificação era justificada como necessária para que as pessoas diagnosticadas pudessem receber atenção qualificada em espaços segregados, como instituições psiquiátricas e escolas ou classes especiais. Apesar disso, os efeitos preponderantes estiveram mais associados ao ato de separar, afastar e isolar do que oferecer tratamento.

Para Moysés e Collares (2014), a educação, como as demais áreas sociais, vem sendo medicalizada com grande velocidade. As justificativas para esse processo sempre estiveram embasadas na indicação de que fatores como o fracasso escolar pudessem ser indícios de inadequação e sofrimento, com manifestações que colocariam em causa a possibilidade de investimento na aprendizagem. Seguindo a lógica da medicalização, a patologização da vida no cotidiano escolar ocorre tendo como referência a necessidade de classificarmos os sujeitos e de atribuímos patologias às singularidades dos alunos.

Nesse sentido, Luengo (2010) nos aponta que “patologizar é o próprio ato de apontar no diferente uma doença que, mesmo inexistente, passa a ser reconhecida e diagnosticada pela equipe escolar e de saúde”. Desse modo, o fenômeno da patologização do contexto escolar vem produzindo um discurso que desqualifica a diferença e intensifica as desigualdades no

contexto das práticas educativas. A medicalização e a patologização ocorrem segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica e organicista. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

Como salienta a pesquisadora Marilene Proença, em uma entrevista dada ao canal de comunicação do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo – SinPsi (SOUZA, 2012), podemos acompanhar, no Brasil, a ocorrência de elevadas taxas de reprovação no contexto escolar, as quais se associam a crianças que não conseguem ler e escrever e que mostram dificuldades de se beneficiar da escola. Essa pesquisadora afirma ainda que, em vez de repensarmos a escola e as formas como essas instituições têm sido organizadas, as questões apresentadas passam a ser um problema da criança. São as crianças percebidas como aquelas que não leem, que não escrevem, que não ficam sentadas, que não prestam atenção.

Assim, temos a origem de um processo de culpabilização da criança por não aprender e/ou por não se comportar “corretamente” na escola. Essas características, quando indicadas e encaminhadas a uma avaliação, em muitos casos, acabam se transformando em um diagnóstico de déficit de atenção, hiperatividade ou dislexia, entre outros. Na maioria dos casos, o diagnóstico vem acompanhado pela indicação do uso de medicamentos (SOUZA, 2012). Entre esses medicamentos, um dos mais utilizados para crianças diagnosticadas com transtornos do déficit de atenção e hiperatividade é o metilfenidato, o qual se apresenta com o nome comercial de Ritalina, também popularmente conhecida como a “droga da obediência”.

Em 2010, uma reportagem organizada pela Globo News anunciou que o Brasil era o segundo país que mais utilizava a Ritalina, ficando atrás apenas dos Estados Unidos¹. Essa estatística acompanha o que temos percebido constantemente nos processos diagnósticos, pois estes retratam modos de relatar e de analisar um fenômeno com base na “adequação” de manifestações e de singularidades. A utilização dos psicotrópicos, a partir de uma avaliação diagnóstica, geralmente tem como referência os comportamentos e as manifestações apresentadas no cotidiano da vida infantil, sejam na família

ou na escola. Como nos apontam Collares e Moysés (1996, p. 75), “o que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria [...] tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual”.

A indisciplina e o suposto “não aprender” são compreendidos como manifestações desviantes da norma no contexto escolar. A aprendizagem ou a análise das dificuldades que estariam relacionadas a esse processo são avaliadas, geralmente, por métodos padronizados que tomam como referência o comportamento codificado ou a performance em testes psicométricos, procedimentos que pouco possibilitam considerar as construções e elaborações singulares apresentadas pelos alunos em seu processo pedagógico. As dificuldades de aprendizagem têm sido compreendidas como intrínsecas ao sujeito em muitos contextos. Em muitos casos, são identificadas como indicadores de patologias, como afirmado em precedência. São dinâmicas que indicam, com frequência, uma compreensão biológica que seria a base das limitações de um funcionamento cerebral. Nesse sentido, crianças são submetidas a testes e avaliações que prometem “medir” a inteligência.

A nova pragmática da cura exige que você defina como patológico o que as medicações tratam, e inversamente o que as medicações tratam será definido como patológico. Reedição do drama metodológico que considerava a inteligência como aquilo que os testes medem, e o que os testes medem como aquilo que chamamos de inteligência (DUNKER, 2014, p. 70).

A partir de uma ótica valorizadora da ideia de “mente” como algo segregado e funcional, apto ou não para receber e armazenar informações durante o processo de aprendizagem, a lógica da patologização e medicalização tem se associado cada vez mais à inteligência e à capacidade cerebral. Bateson (1986), estudioso inglês vinculado ao pensamento sistêmico, desenvolveu uma concepção de processo mental e de mente a partir de uma perspectiva integrada que nos auxilia a problematizar o conceito de mente, negando a suposição desta ser um fenômeno individual e circunscrito. Para o pesquisador, ao evocar os chamados fenômenos mentais acionamos necessariamente dinâmicas coletivas que implicam modos de pensar, esperar e agir, ou seja, definimo-nos como aquilo que somos por meio dessas redes de palavras e expectativas.

¹ A reportagem pode ser acessada no YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA&pbjreload=101>

Essa compreensão está amplamente presente na definição da deficiência como um fenômeno social, o que favorece nossa crítica dirigida à patologização e à medicalização da vida e das singularidades tidas como desviantes. Segundo Pistóia (2009), Bateson afirmou que a ecologia da mente é uma nova maneira de pensar sobre as ideias, e esses agregados de ideias que chama de “mente”. Para Bateson (1986), a mente não está localizada no corpo; trata-se de um processo interativo, apresentando relações do organismo com o meio. Assim, a mente não se manifesta apenas nos organismos individuais, mas também em sistemas sociais e em ecossistemas.

A partir do exposto, podemos identificar uma busca de compreensão relativa ao fenômeno de deficiência como uma construção social, pois entende-se que a mente não está localizada no corpo, mas se apresenta como um processo interativo, a partir de relações do organismo com o meio. Um fenômeno complexo, necessariamente plural e resultante de dinâmicas interativas entre seres vivos em contínuo processo de instituir-se e de agir, considerado como ato comunicativo.

Como nos aponta Carneiro (2007), a deficiência é uma condição que se desenvolve a partir das relações sociais estabelecidas com sujeitos que apresentam características singulares, e não como uma incapacidade do sujeito. A autora analisa a deficiência intelectual, em específico, como uma condição que se desenvolve nas relações sociais e, com base no pensamento de Vygotsky e na abordagem histórico-cultural, aponta que:

[...] A abordagem histórico-cultural nos mostra que o desenvolvimento de sujeitos com deficiência intelectual se dá sempre a partir das relações sociais e depende muito da “nutrição ambiental” proporcionada a tais sujeitos. Por isso, é possível reafirmar que a deficiência intelectual é sempre uma produção social (CARNEIRO, 2015, p. 1).

Como diria Vasconcellos (2002), trata-se de uma inversão de ótica, a partir da qual se desloca o foco que seria dirigido ao sujeito, passando a valorizar a dinâmica das relações, em seus contextos. Nesse sentido, consideramos que essa compreensão altera também a linha invisível que define a separação entre o “normal” e o “patológico”. Linha constituída por uma complexa fronteira diagnóstica que implica a condição de estar apto ou não, conforme os parâmetros definidos socialmente.

Como dinâmica ativa dessa “linha” definidora, os processos de avaliação e o de classificação são ações frequentemente solicitadas em nosso cotidiano. No contexto escolar, a avaliação é habitualmente utilizada para identificar e “quantificar” a aprendizagem dos alunos. Avalia-se se o aluno está aprendendo, considerando um desempenho esperado e, assim, são definidos os passos para classificá-lo. Com esse processo, são estabelecidos mapas que, equivocadamente, julgamos representar a realidade.

A lógica apresentada aqui sobre avaliação e classificação gera efeitos tanto nos processos educativos quanto nas avaliações diagnósticas realizadas no contexto da saúde. Oliveira, Silva e Baptista (2020) nos apontam que, nas últimas décadas tem ocorrido uma ampliação diagnóstica, e esse aumento, segundo os autores, associa-se a modificações de critérios diagnósticos e ao avanço da produção diagnóstica no contexto escolar. Ao longo da história, observa-se uma sucessão de termos definidores e critérios diagnósticos criados para dar nome a sintomas e características.

Um dos mais influentes manuais diagnósticos é organizado pela Associação Americana de Psiquiatria, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que está em sua quinta versão. O DSM, apesar de ser um manual organizado no âmbito da psiquiatria, é amplamente utilizado como referência por outras áreas de conhecimento, influenciando fortemente todos os campos que se associam às questões da vida psíquica e das diferentes formas de cuidado. Frances (2016) afirma que as pontuações apresentadas pela Associação Americana de Psiquiatria, em seus manuais diagnósticos, colaboraram para uma maior discussão acerca dos critérios diagnósticos, todavia, contribuíram também para a ampliação diagnóstica que tem se mostrado em expansão em cada uma das novas versões do DSM.

O DSM tem um retrospecto ambíguo. Suas edições serviram à função extremamente valiosa de elevar a confiabilidade do diagnóstico e de estimular uma revolução nas pesquisas em psiquiatria. Mas também tiveram a perigosíssima consequência indesejada de alavancar e ajudar a manter uma inflação diagnóstica desgovernada, que ameaça o normal e resulta em um sobre tratamento maciço com medicação psiquiátrica (FRANCES, 2016, p. 94).

Esse manual diagnóstico, em sua última versão, ampliou os critérios diagnósticos e intensificou ainda mais a malha classificadora. Nessa

direção, o DSM-5 aponta a necessidade de se diagnosticar fenômenos que fazem parte da vida social, com intensificação dos quadros mais precoces de possíveis desvios. A partir disso, temos acompanhado a recorrência de processos classificatórios e diagnósticos no início da vida infantil, envolvendo crianças de 0 a 3 anos, como nos mostra Oliveira (2017) ao discutir as implicações do diagnóstico precoce associado ao autismo.

Porém, na escola, quando a criança participa de ações coletivas, tende a se intensificar o investimento nas linhas definidoras daquilo que se identifica como desviante. Ao iniciar os processos de escolarização, muitos alunos passam a ser classificados, avaliados e diagnosticados. Como ressalta Oliveira (2017), os conhecidos dispositivos de investigação destinados à avaliação diagnóstica, em sua maioria, se constituem em propostas padronizadas e esquemáticas de análise de comportamentos. Tais escalas avaliativas tendem a ser simplificadas para facilitar a aplicação e estão em sintonia com princípios que não consideram a importância da reciprocidade entre sujeito observado e sujeito observador.

Assim, compreendemos que o investimento em uma perspectiva despatologizante, como uma nova ótica para análise dos processos sociais e diagnósticos, continua sendo nosso grande desafio. Trata-se de uma busca de construção de parâmetros analíticos que considerem o sujeito em seu contexto, que problematize as dinâmicas simplificadoras que exigem repetições de comportamentos considerados adequados, reconhecendo que cada iniciativa de uma pessoa expressa um sentido, o qual precisa ser investigado a partir da teia geradora constituída por relações, intencionalidades, palavras e expectativas sociais. Tais fenômenos exigem investimento em sua problematização e discussões em espaços formativos e reflexivos.

Considerações finais

A partir do exposto, tentando ampliar a ótica para além de uma visão organicista e biologizante, as presentes reflexões buscaram problematizar os possíveis efeitos dos fenômenos da patologização e medicalização em questões que envolvem os processos diagnósticos e de escolarização. Partimos de um pressuposto que considera que, apesar de termos avanços relativos à compreensão social do conceito de deficiência, ainda é possível

identificar o predomínio de uma lógica que tende a valorizar a dimensão individual e intrínseca ao sujeito, sendo que esta lógica se expressa em modo explícito nas proposições vinculadas aos critérios diagnósticos. Assim, no cotidiano escolar, presenciamos dinâmicas que reforçam a avaliação classificadora dos processos de aprendizagem.

A partir de um padrão de normalidade construído historicamente, avaliam-se as manifestações comportamentais dos alunos e seus processos de aprendizagem. Nesse sentido, temos acompanhado nos últimos anos um crescente no contingente numérico de crianças que são diagnosticadas em idade escolar. Silva (2016), confirmando essa premissa, indica o acréscimo do número de alunos inseridos na categoria de deficiência intelectual no Censo Escolar MEC/INEP nos últimos anos. Além disso, Oliveira, Silva e Baptista (2020) nos indicam um aumento semelhante de sujeitos identificados na categoria nomeada Transtorno do Espectro do Autismo, além de categorias de transtornos que têm vínculos com questões comportamentais, como o TDAH, ou escolares, como os transtornos específicos de aprendizagem.

Assim, destacamos os riscos da intensificação de uma lógica associada à patologização e à medicalização da infância. Como afirmamos em precedência, trata-se de uma lógica considerada atraente em função de sua tendência à simplificação, restringindo a investigação a dimensões individuais, comportamentais e, muitas vezes, biológicas. Como sinaliza Vasconcellos (2002, p. 101), a simplificação “obscurece as inter-relações existentes entre todos os fenômenos do universo e é imprescindível ver e lidar com a complexidade do mundo em todos os seus níveis”.

Ao discutirmos a medicalização na infância, a produção e a inflação diagnóstica, nos propusemos a problematizar os caminhos que temos tomado na constituição do ser criança e do ser aluno. Sabemos que a lógica patologizante e a produção diagnóstica são resultado da ação de diversos atores sociais que passam a compartilhar lentes definidoras dos fenômenos investigados. O debate acerca de ação plural passa a ser fundamental quando consideramos que conhecer as dinâmicas geradoras desses atos de classificação pode ser um primeiro passo para modificar tais dinâmicas e abrir espaço para a produção do novo. Investe-se, assim, na escola como um espaço que delimita, mas que contemporaneamente pode abrir possibilidades de criação.

A dicotomia que se estabelece nessas relações que patologizam os processos de escolarização e seus estudantes em nada favorece

um fazer pedagógico que valorize uma ação e uma observação que sejam contextualizadoras, considerando singularidades, necessidades e potencialidades de nossos estudantes. A valorização da lógica patologizante da vida nos contextos educacionais nos faz refletir que, apesar dos avanços na compreensão social do conceito de deficiência e de normativas que valorizam os processos inclusivos, ainda é possível encontrarmos uma forte tendência de ideias que reforçam a perspectiva de uma suposta incapacidade, considerada como fenômeno que diz respeito ao sujeito e que se mostra, muitas vezes, desprovido de sua historicidade.

Como é possível reverter essa lógica? Como respeitar os tempos e as diferentes formas de aprender, formas de ser e de estar no mundo e na escola? Consideramos fundamentais os investimentos na formação de profissionais de educação e de saúde, no sentido da ampliação da capacidade de analisar tais fenômenos. No que se refere à educação, o investimento na formação de professores deveria dar prioridade às possibilidades do fazer pedagógico, ou seja, ao reconhecimento de como podemos constituir uma ação pedagógica capaz de respeitar e aprender com as diferenças, singularidades, diferentes formas de aprendizagem e variadas formas de expressão.

Referências

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

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso. A deficiência intelectual como produção social: reflexões a partir da abordagem histórico-cultural. *In*: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 37., 2015, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: NUTE/UFSC, 2015. p 1-16.

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso. **Deficiência mental como produção social**: uma discussão a partir de histórias de vida de adultos com síndrome de Down. 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTO, Mia. O menino que escrevia versos. *In*: COUTO, Mia. **O fio das missangas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. p. 131-134.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. **A medicalização da infância**: uma leitura psicanalítica. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

FRANCES, Allen. **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.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GLOBO Vídeos – **Brasil é segundo maior consumidor mundial de Ritalina**. Rio de Janeiro, 29 nov. 2010. 1 vídeo (13min09s). Postado por carlosbettanin. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA&pbjreload=101>. Acesso em: 03 fev. 2021.

LUENGO, Fabíola Colombani. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: UNESP, 2010.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. *In*: VIÉGAS, Lygia de Souza; RIBEIRO, Maria Izabel Souza; OLIVEIRA, Elaine Cristina de; TELES, Liliane Alves da Luz. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade**: ciência ou mito? Salvador: EDUFBA, 2014. p. 21-46.

OLIVEIRA, Anié Coutinho. **Identificação precoce de sinais de risco de autismo**: o risco do risco. 2017. 157 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

OLIVEIRA, Anié Coutinho; SILVA, Carla Maciel da; BAPTISTA, Claudio Roberto. Infância e medicalização da vida: uma análise sobre a produção diagnóstica e seus nexos com os processos de escolarização. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. esp. 5, p. 2803-2819, dez. 2020.

PISTÓIA, Lenise Henz Caçula. **Gregory Bateson e a educação: possíveis entrelaçamentos.** 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SILVA, Carla Maciel da. **Deficiência Intelectual no Brasil: uma análise relativa a um conceito e aos processos de escolarização.** 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SOUZA, Marilene Proença Rabello de. *In: NAU dos insensatos 3 – medicalização e patologização da educação.* São Paulo, 11 set. 2012. 1 vídeo (24min18s). Publicado pelo canal sinpsitv. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=aA9lwCHSYE8>. Acesso em: 03 fev. 2021.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência.** 10. ed. Campinas: Papirus, 2002.

Diferenças, desigualdades e direitos: raízes da medicalização/patologização da vida e na escola¹

Maria Aparecida Affonso Moysés; Cecilia Azevedo Lima Collares

Dani es un niño que no sabe andar en bicicleta. Todos los demás niños de su barrio ya andan en bicicleta; los de su “cole” ya andan en bicicleta; los de su edad ya andan en bicicleta. Han llamado a un psicólogo para que estudie su caso. Ha hecho una exploración, le ha pasado unas pruebas (coordinación motriz, fuerza, equilibrio y muchas más; ha hablado con los padres, con los profesores, con los vecinos, con los compañeros de clase) y ha llegado a una conclusión: ese niño tiene un problema, tiene dificultades para andar en bicicleta. Dani es “disbiciclético”. Ahora ya podemos estar todos tranquilos, ya tenemos un diagnóstico. A partir de ese momento todo tiene explicación: el niño no anda en bicicleta porque es disbiciclético y es disbiciclético porque no anda en bicicleta (RUIZ, 2005).

A diferença identifica

Eu sei andar de bicicleta, Dani não sabe. Dani é diferente de mim, portanto, Dani deve ter um problema. Não, não é assim. Dani não é diferente de mim. Existem diferenças entre nós. O “diferente” não existe. As diferenças se concretizam nas relações; existem diferenças entre duas ou mais pessoas, entre nós que agora escrevemos e você que nos lê, mas você não é diferente de nós, pois não somos o referencial do correto, do adequado; não somos, enfim, o centro do mundo.

Somos todos diferentes de todos. Existem diferenças entre todos nós. Diferenças nos modos de ser, de agir e reagir, afetar e ser afetado, aprender e lidar com o aprendido, sofrer e se alegrar. Somos diferentes nos “modos de levar a vida” (CANGUILHEM, 1982). Exatamente porque somos diferentes podemos nos identificar com o *outro*, conseguimos nos aproximar de suas emoções, sofremos com as injustiças que sofre, lutamos contra a

¹ Este texto é uma revisão de publicação anterior: MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Sobre diferenças, desigualdades, direitos: raízes da patologização da vida. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima Silva; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso (Orgs.). Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

violência que o atinge. As diferenças não constituem problema, ao contrário, são solução, uma das riquezas da humanidade, e devem ser valorizadas, respeitadas, acolhidas.

Marcar alguém como *diferente* revela muito de “quem marca”, como alguém incapaz de se perceber na alteridade e de reconhecer o outro como uma pessoa igual a si. Essa intolerância constitui um dos elementos fundantes do fascismo. Quem vê o outro como *diferente*, desvela sua pretensão de ser o ponto central da humanidade. A humanidade não tem ponto(s) de centralidade, a humanidade se constitui de pessoas iguais em sua condição de humanos, com diferenças entre todos. Se o outro não é visto como igual a mim, ele não é visto como humano; aí, não há possibilidade de respeito, e está pronto o chão da intolerância e do ódio que dela brota.

A desigualdade deforma

Vivemos uma sociedade permeada por problemas coletivos, de ordem social, política, econômica. Problemas que geram desigualdades, especialmente de inserção social, etnia e gênero. Desigualdades geradas pelos modelos de desenvolvimento das sociedades, desigualdades que mantêm e legitimam tais modelos. Homens e mulheres são diferentes, sem dúvida; porém não é pela diferença que ela recebe um salário menor pelo mesmo trabalho. Um homem de pele de cor negra tem a cor da pele diferente de um homem de pele de cor branca, mas não é pela diferença na cor da pele que negros foram escravizados e continuam sendo marginalizados e sem acesso a melhores condições de vida.

Se diferenças permitem a identificação entre humanos, iguais porque diferentes, a desigualdade deforma. Deforma as relações. Deforma minha visão do outro, impedindo que me identifique com ele – como me identificar com um ser deformado? – destruindo sua humanidade; se deformato o outro com meu olhar, também me deformato, mesmo que não perceba; destruo o humano em nós. No extremo, deforma-se e destrói-se a própria humanidade.

Vivemos tempos de intolerância

Vivemos tempos em que diferenças e desigualdades são tornadas iguais, no mesmo incômodo que provocam nas pessoas que nem são *diferentes*

em sofrer desigualdades. A diversidade dos seres humanos vem se tornando cada vez mais um *problema a ser sanado*. Se possível, extirpado. Se necessário, extirpando os portadores de tal problema, os *diferentes*.

A propalada cordialidade dos brasileiros se retira de cena e revela no fundo do palco pessoas prestes a explodir sua raiva e frustração no primeiro “diferente” que passe em seu caminho. Pode ser um jovem negro, uma transexual, um indígena, um militante político, uma umbandista, um torcedor de outro time..., uma ... Porém, a violência também assume outras máscaras, disfarçando-se para se invisibilizar, como os laudos médicos e psicológicos, que sustentam e realizam uma patologização da vida.

Gabriela² é uma garota de 6 anos, que há um ano começou a brigar com colegas de escola e desobedecer a professora. Nesse período, sua agressividade veio aumentando e foi encaminhada a uma psiquiatra que diagnosticou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e prescreveu Ritalina³ e Risperdal⁴, com melhora discreta dos sintomas.

Vivemos tempos em que diferenças e desigualdades são artificialmente transformadas em doenças, transtornos, por meio de discursos cientificistas. Capturados por normas e padrões artificiais, que retiram a vida de cena e criam uma epidemia de diagnósticos de transtornos mentais. Os processos de medicalização e patologização, baseados em discursos e práticas normativos e autoritários, colocam todos nós em risco de sermos rotulados

² Todos os nomes são fictícios.

³ Ritalina[®] (Novartis) é o produto comercial à base de metilfenidato mais vendido no Brasil. Essa droga também é comercializada pela Jansen com o sugestivo nome de Concerta[®]. Recentemente, Shire, outra gigante farmacêutica, lançou no mercado brasileiro Vyvanse[®] (lisdexamfetamine dimesylate) para o “tratamento” de crianças e adolescentes que não se comportam de acordo com padrões estabelecidos (por quem?).

⁴ Risperdal[®] (Jansen) é o nome comercial de risperidona, um neuroléptico. Na bula constam as seguintes indicações: tratamento de ampla gama para pacientes esquizofrênicos; exacerbações esquizofrênicas agudas; psicose, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; alívio de sintomas afetivos associados à esquizofrenia; pacientes esquizofrênicos crônicos; mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar; transtorno de comportamento em pacientes com demência; irritabilidade associada a autismo em crianças e adolescentes. Deve ser evitado em associação com drogas dopaminérgicas (como o metilfenidato). É a medicação de 1ª escolha para “tratar” TOD. (<http://www.ebulas.com.br/bulas/risperdal>, acesso em 15/04/2017)

como “disbicultivos”, ou “dis...”, ou “trans...”, apenas por serem “diferentes” ou por sofrerem as desigualdades geradas em uma sociedade fundada na desigualdade.

Rotular, classificar, diagnosticar

Ao longo da história do mundo ocidental, as pessoas que não se submetem aos padrões de comportamento ditos normais, apresentando comportamentos distintos ou questionando tais padrões, sempre incomodaram a maioria, docilmente submetida, sendo alvo de perseguições. Por que alguém que exibe comportamentos *acima de qualquer suspeita* é tão afetado por um outro alguém diferente, a ponto de precisar retirá-lo de seu campo de visão, e mesmo eliminá-lo? Talvez porque ver uma pessoa que não se enquadra nas normas escancare que pode ser diferente, isto é, que os padrões não são naturais, não foram e não serão sempre os mesmos.

O comportamento humano não é biologicamente determinado, mas tramado no tempo e nos espaços geográficos e sociais, histórico enfim. O ser humano é essencialmente um ser histórico e cultural; entretido em um substrato biológico, sim, porém *datado e situado*, como diria Paulo Freire. A naturalização dos padrões de comportamento, levando à crença generalizada de que se deve agir segundo determinados moldes, é fundante da submissão, do não questionamento, da docilização de corpos e mentes, tão cara e necessária à manutenção da ordem vigente, em todos os tempos.

A partir dessa naturalização, está pronto o terreno para afastar/eliminar os que perturbam a ordem. Só faltam os critérios, os rótulos e, mais importante, o grupo a ser investido de poder para julgar e definir punições. Até o século 16, o poder advinha da religião; autoridades eclesiásticas torturavam e condenavam à morte ateus, hereges, bruxas... Com o advento da ciência moderna, esta passa a ocupar os espaços discursivos do saber e do poder, tornando-se a autoridade investida de poder para exercer as mesmas ações, agora renomeadas: identificar, avaliar, tratar, isolar.

A medicina será o campo científico a ocupar, privilegiadamente, esse espaço, passando mais e mais a legislar sobre a normalidade e a anormalidade, a definir o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, o que é bom e o que é ruim para a vida. Através dessa atuação normatizadora da vida, a medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel.

O controle social dos questionamentos definindo critérios para identificar os *transgressores* (MOYSÉS, 2002).

E os critérios anteriores começam a ser substituídos por outros. Ateus, hereges, bruxas são substituídos por loucos, criminosos, epiléticos. Mais recentemente, serão portadores de transtornos mentais. A medicina, logo acompanhada pela psicologia, tem exercido esse papel com eficácia. De que modo? Naturalizando os processos, naturalizando os modos de levar a vida. Basta recordar suas “grandes contribuições” nos anos 1960, quando jovens em quase todo o mundo questionavam o *estabelecido*, as normas e ordens postas. Nessa época, Arthur Jensen defendia que a inteligência seria geneticamente determinada e que os negros seriam *naturalmente* inferiores aos brancos. Também foi *provado* que a agressividade seria biologicamente determinada por disfunções cerebrais e a solução proposta para a violência nos guetos foi a psicocirurgia (eufemismo para lobotomia); também se *provou* que, por determinação genética, os homens desenvolveriam melhor o raciocínio matemático e abstrato, enquanto as mulheres desenvolveriam mais o domínio da linguagem e as emoções, o que explicaria que homens se encaminhassem *naturalmente* para profissões como engenheiro, enquanto mulheres se encaminhariam *naturalmente* para profissões como secretária do engenheiro (MOYSÉS, 2002).

O desenvolvimento científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que possibilita seu próprio avanço, exige complexificação e sofisticação. O campo médico se especializa. A psiquiatria e a neurologia tomam por seu objeto de saber/poder o comportamento e, pouco depois, também a aprendizagem. A psicologia se descola da psiquiatria, porém sem romper com sua filiação paradigmática. Surgem os especialistas, agora com poder ainda maior para definir os limites da normalidade.

Surgem novos critérios, novos nomes, novas formas de avaliação, novas formas de punição. A vigilância se sofisticada. Cérebros disfuncionais seriam agora a causa da violência. Cérebros disléxicos, hiperativos, desatentos, questionadores e baixos QI justificariam o fracasso da escola. Alterações genéticas explicariam os medos de viver em meio à violência. Frustrações na infância alterariam irreversivelmente circuitos neurais e, incrivelmente, provocariam transtornos neuropsiquiátricos de origem genética.

De início, loucos e criminosos... Trancafiados, isolados, para seu próprio bem e principalmente para o bem dos normais. Castrados para evitar

que se reproduzam e se propaguem pela terra. Mortos, por condenação formal ou por acidente, nos interrogatórios de avaliação, nas prisões, nas enfermarias... Até ontem, pessoas com transtornos mentais, quimicamente submetidos e assujeitados. Hoje, novamente “eletrochocados”. Amanhã, talvez, novamente lobotomizados.

Afasta-se a vida, para sobre ela legislar, muitas vezes destruindo-a violenta e irreversivelmente. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em problema individual. Ao desconsiderar os problemas que ela sofre e enfrenta, ao escamotear as possibilidades ou barreiras impostas em uma sociedade construída no discurso da igualdade e fundada na desigualdade de fato, ao individualizar e atribuir seus modos de levar a vida à própria pessoa, a pretensos transtornos inerentes a ela, os processos patologizantes são novas formas de violência contra as pessoas.

Novos modos de vigiar, novos modos de punir. E os profissionais, com sua formação acrítica e anistórica, exercem, a maioria sem se dar conta, seu papel de vigilantes da ordem. Crentes nas promessas de neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com a vida, quando se defrontam com ela. Sem disponibilidade para olhar o outro, protegem-se ancorando-se em frágeis instrumentos padronizados de avaliação.

Miguel tem 7 anos e há 4 anos é acompanhado pela equipe de pediatria em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, São Paulo. Recentemente, em um surto de agressividade, amassou 5 carros; desde então, passou a agredir seus companheiros de escola e desobedecer aos professores. Foi encaminhado a um psiquiatra, que diagnosticou TDAH e TOD, prescrevendo Ritalina® e Risperdal®.

O processo de medicalização e a desconstrução de direitos

Existe uma crescente transferência de problemas inerentes à vida cotidiana para o campo da medicina, transformando problemas coletivos em individuais, de pretensa origem biológica. Preferencialmente, de ordem neuropsiquiátrica e genética. Tratar questões sociais como se fossem biológicas constrói um ideário em que o mundo da vida humana se iguala ao mundo da natureza, absolvendo de responsabilidade todas as instâncias de poder em que são gerados e perpetuados esses problemas.

No mundo da natureza, processos e fenômenos são regidos por leis naturais, quase universais. A medicalização naturaliza a vida humana; processos e relações socialmente constituídos são desconstruídos, como o conceito de direitos humanos, conquista histórica de homens e mulheres.

[...] a concepção de que todos os seres humanos têm os mesmos direitos inalienáveis. Trata-se, como em todos os conceitos e concepções, de uma construção histórico-cultural, e não de algo natural, inato ao ser humano ou inerente às sociedades humanas. Nem natural, nem biológico, e menos ainda genético. Uma construção cultural que só pode existir quando enxergo “o outro” como um sujeito como eu e me identifico com ele, o que faz com que eu seja afetada quando ele é atingido, sentindo e sabendo que “quem cala sobre seu corpo, consente na sua morte” (MOYSÉS; COLLARES, 2007, p. 153).

A medicina constitui seu estatuto de ciência moderna em pouco mais de 50 anos, na transição entre os séculos XVIII e XIX, atribuindo-se a competência de legislar e normatizar o que é saúde ou doença – o que significa definir o “homem modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos (FOUCAULT, 1980). O processo de biologização, em que todos os aspectos da vida estariam determinados por estruturas biológicas que não interagiriam com o ambiente, retira de cena todos os processos característicos da vida em sociedade: historicidade, cultura, organização social com suas iniquidades de inserção e acesso, valores, afetos... e alimenta preconceitos baseados em estereótipos: um homem de 40 anos, de São Paulo, professor, casado, com pele negra, será apenas e irremediavelmente um homem negro; um garoto de 9 anos, habitante dos subúrbios do Rio de Janeiro, filho de trabalhadores, que vai mal em uma escola precária, é somente um menino-que-não-aprende, ou melhor ainda, um disléxico.

Reduzida a vida ao substrato biológico, o futuro fica irreversivelmente determinado desde o início; fica preparado o terreno para a medicalização e seu ideário de que os problemas sociais seriam consequência de dificuldades de origem e solução no campo médico. Na atualidade, uma epidemia de diagnósticos patologiza a vida. É um tempo em que qualquer mal-estar é rapidamente transformado em síndrome, enfermidade, transtorno.

Sem dúvida, os avanços científicos e tecnológicos possibilitam diagnósticos mais precoces e precisos, tratamentos mais eficientes, melhoras na qualidade de vida. Sem dúvida, o acesso a essas possibilidades é restrito, a maioria das pessoas não se beneficia delas. Assim mesmo, promovem a amplificação da medicalização, tanto para os que têm acesso como para os que não têm. Professores da Dartmouth Medical School, alertam:

[...] A avançada tecnologia permite que os médicos olhem profundamente para as coisas que estão erradas. Nós podemos detectar marcadores no sangue. Nós podemos direcionar aparelhos de fibra ótica dentro de qualquer orifício. Além disso, tomografias computadorizadas, ultrassonografia, ressonâncias magnéticas e tomografias por emissão de pósitrons permitem que os médicos exponham, com precisão, tênues defeitos estruturais do organismo. Essas tecnologias tornam possíveis quaisquer diagnósticos em qualquer pessoa: artrite em pessoas sem dores nas juntas, úlcera em pessoas sem dores no estômago e câncer de próstata em milhões de pessoas que, não fosse pelos exames, viveriam da mesma forma e sem serem consideradas pacientes com câncer (WELCH *et al.*, 2008, p. 8).

Nessa epidemia de diagnósticos, o mundo e a vida são observados por um prisma no qual o que não se enquadra em rígidos padrões e normas se converte em doenças a serem tratadas. Os infinitos modos possíveis de levar a vida e de aprender sofrem a imposição de padrões homogeneizantes; campos de maior diversidade, sofisticação e complexidade nos seres humanos são reduzidos a regras verificáveis em *checklists*. Não estranha que modos de se (des)comportar e de (dis)aprender sejam alvos prioritários na disseminação desses diagnósticos/rótulos; daí, decorre que crianças e adolescentes sejam alvos estratégicos.

[...] Talvez ainda mais preocupante seja a medicalização da infância. Se uma criança tossir depois de fazer exercícios, ela tem asma. Se tiver problemas com leitura, é disléxica. Se estiver infeliz, tem depressão. Se alternar entre euforia e tristeza, tem distúrbio bipolar (WELCH *et al.*, 2008, p. 8).

Se você não souber – ou não gostar de – andar de bicicleta, com certeza será um disbiciclético. Mesmo que não tenham lhe ensinado... Diagnóstico definido: disbiciclético! Agora, só falta elaborar uma sofisticada explicação

de fisiopatologia neuronal. Basta elaborar, não precisa ser comprovada, nem mesmo testada; se for embalada em um discurso cientificista convincente e conquistar divulgação pela mídia, será suficiente; depois, os pais de Dani e de outras crianças que não andam de bicicleta serão envolvidos pelo discurso de entidades, associações, pesquisadores, profissionais, todos extremamente preocupados em ajudar Dani a superar o estigma que lhe foi imposto por eles mesmos. E, então, o mundo estará preparado para o lançamento da fantástica nova droga: a miraculosa *EasyBike!* Estigma inscrito a ferro e fogo no corpo e na mente, a institucionalização em uma doença inexistente agride psiquicamente, corrói as potencialidades da pessoa.

André, 9 anos, é encaminhado a consulta com a pediatra porque ainda não sabe ler; entra no consultório arrastado por sua mãe. Forçado a se sentar, dispara: “Vou ficar internado?”. A pergunta surpreende a médica, que devolve: “Internado por quê?”. Ele responde: “Porque não sei ler”. Na consulta, anamnese, exame físico, exame neurológico e desenvolvimento cognitivo eram normais. André não tem nenhum problema que dificulte aprender a ler e escrever. Ao sair, pergunta novamente: “Então, não vão me internar?”. A médica pergunta: “Internar por quê?” e ele responde: “Pensei que tinha que ficar internado para aprender a ler. Eu não queria vir, tinha medo que iam me deixar internado e não ia mais voltar para casa. Sonhei com isso a noite inteira”.

As violências contra “os Andrés” já eram muitas: a desigualdade social e de acesso cultural; o acesso à escola que encobre sua falta de acesso à ensinagem; os preconceitos contra seus valores, seus saberes, sua linguagem (COLLARES; MOYSÉS, 2015). E agora, somam-se novas violências: a incorporação do rótulo que lhe atribuem de fracassado, por incapaz, por doente; a imposição de uma “doença” jamais comprovada pela medicina; a crença de que todas as desigualdades que continuará vivendo, sofrendo e transmitindo são por “sua culpa”. Porque, ao final, quem mais poderia ser responsável? O destino? Os deuses?

Andrés, Josés, Marias... Crianças inicialmente normais, reféns de incapacidades que lhes atribuem, confinados em doenças ou transtornos que não têm. Estigmatizados, discriminados, incapazes, doentes e ainda confinados. Confinados, disciplinados, controlados. Controlados a céu aberto, por uma instituição invisível, virtual, etérea, porém muito concreta em suas mentes e corações. Institucionalizados!

Vivemos a era dos transtornos

Atualmente, os processos de medicalização da vida se amplificam e sofisticam, com pretensas explicações no campo da biologia molecular. Patologiza-se o medo de viver em cidades violentas, assim como a própria violência, desconectando-a da exclusão social, de vidas sem perspectiva, tentando nos reduzir a seres estritamente biológicos a células sem contexto e sem cultura, a genes atemporais, sem história, sem política.

Na busca da homogeneização de modos de levar a vida e do silenciamento de conflitos, os que não se submetem sofrem processos destinados a lhes mostrar – assim como a aqueles que os rodeiam – que é melhor se conformar e deixar levar. Os que não se submetem são quimicamente assujeitados, institucionalizados em diagnósticos neuropsiquiátricos e drogas psicoativas, destituídos de sua subjetividade, da condição de sujeitos históricos e culturais.

Na Era dos Transtornos, vivenciamos a escalada violenta dos diagnósticos de Dislexia, TDAH, TOD e todas as demais nomenclaturas lançadas cotidianamente pela American Psychiatric Association (APA), como novos produtos de mercado, sempre acompanhados por novas drogas recém-lançadas no mesmo mercado. Muitas vezes, a nova droga surge antes que o novo transtorno.

[...] Recompensados com toda razão quando salvam vidas humanas e reduzem sofrimentos, os gigantes farmacêuticos não se contentam mais em vender medicamentos para aqueles que precisam. Pela pura e simples razão que, como bem sabe Wall Street, dá muito lucro dizer às pessoas saudáveis que estão doentes. (...) Sob a liderança de marqueteiros da indústria farmacêutica, médicos especialistas e gurus sentam-se em volta de uma mesa para “criar novas ideias sobre doenças e estados de saúde”. O objetivo é fazer com que os clientes das empresas disponham, no mundo inteiro, “de uma nova maneira de pensar nessas coisas” (MOYNIHAN; CASSELS, 2007, p. 151).

Em um mundo em que pessoas são transformadas em corpos e mentes a docilizar e em potenciais bioconsumidores, é irrelevante que os anunciados efeitos terapêuticos sejam sinais de toxicidade, que indicam a suspensão imediata da droga (BREGGIN, 1999) ou a comprovação do aumento do risco de morte súbita inexplicada (GOULD *et al.*, 2009) ou que o uso abusivo de

substâncias psicoativas com Ritalina®, droga barata, facilmente acessível e percebida como segura, pois assim é divulgada por médicos. Destaque-se, ainda, o *marketing* evidente em sua frequente caracterização como “amplificador cognitivo”.

O Brasil é um dos países com maior consumo de drogas psicoativas. Maior consumidor mundial de clonazepam⁵, um dos maiores consumidores de metilfenidato, nítido efeito da intensidade e extensão da medicalização da vida.

Vivemos não apenas a Era dos Transtornos, vivemos em uma farmacocracia, como bem definiu Thomaz Szasz (2007). O império da farmacologização, da medicamentação. Um mundo onde todas as dificuldades são transformadas em doenças, onde as pílulas são a (in)solução mágica para tudo. Modos de se (des)comportar, modos de aprender, crianças, adolescentes, alvos prioritários dos processos patologizantes; escolas, espaços privilegiados para a farmacocracia, espaços onde é cada vez mais difícil encontrar crianças ainda sem rótulos de transtornos, ainda não em uso de substâncias psicoativas, o que pode ser percebido por quem esteja disponível para enxergar esse fato. Isto pode ser rapidamente apreendido, se verificarmos o crescimento vertiginoso da dispensação de metilfenidato no Brasil, e lembrarmos que ainda é prescrito principalmente para crianças e adolescentes; agregue-se o rápido crescimento na dispensação de risperidona nos últimos anos, coincidindo com o início de seu uso em crianças e adolescentes.

Os dispositivos patologizantes – realizados não somente pela medicina, mas por todas as áreas da saúde – cumprem tarefa fundamental para a manutenção do “status quo”. Biologizar um problema é transformá-lo em algo “natural, inevitável”, isentando todas as instâncias nele envolvidas. A sociedade, com suas desigualdades, os governantes e suas opções, tudo é escamoteado pelo fato – talvez seja melhor falar em *azar* – de que existiriam defeitos que incidiriam de maneira aleatória, sem determinação social. Um ideário perfeito para que tudo permaneça como está.

⁵ Clonazepam é um ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos comercializado pela Roche com o nome de Rivotril®. Como é um dos primeiros ansiolíticos lançados, é bem mais barato e por isso mesmo muito usado. O uso a longo prazo pode afetar a memória, causar dependência e depressão.

Júlia tem 10 anos e ainda não sabe ler; graças a um laudo de fonoaudiólogo que afirma sua dislexia, não pode ser reprovada. Com o tempo, os professores deixaram de avaliar Júlia, pois “não adianta mesmo”. Agregue-se a isso que não se sentem preparados para lidar com uma doença neurológica que impediria, ou dificultaria, o domínio da língua escrita e o resultado será que Júlia é um tanto estrangeira na sala de aula, geralmente na periferia dos processos de ensino.

Direitos não se inscrevem no mundo da natureza; são uma conquista histórica e política da humanidade, pela qual milhões morreram e continuam sendo mortos, e não têm espaço em território biologizado. A medicalização é primordial na desconstrução de direitos.

Recentemente, uma amiga da mãe de Júlia a questionou se o fato de não poder ser reprovada não seria a negação do direito de aprender, provocando grande conflito na mãe, ao desenvolver sua lógica: se ela não pode ser reprovada, não precisa ser avaliada; se não precisa ser avaliada, não precisa aprender; se não precisa aprender, não precisa ser ensinada. E arrematou com o xeque-mate: por que o laudo não afirma que ela tem o direito de aprender, em seu tempo e de seu modo? Por que você luta para ela não ser reprovada ao invés de lutar para que ela aprenda? E lhe entregou uma revista, dizendo leia essa “Carta a uma mãe”, veja o que essa pediatra diz:

A maioria das crianças diagnosticadas como disléxicas são absolutamente normais, que apenas aprendem de modos diferentes. Aliás, não aprendemos todos do mesmo modo. Dizer isso não significa abandoná-lo à própria sorte (ou azar); ao contrário. Defendo que TODA CRIANÇA TEM DIREITO DE APRENDER E É CAPAZ, devendo ser atendida em suas necessidades e especificidades (MOYSÉS, 2011).

Legislar, patologizar, judicializar

A destruição de direitos realizada pela patologização da vida, porém, é ainda maior, atingindo não apenas as pessoas capturadas em sua teia, mas a todos nós. Afinal, não existe um direito que não seja de todos; se todos não têm um direito, ninguém o tem. Se João não pode aprender a andar de bicicleta porque não tem bicicleta (por falta de salário, ou excesso de dias no salário dos pais) e eu posso, eu tenho privilégios e João tem carências, conceitos estranhos ao campo dos direitos.

Na era dos transtornos, políticos apresentam uma profusão de leis normatizando temas estranhos ao mundo legislativo, legislando sobre procedimentos pedagógicos, diagnósticos e terapêuticos, estabelecendo o quê e como profissionais da saúde e da educação devem fazer. Essa profusão dos Projetos de Lei em praticamente todas as casas legislativas do país – câmaras municipais, assembleias estaduais, congresso nacional –, apresentados por todos os partidos, com diferenças insignificantes entre eles, traduções quase literais de leis existentes nos Estados Unidos, é propalada como mais uma conquista de entidades que se afirmam de defesa dos direitos dos portadores de um ou outro transtorno mental. Como entender que parlamentares com posições políticas tão distintas apresentem o mesmo projeto de lei? Ou que o mesmo projeto seja apresentado por um vereador de uma pequena cidade nos pampas e por outro de um município no sertão cearense? Quais as forças e interesses que movimentam esse jogo? Difícil crer que a motivação seja apenas a qualidade de vida das pessoas.

Um efeito pode ser facilmente identificado: os familiares acreditam que seus filhos estão sendo acolhidos, respeitados e defendidos e assim são capturados pelos discursos de tais entidades e dos políticos que jogam o jogo. Ao determinar que os poucos recursos destinados à educação sejam usados para contratar profissionais estranhos à escola supostamente especializados em diagnosticar e tratar supostos transtornos de comportamento e aprendizagem no próprio ambiente escolar, transformado em espaço clínico, professores são transformados em triadores; ao obrigar a inclusão de determinadas drogas na lista de medicamentos do Sistema Único de Saúde, decisões técnicas embasadas em perfil epidemiológico e prioridades da população são jogadas no lixo. As políticas públicas de saúde e de educação são, assim, sumariamente atropeladas, expropriadas de sua competência técnica e política.

Nesse contexto, tornou-se praticamente uma “cláusula pétrea” o direito de não ser reprovado (que, como bem notou a amiga da mãe de Júlia é a negação do direito de aprender); surgindo nas séries iniciais do ensino fundamental, rapidamente se alastrou por todos os níveis de ensino, inclusive no ensino superior.

João tem 19 anos e estuda medicina em uma renomada universidade; seu desempenho acadêmico é mediano, como sempre foi, sem grandes dificuldades. Há um ano, três meses antes de se inscrever no vestibular, João foi levado pelos pais a um médico por algumas dificuldades no estudo. Saiu com o diagnóstico de TDAH e um laudo que lhe garantiu condições especiais de exame, como 25% de tempo a maior em todas as provas.

Pedro tem 19 anos e está fazendo novamente cursinho preparatório para vestibular em medicina. No ano passado, quase conseguiu a vaga em uma renomada universidade; se tivesse tido alguns minutos a mais na prova de química, certamente teria conseguido...

João e Pedro são mais frequentes a cada dia...

Medicalização: um álibi para a violência

Nos últimos anos, a medicalização dos modos de levar a vida e de aprender vêm afetando cada vez mais crianças e adolescentes que vivem situações de violência física e/ou psicológica, servindo como álibi para as agressões. Esses jovens podem ser encontrados em espaços neuropsiquiátricos e assim se oculta o problema real. Ao invés de detectar sinais e indícios clássicos de agressões, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, com espantosa facilidade e insensibilidade, assinam laudos com rótulos de transtornos neuropsiquiátricos e sedam com substâncias psicoativas. De vítimas a portadores de TDAH e TOD; de acolhimento e proteção a Ritalina® e Risperdal®.

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, um programa acolhe e atende crianças e adolescentes em situação de violência. A análise das histórias desses jovens revelou que todos eram atendidos em serviços médicos, com diagnósticos de transtornos neuropsiquiátricos. Dificuldades de aprendizagem, déficit de atenção, agressividade, hiperatividade e fracasso escolar englobavam 68,54% dos 213 “diagnósticos”. Dos 150 jovens, 127 com mais de 5 anos de idade recebiam drogas psicoativas prescritas por médicos; 63% recebiam associações de drogas, em doses crescentes há mais de um ano, sem melhoras; 18% haviam recebido psicotrópicos por mais da metade de sua vida. 1/3 eram atendidos no próprio Hospital de Clínicas, sem que se suspeitasse das agressões

sofridas. Alguns apresentavam danos neurológicos irreversíveis. As marcas psíquicas eram indelévels e irremediáveis em todos (PFEIFFER, 2011).

Profissionais incapazes de suspeitar que uma criança é vítima de brutais agressões físicas e/ou psicológicas, tranquilizados por diagnósticos/rótulos que violentam mais uma vez. Crianças silenciadas e sedadas que se convertem em alvo mais fácil das agressões. Ainda mais perverso que não identificar, é saber e desconsiderar o sabido. Crianças e adolescentes em situação de amparo judicial (retiradas judicialmente de suas famílias pelas agressões), com comportamentos esperáveis por sua história de vida sofrem nova violência: a medicalização. Retomemos agora a história de Miguel, o garoto a que nos referimos neste trecho:

Miguel vive sob amparo judicial há 5 anos; o judiciário retirou o pátrio poder de seus pais por atos de violência física contra a criança. Aos 2 anos, foi com os pais visitar um irmão, que já vivia em abrigo judicial, pela violência dos pais; no próprio abrigo, Miguel levou uma surra violenta dos pais, sendo imediatamente protegido pelos responsáveis pelo abrigo e rápida e oficialmente institucionalizado. Durante 2 anos Miguel foi acompanhado por uma psiquiatra, por seus medos e sofrimentos, que reincidiam cada vez que um amigo saía da instituição; em algumas ocasiões, foi medicado com drogas psicoativas, porém sempre por períodos curtos e para que pudesse suportar sua vida, segundo as anotações da psiquiatra. Nunca recebeu nenhum diagnóstico psiquiátrico; ao contrário, no prontuário é possível enxergar uma relação de respeito, empatia e acolhimento, um saber/querer enxergar o outro; as anotações, em consultas semanais, falam de seu sofrimento pelas perdas constantes e do plano terapêutico para aliviar sua vida. Miguel também era atendido por uma psicanalista. Em 5 anos, não houve nenhuma tentativa de adoção; então, um casal se interessou, aconteceram sucessivos encontros, cada vez mais prolongados, até que por fim o juiz autorizou um fim de semana juntos. Aí, na casa, Miguel encontrou um garoto pouco mais velho que ele, filho do casal, cuja existência desconhecia (também a equipe do abrigo desconhecia). Após algumas tentativas de aproximação e estranhamentos, os dois garotos brigaram e a avó materna, o expulsou aos gritos de “tirem este negrinho daqui, ninguém vai adotar ninguém”. Miguel correu para a garagem e saltou repetidamente sobre os carros, amassando-os. Foi devolvido ao abrigo; o casal nunca mais apareceu. A partir daí, Miguel tornou-se agressivo, briguento, desobediente. Por exigência da escola, foi levado a outra psiquiatra (a anterior havia se mudado) que, mesmo informada, desconsiderou todo o acontecido e diagnosticou TDAH e TOD, prescrevendo Ritalina® e Risperdal®.

A história de Miguel foi apagada pela médica, em uma nova agressão. Tudo que sofreu, todas as violências, todas as violações de seus direitos, nada disso existia. Era simplesmente o portador de um cérebro com neurotransmissores geneticamente defeituosos. E Gabriela? Qual sua história de vida?

Aos 11 anos Gabriela foi encaminhada à consulta médica pelo Juiz de Menores, após ter sido retirada da casa dos pais e colocada em um abrigo judicial. Os pais perderam o pátrio poder e sua guarda quando, a partir da denúncia de vizinhos, se comprovou que Gabriela era abusada sexualmente por seu pai todas as noites desde os 5 anos. Pouco depois, passou a se apresentar agressiva na escola; sem dúvida, os profissionais que a atenderam na época não pensaram que comportamento é apenas uma manifestação, expressão do que acontece com a pessoa, de como está sua vida, suas relações com os outros e consigo mesma. Em visão reducionista e simplificadora, pensaram que o comportamento é, em si mesmo, um problema, uma doença. Durante 5 anos Gabriela continuou sendo sexualmente violentada por seu pai, todas as noites, porém agora já não reagia mais. Devemos destacar que nesse período, segundo a família, a escola e o médico que a atendia, sua agressividade e desobediência melhoraram com a medicação...

Silenciar questionamentos, homogeneizar comportamentos, abortar o futuro, abolir sonhos, utopias e ilusões. Extirpar a vida por ser irregular e imprevisível. São essas as metas? Classificar crianças e adolescentes reduzindo-os a “casos” perdidos, intratáveis, é lhes subtrair a condição de sujeitos e abalizar o bloqueio de acesso ao futuro que lhes é imposto.

De volta a um futuro sem futuro

É a partir de insatisfações e questionamentos que se constituem possibilidades de mudança nas formas de ordenação social e de superação de preconceitos e desigualdades. A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”.

Aprendizagem e comportamento; exatamente os campos de maior diversidade e complexidade, constituintes da – e constituídos pela – subjetividade e singularidade; campos em que a avaliação é mais complexa e mais questionada. Aprendizagem e comportamento; crianças e adolescentes. Esses os alvos preferenciais dos processos que buscam padronizar, normatizar, homogeneizar, controlar a vida. Processos que patologizam a vida.

E nesses processos de medicalização, controle e judicialização da vida um instrumento é fundamental: os laudos. Médicos, psicológicos, fonoaudiológicos, pedagógicos etc. Instrumento fundamental porque realiza a função de julgamento, condenação e sentença. Fundamental porque desvela o protagonismo dos profissionais, atuando de modo acrítico e quase em modo automático, em função de vários fatores, entre os quais devemos destacar a formação tecnicizada, regida pelo e para o mercado, em uma sociedade fundada em uma vida cada vez mais produtivista e consumista. Vivemos uma sociedade que vem se constituindo cada vez mais como formada não por cidadãos, mas por consumidores, preferencialmente bioconsumidores, homogeneizados (IRIART; IGLESIAS-RIOS, 2013).

Cabe, por fim, nos perguntarmos sobre que futuro estamos construindo. Transformar em doenças mentais sonhos, utopias, devaneios, questionamentos, discordâncias; abortá-los com substâncias psicoativas pode resultar em impossibilidades de futuros diferentes. Podemos estar legando a nossos filhos e netos, como bem disse Victor Guerra⁶, o genocídio do futuro. A disponibilidade para se identificar com os Reginaldos, Gabrielas, Andrés, Marias, Miguéis pode recuperar a sensibilidade de enxergar o outro, a capacidade de indignação. Defender a vida resistindo aos processos de patologização pode significar um passo mais para a construção de um mundo em que o futuro mereça este nome. Esse futuro somente existirá quando todas as pessoas forem *sujeitos* de fato, e não sejam transformadas em *objetos* que podem ficar à margem dos destinos da humanidade, à margem de sua própria vida.

⁶ Psicanalista uruguaio, em Conferência em Seminário Internacional organizado pelo Forum Infancias, Buenos Aires, 2011.

Referências

BREGGIN, Peter R. Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. **International Journal of Risk e Safety in Medicine**, Amsterdam, v. 12, p. 3-35, 1999.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar**: Ensino e medicalização. 2. ed. Campinas: Edição eletrônica das autoras. 2015.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GOULD, Madelyn S.; WALSH, B. Timothy; MUNFKL, Jimmie Lou; KLEINMAN, Marjorie; DUAN, Naihua; OLFSON, Mark; GREENHILL, Laurence; COOPER, Thomas. Sudden death and use of stimulant medications in youths. **American Journal of Psychiatry**, Washington, DC, v. 166, n. 9, p. 992-1001, set. 2009.

IRIART, Celia; IGLESIAS-RIOS, Lisbet. La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. *In*: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Monica C. França. **Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p. 21-40.

MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alan. Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. *In*: PELIZZOLI, Marcelo Luiz (Org.). **Bioética como novo paradigma**: por um novo modelo bioético e biotecnológico. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 151-156.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível**: crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Carta a uma mãe**. 2011. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/f07548_b724807f8da141159ae5634378564844.pdf Acesso em: 11 jan. 2019.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO – CRP–05. Comissão de Direitos Humanos (Org). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 63-89, 1997.

PFEIFFER, Luci. **Método de classificação em níveis de gravidade da violência contra crianças e adolescentes**. 2011. 285 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

RUIZ, Emilio. Disbicicléticos. **Revista Síndrome de Down**, Cantabria, v. 22, p. 73-74, 2005.

SZASZ, Thomaz. **The medicalization of everyday life**. Selected Essays. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 2007.

WELCH, Gilbert; SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, n. 245, p. 12, fev. 2008.

Racionalidades médicas, medicalização e escola

Daniela Dallegrave; Daniele Noal-Gai; Ricardo Burg Ceccim

Introdução

Quando falamos em integração de modelos de cuidado, não falamos em alternativas, especialmente pelas múltiplas possibilidades de negociação com os modos de cuidado, sejam eles propostos pelas próprias pessoas que cuidamos, sejam oriundos de práticas populares tradicionais, sejam derivados de diferentes racionalidades médicas. O conceito de *alternativo* precisa ser abandonado e com urgência! O conceito internacional pertinente ao tema chama-se *medicinas tradicionais, complementares e integrativas*.

As *medicinas tradicionais, complementares e integrativas* consideram as práticas de cura da tradição, que existem em todos os povos, por exemplo, entre os povos originários do Brasil. Nas comunidades indígenas, muitos modos de cuidado são difundidos de forma geracional ou a partir de experiências, mantendo vigentes práticas ancestrais de cura e cuidado, mas esses modos influenciam todos os nossos jeitos de tratar, escutar e cuidar. O chá que a gente utiliza para facilitar a digestão após uma refeição com alimentos que exigem um grande trabalho do nosso organismo hoje faz parte da nossa medicina caseira.

Algumas práticas de autocuidado que incorporamos e que parecem não ter sentido para a medicina científica, como andar de pés calçados em chão frio para evitar o risco de infecção urinária, se analisado pelas lentes da medicina tradicional chinesa, teria causalidade facilmente estabelecida por meio do ponto R1, que se localiza na região mediana da planta do pé. Práticas tradicionais ou ancestrais estão presentes na prevenção e reabilitação de doenças.

Há também a ideia de complementaridade, onde diferentes modelos de cuidado são utilizados concomitantemente, sem que se exclua esta ou aquela prática, compreendendo o ser em sua cosmologia ou pelos sentidos da integralidade da atenção. As noções de complementar e integrativa relacionam-se de modo a propor cuidados complexos, em que se colocam sob análise as diferentes dimensões do ser e, também, a polissemia do termo cuidado. Não havendo a exclusão de modelos de cuidado, a complementaridade pode ser desejada, desde que não

seja de forma medicalizada, isto é, presa à busca do diagnóstico de doença, às vezes patologizando as emoções que mobilizam corpos e afetos, e à prescrição terapêutica, especialmente de quem detém o poder da caneta sobre quem seria incapaz de interpretar um itinerário curativo. A complementaridade busca laços com a “gestão autônoma” do cuidado e da cura, preferencialmente, sob apoio qualificado e mediante acesso à informação e ao conhecimento. O conceito de integrativas carrega a potência máxima do que se pode produzir em encontro de abordagens profissionais, culturais e de atenção aos potenciais de cura provenientes da produção de saúde (afirmação da inventividade da vida, não só a sua terapêutica).

Práticas integrativas e complementares em saúde

A terminologia Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) traduz, no Brasil, a incorporação das medicinas tradicionais, complementares e integrativas à política nacional de saúde, organizando mecanismos de gestão da clínica, financiamento e balizas de inserção e inclusão junto aos modelos tecnoassistenciais de sistemas e serviços de saúde ou nas formações para o cuidado e cura dos profissionais da área da saúde. A Organização Mundial da Saúde recomenda que sejam reconhecidas as práticas, os praticantes e os produtos relacionados às medicinas tradicionais, complementares e integrativas. Algumas práticas utilizam produtos e estes produtos precisam ser monitorados, garantindo qualidade, efetividade e segurança. No Brasil, observa-se um mercado de produtos relacionados às práticas integrativas, especialmente no que tange a produtos e cursos, muitos deles com forte cunho de comercialização, em detrimento, muitas vezes, do cuidado.

Práticas de cuidado não medicamentosas

Incluem-se nesta categoria diferentes práticas de cuidado que não se utilizam de medicamentos. Essas práticas podem estar ancoradas em diferentes racionalidades médicas, inclusive na biomédica. Algumas PICS se utilizam de práticas medicamentosas e não podem ser incluídas nesta categoria, como é o exemplo da homeopatia, da fitoterapia ou da terapia floral. Há possibilidade de medicalização do cuidado quando as práticas, mesmo as não medicamentosas, comprometem a autonomia ou o desenvolvimento da “gestão autônoma” por seus usuários (TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) foi instituída em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 971 (BRASIL, 2015), definindo como escopo de integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) cinco práticas, sendo três delas compreendidas como sistemas médicos complexos (Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia e Medicina Antroposófica) e duas delas consideradas produtos naturais (fitoterapia e termalismo). Esta política teve aporte por meio da Portaria MS/GM nº 849 em 2017 (BRASIL, 2017), incluindo 14 novas práticas, sendo duas compreendidas como sistemas médicos complexos (ayurveda e naturopatia) e 12 delas consideradas terapias não farmacológicas (terapia comunitária integrativa, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia, reflexologia, reiki, shantala e yoga). Em 2018, houve uma nova atualização da Política com a Portaria MS/GM nº 702 (BRASIL, 2018), a qual incluiu 10 práticas, sendo 5 produtos naturais (apiterapia, aromaterapia, geoterapia, ozonioterapia e terapia floral) e 5 terapias não farmacológicas (bioenergética, cromoterapia, constelação familiar, hipnoterapia e imposição de mãos).

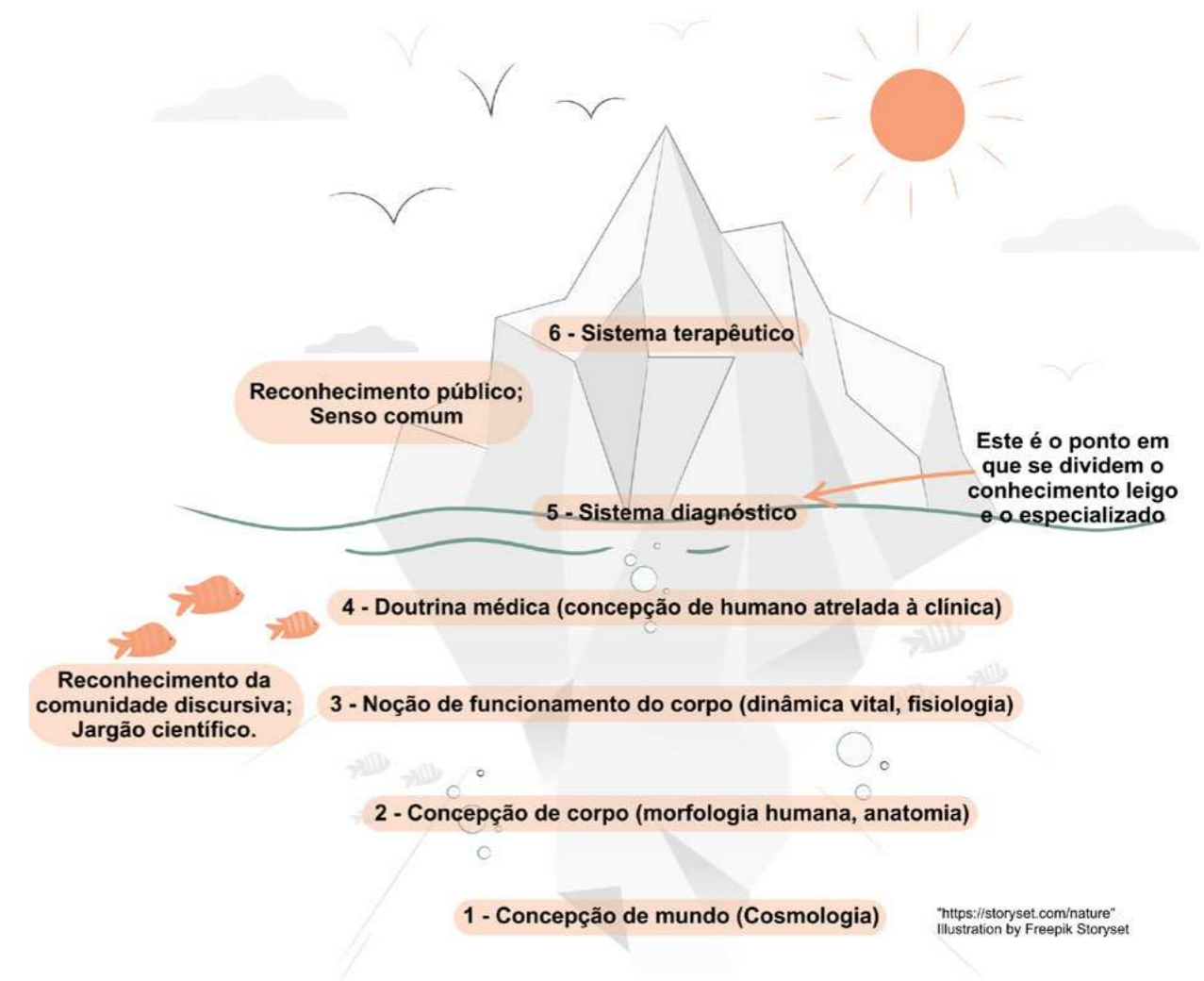
Integrar uma política pública significa haver possibilidade de registro de atendimento pelo profissional, destinação de financiamento, orientações para as formações profissionais na saúde, que são ordenadas pelo SUS, implementação em processos de educação permanente em saúde etc. Cabe destacar que a Terapia Comunitária Integrativa, dentre as 29 estabelecidas pela PNPIC, é a única de origem brasileira, já difundida em diferentes países. Dentro da fitoterapia, sublinha-se a biodiversidade brasileira, com biomas tão diversos e únicos. A Naturopatia tem uma correspondência no Brasil, com uma graduação que é específica, chamada Naturologia Aplicada.

Racionalidades Médicas ou Sistemas Médicos Complexos

O conceito de racionalidades médicas, cunhado na década de 1980 pela professora Madel Luz, pesquisadora brasileira de referência na área da Saúde Coletiva, pode ser visto como se fosse constituído por camadas ou como se a estrutura fosse semelhante a um iceberg (Figura 1). As camadas de constituição do conceito funcionam como dimensões, algumas delas de conhecimento na comunidade discursiva e outras compartilhadas no senso comum. Quando uma prática de cuidado é comentada por pessoas

leigas, em geral, a episteme e os fundamentos filosóficos são deixados de lado, reinando a noção daquilo que faz sentir bem, aquilo que melhora a percepção de cuidado e de bem-estar. Neste lugar, o sistema terapêutico (sexta dimensão) é predominante e alguns traços do sistema diagnóstico (quinta dimensão) são compartilhados de modo reduzido. As dimensões primeira, segunda, terceira e quarta são mais restritas à comunidade científica e correspondem, respectivamente, à concepção de mundo, concepção de corpo, concepção de funcionamento do corpo e os modos de integração entre mundo, constituição e energética do corpo, os quais constituem aquilo que é considerado saudável ou adoecimento.

Figura 1 - Adaptação do conceito de Racionalidades Médicas (LUZ, 2019) em dimensões representadas em um iceberg.



Fonte: sistematização própria.

Quanto às PICS, a medicalização ocorre quando as dimensões básicas do conceito de racionalidade médica, da primeira à quarta, são abandonadas no emprego da terapêutica, seja ela oriunda de qualquer racionalidade. Há ainda que se considerar a ancestralidade brasileira, em que o cuidado em saúde está impregnado de heranças indígenas e de memória africana. O tratamento em saúde e os sentidos que o diagnóstico de origem biomédica propõem significam (atribuem significado) o adoecimento e se colocam de diferentes maneiras sobre determinados indivíduos e grupos. É possível dizer que há grupos brasileiros em que a racionalidade biomédica não é bem aceita ou não se constitui na primeira escolha de cuidado (não se registra nesses corpos tal imposição de significado). Em certos grupos e lugares as significações culturais sobre o estado de saúde são muito fortes, podem ser lidas e interpretadas pelos profissionais de saúde como de menor importância porque não correspondem às interpretações laboratoriais e diagnósticas impostas pelas evidências reconhecidas como científicas.

Na arena pública, se excluem um conjunto de possibilidades de cuidado que são fortemente organizados na vida privada. Nos parece que nestes espaços, a saúde científica, verdadeira e única, baseada em evidências definidas de modo positivista e cartesiano, perde sua potência e força por não se abrir ao diálogo com a diversidade ou pluralidade. O que as pessoas fazem nas suas vidas privadas, longe dos serviços de saúde e que diz respeito ao cuidado, pode ter caráter protagonista e conversar sobre isso é urgente para que o cuidado integrativo (abrangente e respeitador de uma possível gestão autônoma) seja o balizador das ações em saúde.

Quando se fala em curricularizar as PICS nas formações de graduação no Brasil, não se intenciona que todos os profissionais de saúde realizem essas Práticas ou que abandonem a biomedicina. O desejo é de que possam estar atentos e abertos às conversas com as pessoas que cuidam, respeitando suas escolhas e participando de decisões que estejam relacionadas a critérios de qualidade, segurança e efetividade do tratamento. Às universidades, há dois grandes desafios neste sentido: sensibilizar para essa necessidade de composição de modelos complexos de cuidado, mas, também, habilitar para o exercício não charlatão, não improvisado, das PICS. Ainda, caberia discutir as nomenclaturas que se atribuem às pessoas que estão sob cuidado, tratamento e escuta nos serviços de saúde, aqueles que são os pacientes,

clientes, consumidores de práticas ou usuários das ações ofertadas. Para os estudiosos das PICS são designados “interagentes”, aqueles que interagem no seu processo de cuidado, que não são passivos ou não estão pacientemente submetidos às prescrições, têm pressa para serem acolhidos em sua inteireza e serem cuidados em sua potência.

Práticas de medicalização em diferentes racionalidades

Os produtos e os cursos relacionados às PICS no Brasil têm protagonizado uma corrida em direção a um mercado da saúde, como se existissem estados de bem-estar plenos e que poderiam ser adquiridos com o consumo de determinados produtos naturais ou de determinadas práticas. Sublinha-se que este estado financeirizado, que se coloca em relação muito tênue com a potencialidade de cuidado das PICS, coloca-se a serviço do capital e não do cuidado. Relação semelhante é observada em alguns posicionamentos da indústria farmacêutica, mais interessada em vender fármacos do que promover a cura.

Com relação às formações, no Brasil não há critérios mínimos para cursos de formação nas práticas integrativas. São ofertados cursos de 2 ou de 1.200 horas, como é a especialização em acupuntura. Assim como formações de 5.600 horas, como é o caso da Residência Multiprofissional em Saúde presente na Prefeitura Municipal de São Paulo desde 2016. Existem, também, os cursos de graduação específica, como a Naturologia Aplicada, a Musicoterapia e a Quiropraxia. Essas fronteiras borradas de indefinição dos critérios mínimos de formação se dão em um contexto em que as PICS se alojam especialmente em três locais da estrutura federal: o Ministério da Saúde, que vai se pronunciar sobre a inserção das PICS no SUS e a necessidade de ordenamento da formação profissional; o Ministério da Educação, que regula os cursos de graduação, de pós-graduação lato e stricto sensu e de educação profissional de nível técnico ou tecnológico (Catálogo Nacional de Cursos Técnicos); e a Secretaria do Trabalho no Ministério da Economia, que trata da Classificação Brasileira das Ocupações, regulando ou reconhecendo o que pode ou não ser classificado como ocupação no Brasil. Contudo, há ainda inúmeros cursos com pequenas cargas horárias, que podem ser ofertados por universidades na modalidade de cursos de extensão, em sua maioria promovidos por instituições privadas, e os chamados cursos livres não sofrem regulação por qualquer instituição, nem são monitorados por quaisquer critérios relacionados a qualidade, segurança e efetividade.

Medicalização e escola

O que pode uma escola na contemporaneidade? A postura ética da problematização serve-nos para fazer o pensamento pensar e, com a criação, criar possibilidades (ROLNIK, 2019). A escola precisa ser espaço de encontros diversos e aprendizagens múltiplas por parte dos corpos infantis ou daqueles a adoescer. Este tópico tem relação com as aberturas possíveis para tratar de uma temática relevante para a contemporaneidade: medicalização e escola. De qualquer prescrição relacionada à escola, aos escolares ou à aprendizagem, desconfiemos (NOAL-GAI, 2019). Porém, tomemos a escola na contemporaneidade, em sua complexidade, para rearranjar algumas inferências e indicações, a partir de algumas experiências exploratórias neste campo que relacionam saúde e educação.

O que pode uma escola que se opõe à medicalização da aprendizagem? O que pode uma escola contemporânea que promove diálogo e sustenta redes de cuidado educacionais e de saúde? O que sabemos é que a medicalização da aprendizagem transformou os corpos da diferença em massas uniformes despotencializadas da capacidade de invenção, da capacidade de deslindar problemas de aprendizagem e da capacidade de afetar e ser afetado pelos informes sensíveis do ou de mundo. Essa massa uniforme despotencializa-se com a medicalização, e esta é uma afirmação que parte de constatações e pesquisas importantes, é cruel. Um movimento de pensamento e problematização é urgente, pois todos, todas, todes se tornaram uma só coisa. A criança individualizada em suas singularidades, na contemporaneidade e nas sociedades capitalistas ocidentais, se confunde com qualquer coisa objetificada.

As políticas de educação para todos e qualquer um, nacionais e internacionais, advindas de movimentos sociais, de ações dos trabalhadores de instituições escolares e universidades, a partir dos anos 1970 na Europa, e nos anos 1990 na América Latina, não foram suficientes para agir na escola contemporânea inclusiva. Outras tecnologias, capitalistas e de produção (LAZZARATO, 2017), se infiltraram (e permanecem) entre os princípios inclusivos, e passaram, sutilmente e cruelmente, a selecionar, classificar, dar importâncias para as semelhanças, dar destaque às habilidades e competências, destacar os melhores e medicalizar os corpos da diferença. A escola na contemporaneidade quer idealizadamente a uniformidade e

homogeneidade para silenciar a potência da multiplicidade e da diversidade? Mais perguntas podem ser parte desta provocação: afinal, quem produz a escola? Como a escola é produzida atualmente? A escola é feita de quê, com quem e para quem? Quem age na escola para que ela se torne essa máquina de produzir falsos, iguais e ideais corpos escolares? Essas questões podem ser pensadas a partir das perspectivas observadas desde a vista da educação e desde o ponto da saúde. Inicialmente, sem distanciá-las (saúde e educação) e sem confrontá-las, listamos tais perspectivas com a intenção de pontuar cada vista que olha de cada ponto de que olhamos.

Na Educação: perspectivas observadas

A educação produz queixas e busca diagnósticos não pedagógicos para construir e sedimentar rótulos determinantes sobre as infâncias e sobre as adolescências que não cabem na escola, o que podemos chamar de medicalização da infância, e medicalização da adolescência, uma vez que a prescrição médica e farmacológica tem sido priorizada nestes casos. Nos casos em que as crianças e os adolescentes, com suas infâncias e suas adolescências singulares, cabem na escola, as estratégias de ensino não se pautam em avaliações não pedagógicas (NOAL-GAI, 2012). Ambos contraditórios compõem a escola na contemporaneidade. Ambos contraditórios podem auxiliar-nos a pensar em perspectivas e possibilidades a partir do diálogo entrecruzado educação e saúde.

Retratos de escolas públicas e privadas em que os escolares são medicalizados, tanto professores quanto estudantes, tornam-se maioria nos nossos cenários de pesquisa em educação e saúde, como nas pesquisas com este escopo no campo da educação especial, além de habitar o nosso cotidiano docente na universidade. A medicalização da docência nos serve como matéria de pensamento e a problematizamos justamente por testemunharmos relatos de colegas e estudantes, fazermos escutas em escolas e experimentarmos os sofrimentos gerados no trabalho docente precarizado. Não podemos ser negligentes com os professores e sua relação ética com a docência, quando não desistem do ato e compromisso de ensinar, ainda que façam queixas e se mediquem e automediquem para “dar conta”.

Sistematizamos em um quadro, para fins de estudos e análises, a perspectiva da educação sobre aqueles e aquelas escolares a medicar a aprendizagem:

Quadro elaborado no âmbito do projeto “Entre: Artesanias da Diferença” (2019-2022).

O não aprender	As privações que são entendidas como faltas	Problemas no comportamento	Dificuldades de atenção
“Não aprendem”	“Falta concentração, não se concentra”	“É hiperativo(a)”	“Não presta atenção em nada”
“Não aprendem matemática”	“Falta apoio e educação familiar”	“Não se comporta”	“Não fica atento às explicações”
“Não aprende as letras, nunca irá se alfabetizar”	“Falta a mãe”	“Afronta o(a) professor(a)”	“Tem atenção oscilante”
“Não constrói relações entre as aprendizagens escolares e a realidade da vida”	“Falta o pai”	“Desrespeita colegas”	“Sem atenção”
“Não tem expectativas da família em relação à sua aprendizagem”	“Falta o material escolar”	“É indisciplinado”	“Não presta atenção no que o professor explica”
“Tem medo de aprender”	“Falta o alimento”	“Não para na sua classe ou cadeira”	“Desatento(a)”
“Não valoriza a aprendizagem”	“Falta a saúde”	“Faz muitas perguntas, é questionador demais”	“Tem déficit de atenção”

Fonte: sistematização própria.

Trata-se de uma perspectiva excludente? São enunciados contundentes e que colocam os estudantes em um lugar, sob um rótulo que os direciona para fora de um território inclusivo, os impulsiona para fora da escola. Podemos afirmar que estes pontos de vista estão na escola, na educação, e produzem avaliações da criança ou do adolescente a se medicalizar, a receber diagnóstico e avaliação clínica e fazer uso de terapia medicamentosa. São comuns os encaminhamentos para avaliação médica, psiquiátrica e psicológica dos estudantes que apresentam características que não cabem na escola (ou numa turma ou numa disciplina ou numa avaliação ou na vista desde o ponto do professor). Podemos dizer que os encaminhamentos para psicologia ou psicopedagogia geram outras consultas e a medicalização configura-se no único desfecho possível para alguns casos. Isso precisa ser problematizado ao passo que seja repensado o uso de fármacos em detrimento do uso dos espaços de escuta e diálogo. As características dos estudantes demonstradas no

quadro acima são citadas de forma recorrente, ditas inclusive em tom pejorativo por alguns professores (não fazemos generalizações) da escola na contemporaneidade: “não aprendem”; “não se comportam”; “têm déficit de atenção”; “têm hiperatividade”.

Sistematizamos um outro quadro para fins de estudos e análises com a perspectiva da educação que produz avaliações da criança ou do adolescente a se medicalizar e se institucionalizar desde que fora da escola:

Quadro elaborado no âmbito do projeto “Entre: Artesanias da Diferença” (2019-2022).

Incapacidade	Tem uma deficiência	Tem um transtorno de comportamento grave
“Incapaz cognitivamente”	“Falta visão”	“Louco”
“Incapaz de aprender”	“Falta cognição”	“Psicótico”
“Incapaz de avançar em seus estudos”	“Falta audição”	“Tem doença mental”
“Incapaz de concluir a escolarização”	“Faltam habilidades motoras”	“Autista grave”
“Incapacidade de ter uma vida autônoma”	“Falta o domínio da língua brasileira de sinais”	“Tem deficiência mental grave”
“Incapaz de pensar”	“Falta o uso do Braille”	“Andarilho das ruas”
“Incapacidade de se comunicar”	“Falta a oralidade”	“Depressivo(a)”

Fonte: sistematização própria.

Os modos de aprender e a escolarização da pessoa com deficiência ou da pessoa com transtornos quaisquer são interpretados e simplificados a uma falta, consideradas condições graves, uma constituição atípica, uma inabilidade que compromete todo o estudante, transformando-o naquela massa uniforme e de uma coisa só. É muito difícil encarar esses quadros demonstrativos que aqui sistematizamos. Ler os enunciados de forma problematizadora e analítica exige-nos confrontarmos com outras (e novas) possibilidades tanto para a escola na contemporaneidade quanto para o acolhimento da multiplicidade e da diversidade nos processos de escolarização, assim como no Sistema Único de Saúde e nas redes de saúde.

Na saúde: perspectivas observadas

Observamos importantes construções nas políticas de saúde nacionais que sistematizam e direcionam atenta e particularizadamente o cuidado e o tratamento de crianças e adolescentes em processo de desenvolvimento e escolarização. Tais direitos fundamentais à saúde estão presentes desde a gestação, o acompanhamento pré-natal das mães ou das famílias gestantes, a amamentação – não só incentivada, singularmente acompanhada pelos trabalhadores das equipes de saúde em família – assim como a vacinação, os cuidados e estímulos essenciais à primeira infância. A adolescência se beneficia de rodas e grupos de educação em saúde priorizados em equipes multiprofissionais e nas unidades básicas de saúde. Essas potências compõem o Sistema Único de Saúde.

O SUS afirma em seus princípios a construção de relações de redes entre ensino e atenção como fundamentais ao cuidado integral à infância e à adolescência. Observamos, porém, com movimentos exploratórios de pesquisa que entrecruzam educação e saúde, que necessitamos de debate permanente entre as áreas, entre os espaços, entre os trabalhadores da educação e da saúde. Quanto mais o SUS se aproximar da rede de ensino, menores os equívocos, menores os desencontros nos diagnósticos, resultando na diminuição de perdas na escolarização pelo aumento da medicalização. A distância entre as áreas e os espaços ocupados pela educação e pela saúde resultam no aumento da prescrição equivocada de fármacos, de práticas não medicamentosas medicalizadas, de prescrições inconsistentes e enganosas, da prescrição que ignora a complexidade daquela infância ou daquela adolescência.

Ampliar e complexificar os debates em torno das crianças e dos adolescentes em processo de escolarização favorecerá a compreensão de que são seres singulares, com processos de aprender e descobrir conteúdos a partir de modos únicos, singulares, com realidades e contextos socioeconômicos singulares, com disposição e acolhimento familiar singulares, habituados com práticas de cuidado singulares. Uma tomada de consciência por parte de alguns trabalhadores da saúde é perceptível e elogiável. Contudo, nos perguntamos sobre profissionais e suas perspectivas em saúde que prescrevem remédios limitadores dos corpos, especialmente, fármacos limitadores da infância e da adolescência. Prescrevem sem acompanhar as

conquistas ou não, as perdas ou não, os ganhos ou não, as pioras ou não, os agravamentos ou não, as mudanças na saúde ou não. Prescrevem sem acompanhar posteriormente a constituição de diagnósticos, como a vida se rearranjou na escola e na família, na rua e entre as amizades, na relação com revistas e livros, nos modos de escrever e fazer contas, nos modos de interpretar textos e história, nos modos de acolher e se impor, nos sintomas suprimidos e aparecidos, nas palavras esquecidas e lembradas, nos rótulos rejeitados e acolhidos.

Exploramos em nossos movimentos de pesquisa aqueles terapeutas que prescrevem práticas educacionais e inclusivas descontextualizadas ou equivocadas, especialistas de saúde que prescrevem práticas educacionais aos professores. Como pode um trabalhador da saúde prescrever práticas pedagógicas? Desconhecendo-as, mas rejeitando as práticas sanitárias receitadas pelos educadores. E quando prescrevem práticas pedagógicas comportamentalistas ou afirmam pejorativamente que os professores é que não sabem como desenvolver processos de aprendizagem? Quem aceita e quem concorda com tais práticas e praticantes? Por que aceitam ou concordam com tais práticas e praticantes?

Diálogos possíveis entre as redes de ensino e de saúde

As perspectivas demonstradas nesse texto não fazem concessão à exclusão das multiplicidades, das diversidades ou da pluralidade. Encaramos o ato, o enunciado, o dito, os diagnósticos, os relatos, o que se produz na escola na contemporaneidade. Tais argumentos e demonstrações não resguardam os trabalhadores da educação tampouco os trabalhadores da saúde, justamente por investir no diálogo como possibilidade para desconstrução de atitudes e processos excludentes.

Uma vez que a medicalização advém do ato de prescrever uma saúde, nos preocupemos e sejamos críticos às prescrições que simplificam e uniformizam. As indicações terapêuticas caracterizadas como PICS, medicamentosas ou não, também podem capturar e subtrair a saúde. As prescrições medicamentosas são capturadoras, capturam a multiplicidade, a diversidade. Tal captura despotencializa, pois normaliza os corpos da infância e da adolescência em processo de escolarização. Nos perguntemos, atentos: a que se presta a captura?

A normalidade, a produtividade, a competitividade e a rivalidade são capitalísticas (extração da diferença do outro ou do outramento) e não podem caber na escola da contemporaneidade. Uma outra escola pode e pede para ser atualizada, pois temos uma ética docente e uma ética em saúde que inclui a diferença. Coloquemos em análise, em interrogação, em problematização esses trabalhadores que fazem os serviços, que constroem os espaços, acolhendo as sutilezas daqueles que ditam práticas de captura e práticas encapsuladoras. Desencapsular a escola (KROTH; NOAL-GAI; CAMILOTTI, 2018) do ponto de vista hegemônico e normalizador do saber médico-centrado é uma aposta ética, uma construção que pode ser estética e política também. Uma política das redes e da amizade – para compor e não para obedecer – pode trazer a ética, não a exclusão:

A amizade é sempre de um para um; é certo que no final se acabe constituindo uma rede, mas esta nunca é abrangente e se opõe radicalmente à dissolução num todo fusional. A amizade é uma máquina de guerra contra as comunidades de obediência. Ela se alimenta de discussões, concessões, compartilhamentos no que diz respeito a fazermos, através da declaração comum e mútua de nossos pensamentos, uma comunhão de nossas vontades. A partir do momento em que falamos, cessamos de adorar beatamente (GROS, 2018, p. 62).

É importante sustentar a multiplicidade de intenções de aprender, de desejos de aprender e a postura ética do aprender. Como conduzir e criar condições para o desejo escapar (GUATTARI, 1985)? Ajuizar sem julgar as formas de aprender e existir com os corpos da infância e da adolescência como eles são, como podem ser. Singularidade não é normalidade, pois são complexidades vivas, são as complexas manifestações individuais e coletivas de uma criança e de um adolescente ou “quaisquer uns”.

A medicalização e a escola serão temas de inúmeros estudos e ponderações adiante, especialmente com os desafios da pandemia da Covid-19. Neste caso, refutamos a medicalização da aprendizagem para assumir outros modos de cuidar e ensinar, a partir de processos e projetos pedagógicos e de uma docência que compreendem os múltiplos e singulares modos de aprender. Os professores atuam em escolas e lecionam em turmas diversas, compostas por estudantes com diferentes modos de existir e aprender, o que dificulta uma atenção e um apoio específico ou individual. Os professores são profissionais que se confrontam diariamente com a escola e os escolares, sobretudo,

com a aprendizagem e seus desafios em um tempo de muita precariedade e cortes nos orçamentos. Eles são os principais atores na mediação e potencialização da aprendizagem, são importantes na aproximação e inclusão dos estudantes, e nunca na medicalização dos estudantes e na aprendizagem dos mesmos. Os professores e professoras podem identificar aspectos ou sinais do desenvolvimento dos estudantes que justificariam uma avaliação multiprofissional, sempre complementar a uma avaliação pedagógica.

Uma escola na contemporaneidade pode ser mais inclusiva e flexível e menos burocrática e normalizadora, tantos quantos forem os olhares (investimentos e tentativas) de atualizá-la. Algumas sugestões ou prescrições não medicalizadoras e não farmacológicas: ser presença, ser afeto, partilhar encontros alegres e potencializadores de aprendizagens e descobertas. Dar espaço e evasão para o inesperado dos encontros, para o inusitado do estudo, para a alegria da descoberta e da pesquisa, para a formação de coletivos e estruturação de projetos coletivos... Encontros alteritários com a multiplicidade e diversidade – não semelhançar o outro (DELIGNY, 2015), podem produzir uma dobra na medicalização da aprendizagem.

Referências

BRASIL. **Lei nº 13.716**, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. DOU, 25 set. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 702**, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 849**, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. [Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela portaria nº 948/2007, entregue ao ministro da Educação em 7 de janeiro de 2008]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducospecial.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

DELIGNY, Fernand. **O aracniano e outros textos**. São Paulo: n-1, 2015.

GROS, Frédéric. **Desobedecer**. São Paulo: Ubu, 2018.

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

KROTH, Victória Jantsch; NOAL-GAI, Daniele; CAMILOTTI, Andressa Giroto. Artes, filosofias e pedagogias geringonça: por uma educação inclusiva. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 8. **Anais [...]**. São Carlos: UFSCar, 14 a 17 de novembro de 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/cbee/cbee-2018/papers/artes--filosofias-e-pedagogias-geringonca--por-uma-educacao-inclusiva>. Acesso em: 19 mar. 2020.

LAZZARATO, Maurizio. **O governo do homem endividado**. São Paulo: n-1, 2017.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019. 184 p. (Coleção Memória Viva).

NOAL-GAI, Daniele. Atendimento educacional especializado, intervenções pedagógicas e inclusão escolar. *In*: IXANPED SUL. **Anais [...]**. Caxias do Sul: UCS, 29 de julho a 1º de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/2893/663>. Acesso em: 19 mar. 2019.

NOAL-GAI, Daniele. Infantil: um corpo-máquina de escrever sonhos em educação. *In*: CORAZZA, Sandra Mara. **Breviário dos sonhos em educação**. São Leopoldo: Oikos, 2019. p. 137-143.

ROLNIK, Suely. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; DALLEGRAVE, Daniela. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00231519, 2020.

MEDICAMENTOS, CUIDADO E REDES DE CONVERSA ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

2

O que pode a Gestão Autônoma da Medicação?
protagonismo e transformação das práticas de cuidado
em saúde

Cogerir com crianças:
a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação
na saúde mental infantojuvenil

Medicalização, psicofármacos e portas de saída

Guia da Gestão Autônoma da Medicação:
articulações com a educação

O que pode a Gestão Autônoma da Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde

Analice de Lima Palombini; Ana Luiza Ferrer;
Douglas Casarotto de Oliveira; Lígia Castegnaro
Trevisan; Paula Emília Adamy

Introdução

No Brasil, no espaço de tempo que durou o processo de redemocratização do país a que se chamou de Nova República e em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, a Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo movimento de luta antimanicomial, possibilitou uma transição do modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental para um modelo de base comunitária. Essa transição trouxe transformações importantes para o campo da clínica, qualificando a atenção como psicossocial, territorializada e em rede intersetorial (FIGUEIREDO, 2010). Apesar disso e dos efeitos incontestáveis que o cuidado em liberdade, no território e em rede pôde produzir para a melhoria das possibilidades de vida de usuárias e usuários da rede de atenção psicossocial, o tratamento farmacológico manteve-se como modo dominante e pouco questionado de cuidado (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012). Se essa prevalência pode ser atribuída, por um lado, ao fenômeno global de cooptação da psiquiatria pelo poderio da indústria farmacêutica (WHITAKER, 2017), ela também é resultante da própria expansão e capilarização da rede de atenção psicossocial, uma vez que o uso de psicotrópicos é, via de regra, visto como um facilitador da gestão dos transtornos e da permanência de usuárias e usuários na comunidade, fora dos espaços de internação (DIAS; MUHL, 2020) — embora muitas vezes a população usuária da rede de atenção psicossocial desconheça os motivos ou a duração das terapias medicamentosas e tenha pouca chance de poder decidir sobre seu próprio tratamento (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

O uso acríptico do tratamento medicamentoso em saúde mental configura, assim, a face não reformada, por vezes oculta ou envergonhada, de nossa reforma psiquiátrica. A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), de que tratamos aqui, busca desvelar o véu que esconde tal face e romper

o silêncio que recobre a medicamentação. Vale-se de uma ferramenta, o Guia GAM, para propiciar a usuáries(as) da atenção psicossocial o aumento do seu poder de negociação no que diz respeito ao seu tratamento medicamentoso. Além de reiterar o direito ao consentimento livre e elucidado para a utilização de psicofármacos, a GAM afirma e valoriza o saber que advém da experiência de uso do medicamento, encarnada pela pessoa usuária em seu próprio corpo.

A estratégia teve surgimento na década de 1990 no Quebec, Canadá, por iniciativa de organismos comunitários (rede de serviços alternativos em saúde mental e associações de direitos de usuáries da saúde mental) em parceria com a universidade. Entre 2009 e 2014, uma parceria estabelecida entre Brasil e Canadá elaborou a versão brasileira do Guia – Guia GAM-BR, em um projeto multicêntrico de pesquisa que contou com a participação ativa de acadêmicos/as, trabalhadores/as e usuáries/as de Centros de Atenção Psicossocial em municípios da região sul e sudeste do país. Experiência radical de protagonismo, democracia e cogestão, a pesquisa levou à *transformação*, mais do que à *adaptação* do Guia originário do Quebec em um instrumento brasileiro. Essa transformação, porém, longe de significar traição, manteve vivos os princípios que orientaram a elaboração da estratégia em seu nascedouro, envolvendo abertura ao saber singular, próprio à experiência do outro; reconhecimento da dignidade da pessoa e respeito aos seus direitos; afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem abrir mão do cuidado, com acesso a práticas alternativas em saúde mental (PALOMBINI; RODRIGUEZ DEL BARRIO, no prelo)

O processo participativo, democrático, cogestivo que deu origem à GAM e que conduziu a experiência brasileira mostrou-se, assim, conforme à política de saúde mental instituída pelo Estado brasileiro nos anos 2000, calcada nas noções de cidadania e de autonomia do/a usuárie/a, sendo dada ênfase, no caso brasileiro, ao dispositivo grupal como meio através do qual fazer operar a GAM (PASSOS *et al.*, 2013). Em nosso país, forjada na associação entre universidades, movimento de usuáries/ase serviços públicos de saúde mental, a GAM se disseminou por meio de projetos de pesquisa desenvolvidos por universidades, em sua maioria públicas, em diferentes estados, capilarizou-se pelas redes de atenção psicossocial, alcançou outras redes de atenção à saúde e, também, outros setores das políticas públicas. Essa expansão se fez acompanhar de um uso inventivo e localmente situado da estratégia que, preservando seus princípios, multiplicou as possibilidades de sua aplicação

(FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020). Apresentamos, a seguir, três experiências que expressam essa diversidade, tendo-se desdobrado das pesquisas pioneiras da GAM em nível nacional e no Rio Grande do Sul.

Dos grupos às experimentações de um coletivo da GAM em Santa Maria/RS

O Coletivo da GAM em Santa Maria/RS, a que hoje denominamos de grupo condutor da GAM, reúne pessoas com diferentes inserções institucionais, mas com interesse em discutir, fomentar e apoiar as práticas GAM e outras práticas emancipatórias em saúde mental no território da cidade e seu entorno. Formado por professores(as) universitários(as) e pesquisadores(as); trabalhadores(as) da rede e usuáries(as) dos serviços de saúde; estudantes de graduação e residentes multiprofissionais em saúde; este coletivo vem se constituindo e se fortalecendo ao longo dos últimos cinco anos.

A pesquisa multicêntrica desenvolvida entre os anos 2015 e 2018, sob coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com proposta de avaliar os efeitos da implementação da estratégia GAM como política de governo e para além dele em três diferentes regiões do estado (PALOMBINI *et al.*, 2020), foi o grande marco para instituição do coletivo da GAM em Santa Maria/RS, um dos centros coordenadores da pesquisa, vinculado à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A perspectiva metodológica proposta para o estudo – de caráter participativo e cogestivo – possibilitou a criação de encontros entre os diferentes grupos de pessoas envolvidos no processo da pesquisa. Desde as rodas de conversa – dispositivo da pesquisa-intervenção utilizado para produção e colheita das informações do campo – até os encontros para análise do material produzido, contou com ampla participação de um grupo de usuáries(as) e trabalhadores(as) da rede dos serviços, além dos(as) pesquisadores(as). Em conformidade com os princípios da estratégia GAM, a participação e a cogestão deram-se desde o planejamento das ações e da realização da pesquisa, rompendo com o estatuto convencional de “sujeitos do estudo”, que aparecem somente no momento da coleta de materiais de campo (CAMPOS, 2011).

O fortalecimento deste coletivo se intensificou a partir de dois programas de extensão, desencadeados como efeitos da pesquisa e paralelamente a ela, e que tinham como objetivo ofertar 1) formação para pessoas interessadas em utilizar a estratégia GAM e 2) apoio institucional para as que vinham conduzindo experiências com grupos GAM junto aos serviços de saúde. Dois aspectos desses projetos marcam uma inovação introduzida pela estratégia GAM em relação à formação para o trabalho no SUS. O primeiro diz respeito à prática de formação a partir da união dos dispositivos GAM e apoio institucional, sendo que tais práticas formativas se deram a partir de encontros com as equipes em seus territórios. O segundo refere-se à distribuição das vagas para o curso de formação para o trabalho com a GAM, que se deu de modo paritário entre trabalhadores(as) e usuários(as). Neste sentido, tal como a estratégia GAM preconiza, houve uma aposta no potencial dos(as) usuários(as) para o cuidado entre pares. O projeto também contribuiu como processo de educação permanente dos(as) trabalhadores(as), bem como dos(as) residentes multiprofissionais em saúde, ambos(as) convidados(as) a refletir sobre os modos de cuidado em saúde mental a partir dos conceitos da estratégia GAM, possibilitando revisitar pontos de vista, teorias e formas de cuidados na perspectiva de criação de novas abordagens. A construção das propostas, assim como todo planejamento e execução dos dois projetos de extensão, contou com a participação do mesmo grupo de usuários(as), residentes multiprofissionais em saúde e trabalhadores(as) da rede que estavam inseridos(as) no processo da pesquisa multicêntrica, além de ampliar a participação para outros(as) interessados(as).

Ao término das ações de pesquisa e de extensão, a cidade de Santa Maria contava com algumas experiências GAM em curso. Havia seis grupos GAM constituídos: um em uma policlínica, moderado por uma psicóloga; quatro em Centro de Atenção Psicossocial, modalidade II (Caps II), sendo três novos e um com quase os(as) mesmos(as) usuários(as) desde a época da pesquisa, e um dos grupos era moderado por uma das usuárias, participante do processo da pesquisa e da extensão; um grupo em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), moderado por duas agentes comunitárias de saúde. Além dos grupos, outras duas experiências GAM se constituíram nesse período: houve intensa aproximação de uma segunda ESF com o grupo condutor da GAM, produzindo no seu território encontros quinzenais moderados por agente comunitário de saúde e enfermeira; e um dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas (Caps AD) deu início a

experimentações que têm tomado o Guia GAM e seus princípios como uma referência para diferentes dispositivos (atendimentos individuais, oficinas, grupos) em funcionamento no serviço.

Quando muitos dos grupos concluíram a abordagem com o uso do Guia GAM, eles não findaram – deram início a um processo de reinvenção de suas práticas de autocuidado e cuidado em grupo. Assim, o grupo da policlínica, majoritariamente da terceira idade, havia se voltado ao estudo dos chás e ervas fitoterápicas, num movimento de retorno a um conhecimento adquirido transgeracionalmente, mas acrescido de uma novidade, que envolvia pesquisar sobre os efeitos terapêuticos das ervas. O conhecimento sobre cultivo e sobre as propriedades das plantas foi feito pelos(as) usuários(as) do grupo em conjunto com a psicóloga. Em 2019, o grupo já colhia os frutos do acúmulo deste aprendizado, compartilhando suas experiências em eventos com usuários(as) e trabalhadores(as). Além disso, muitos(as) usuários(as) haviam reduzido a quantidade de medicamentos utilizados (especialmente benzodiazepínicos e os para controle da acidez estomacal), substituindo-os pelo uso de chás. O processo foi ganhando corpo quando passou da simples administração do chá para uma maior amplitude terapêutica, que incluía o cultivo das plantas, a (re)apropriação dos conhecimentos familiares, e a invenção de novas formas de cuidar de si, disparadas pelo grupo GAM.

O grupo mais antigo do Caps II também passou por inúmeras transformações: com o término do trabalho com o Guia GAM, passaram a assistir filmes e ler livros que dialogavam com a loucura e a reforma psiquiátrica. Com a moderação do grupo realizada por uma usuária e com o apoio de estagiários(as) e uma mestrande, o grupo começou a utilizar a arte teatral como dispositivo para reflexão e movimentação de afetos. Os convites para as apresentações de teatro se intensificaram com os eventos pela cidade e universidades. Dos grupos mais recentes do mesmo Caps, dois deles foram criados por trabalhadores(as) e ainda se utilizavam do Guia GAM como principal dispositivo. A diferença é que um era realizado no próprio Caps e outro em uma Unidade Básica de Saúde. O terceiro grupo já nasceu a partir de uma iniciativa nova, proposta por um estagiário de psicologia, que se denominava FutGAM. Contou com a participação de alguns membros homens que tinham participado da pesquisa multicêntrica, unindo a paixão por futebol e a necessidade de realizar exercícios físicos com encontros após as partidas que refletiam acerca dos preceitos da GAM. Aos poucos as mulheres foram chegando, ocupando também este espaço, colocando em análise o preconceito de gênero.

Já o grupo que ocorria na Estratégia Saúde da Família (ESF), após a utilização do Guia GAM, passou a se dedicar a um interesse que unia a todas (era um grupo de mulheres) as participantes do grupo – o artesanato e as artes manuais. Passaram a fazer crochê, tapetes, decorar panos de prato... e resolveram vendê-los, o que propiciou o início de um debate sobre geração de renda. Era uma questão que perpassava a todas ali – as participantes quase não saíam para passear, o que, via de regra, devia-se também à pouca renda disponível para o lazer. Com o recurso da venda dos produtos em feiras, passaram a organizar passeios pela cidade e região. O processo reflexivo a partir do dispositivo do Guia GAM, ancorado nas trocas de experiências, proporcionou a vivência de graus de autonomia nunca imaginados. A possibilidade de produzir e gerenciar o próprio dinheiro, além de escolher os locais por onde passear, disparou processos de cuidado de si e do outro que reverberaram em todas as esferas de suas vidas.

Com o término do financiamento da pesquisa multicêntrica, em 2019, os encontros com alguns participantes desses grupos – usuários/as e trabalhadores/as – continuaram acontecendo, mas quinzenalmente, em um dos serviços de saúde – um Caps AD –, visando aproximar discussões sobre drogas proscritas e prescritas e as experiências desses/as usuários/as. Já denominado como grupo condutor da GAM, seus/suas integrantes planejaram uma proposta de educação permanente em saúde (EPS) voltada a trabalhadores/as da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os/as da Atenção Básica. A proposta, pactuada com a coordenação de Atenção Psicossocial do município, consistia em reunir trabalhadores/as dos serviços de saúde de cada região de saúde, usuários/as e familiares de usuários/as que fazem uso de medicação psicotrópica, para apresentar a estratégia GAM e trocar experiências com os grupos já existentes. O Apoio Institucional foi o arranjo pensado como oferta aos serviços de atenção básica que se interessassem em organizar grupos GAM.

Apenas um encontro foi realizado em uma região de saúde, pois o grupo foi surpreendido pela pandemia do coronavírus. A partir deste momento, o grupo condutor da GAM de Santa Maria se deparou com a impossibilidade de retomar seu planejamento, como viu seus próprios grupos GAM interromperem seu funcionamento devido à necessidade de distanciamento social. Dois meses após o início da pandemia, o grupo condutor pôde propor um encontro virtual. Mais de vinte pessoas, entre professores(as) de

três universidades, estudantes de graduação, residentes multiprofissionais em saúde, trabalhadores(as) dos serviços de saúde mental e de atenção primária e usuários(as), passaram a se encontrar semanalmente, sempre de forma virtual. Juntos, construíam alternativas para se reinventarem em meio à pandemia. Essa experiência foi registrada como capítulo do livro “Atenção Psicossocial e Covid-19: fortalecimento coletivo para garantir o cuidado” (MONAIAR *et al.*, 2020).

Dentre as reinvenções singulares de cada grupo, possibilitadas pela retomada on-line do grupo condutor GAM, um Ciclo de debates virtual foi planejado, visando substituir a proposta de educação permanente em saúde presencial. O Ciclo foi pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde, houve intensa divulgação para todos os serviços da atenção básica e de saúde mental do município e para além dele. Os debates foram realizados entre setembro e dezembro de 2020, com encontros quinzenais de duas horas de duração. Os temas abordados foram escolhidos a partir do interesse e necessidades do próprio coletivo, perpassando questões de saúde mental relacionadas à pandemia, grupos de mútua ajuda on-line, geração de renda, uso de drogas prescritas e proscritas, práticas integrativas e complementares, a GAM como produtora de projetos de vida. Participaram 217 pessoas, provindas de 41 cidades brasileiras, sendo a maioria estudantes e trabalhadores(as) da saúde, contando também com usuários(as) dos serviços.

O planejamento e a execução do ciclo de debates fizeram com que o grupo condutor vivenciasse o princípio da horizontalidade em sua radicalidade. As relações entre as pessoas e o amadurecimento do próprio grupo foram a base deste processo. As pautas e os interesses eram trazidos por qualquer membro, sem distinção do seu lugar de fala e sem privilégios com relação aos interesses de determinados grupos. Em geral, pesquisadores(as) e/ou trabalhadores(as) possuem mais poder de fala e decisão em relação a usuários(as), o que não aconteceu ali. Os(as) usuários(as) participavam assiduamente, apropriando-se dos encontros, trazendo pautas e temas que lhes eram de interesse, assumindo a condução lado a lado com trabalhadores(as) e pesquisadores/as envolvidos/as.

Os debates seguiam um mesmo formato: fala de um(a) convidado(a) externo com experiência no tema abordado e relato de experiências vivenciadas pelos membros do coletivo. Assim, o Ciclo cumpria duas funções: primeiro, ajudar o próprio grupo a refletir sobre as experiências, gerando reflexões

ampliadas sobre o que o grupo estava produzindo, os limites das propostas e os desafios a serem enfrentados no contexto da pandemia; segundo, divulgar as práticas GAM e outras práticas emancipatórias, afetando mais pessoas e fomentando a implantação de novas experiências. Os debates foram compartilhados no canal do coletivo no YouTube (GAM centro RS, 2021), além da divulgação nas redes sociais já existentes.

Em 2021, o coletivo segue com encontros virtuais e novos planejamentos para fomento e apoio das estratégias GAM nos territórios, adaptadas ao contexto da pandemia. Ancorada em um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e ao Observatório Internacional de Práticas GAM (SURJUS *et al.*, 2020), a experiência desse coletivo vem mostrando a importância da articulação entre ensino, pesquisa e extensão – portanto, entre universidade, serviços, gestão municipal e territórios – para sustentar espaços de formação e implementação de ofertas de cuidado em saúde mental produtoras de vida, pautadas em direitos, cidadania e protagonismo.

Quando a GAM se encontra com a redução de danos

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), inspirada na perspectiva italiana da desinstitucionalização (AMARANTE, 2007), as práticas pioneiras da Redução de Danos (RD), ligadas à prevenção do vírus da Aids (LANCETTI, 2007, ADAMY, 2014), e as do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), ligadas à experiência canadense de problematização acerca do uso de psicofármacos no cuidado em Saúde Mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018), atuam com uma força disruptiva em relação às práticas hegemônicas referidas às drogas prescritas e proscritas. Seguindo Medeiros (2013) e Rodrigues (2014), consideramos drogas prescritas àquelas conhecidas popularmente como medicamentos; e drogas proscritas, àquelas banidas a partir da guerra às drogas, incluindo, porém, nesta última, também o álcool que, embora de uso lícito, não é droga considerada “medicamento”. Ambas as drogas – as prescritas e as proscritas – tensionam os lugares instituídos dos envolvidos com tais iniciativas, seja o lugar de pesquisador(a), profissional, louco(a), drogado(a), estudante. Dessa forma, apresentam-se com um potencial ímpar à desconstrução dos manicômios mentais que permeiam nossa sociedade em geral (PELBART, 1990) e mesmo muitos serviços de saúde mental constituídos após lei de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

RD e GAM têm aspectos instituintes em relação às drogas, que podem ser esquematizados em quatro princípios. O primeiro diz respeito à problematização da noção de drogas. Tanto a RD, em relação às drogas proscritas, como a GAM, em relação às drogas prescritas, problematizam a noção de droga e seus sentidos polarizados, drogas boas ou más. O segundo princípio é que a relação de cada sujeito com uma substância é singular, sendo que as situações de uso requerem ser consideradas a partir das relações entre sujeito, substância e contexto (CORRÊA, 2010) ou, dito de outra forma, na relação sujeito, *set* e *setting* (RODRIGUES, 2014). Um terceiro princípio diz respeito à participação das pessoas que usam drogas na construção das experiências RD e GAM. Na Holanda, usuários(as) de drogas injetáveis buscam alternativas para que, mesmo optando pela manutenção do uso de drogas, possam se cuidar a fim de não contraírem hepatites através do compartilhamento de seringas (EICHEMBERGUER, 2016). No Canadá, usuários(as) dos serviços alternativos de Saúde Mental constroem uma maneira de ter mais autonomia em seu tratamento, a partir de um olhar para sua relação com os medicamentos psiquiátricos, o que inclui como alternativa a opção por não mais utilizá-los (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). Por fim, um quarto princípio refere-se ao fato de que ambas as experiências têm como ponto de partida o reconhecimento do saber dos(as) usuários(as) de drogas a respeito do uso que fazem das mesmas. É a partir da emergência desses saberes, produzidos em suas experiências com as drogas, que, coletivamente, passam a inventar modos de subjetivação distintos daqueles ligados às noções jurídico-policiais, médico-psiquiátricas e moral-religiosas, que se apresentam de forma hegemônica.

O encontro entre RD e GAM e a consequente relação entre drogas proscritas e drogas prescritas têm sido abordados recentemente sob diferentes perspectivas e com focos distintos. Medeiros (2013) apresenta problematizações acerca do uso do Guia GAM em um Caps AD. Rodrigues (2014) articula a experiência GAM com as drogas psicodélicas. Fischer-Lomonaco e Frei (2019) discutem a metodologia GAM na relação às drogas proscritas. Ferreira (2019) enfatiza diretamente a GAM e a Redução de Danos. Já Caron (2019) parte de uma experiência de apoio em diferentes serviços de saúde, entre os quais se inclui um Caps AD. Dentre as experimentações atuais com a GAM conectadas à Redução de Danos em que nos engajamos, uma delas tem se dado a partir de um Caps AD de Santa Maria, como apontado acima; e uma segunda diz respeito à sua inserção no campo HIV/Aids. A problematização de ambas será apresentada a seguir.

GAM em um Caps AD: a conexão entre o campo das drogas prescritas e proscritas

Duas especificidades são importantes de serem pontuadas em relação à experiência GAM em um Caps AD de que se trata aqui. A primeira delas é a de que um pesquisador do grupo é também trabalhador desse serviço desde sua criação, há mais de dez anos. A segunda é em relação às noções que têm animado a criação das práticas desse Caps AD, alinhadas aos ideários da Política Nacional de Humanização do SUS e aos saberes advindos das experiências dos(as) agentes redutores(as) de danos (rd) gaúchos no campo do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Destacar a experiência dos rd se faz necessário em função da novidade que inauguram em relação ao cuidado quando, a partir de suas trajetórias *undergrounds* – são, conforme Souza (2013) prostitutas, travestis, usuários(as) de drogas, pessoas em situação de rua –, possibilitam uma visão ampliada sobre as problemáticas envolvendo o uso de drogas.

Para além deste lugar de pesquisador-trabalhador e da inspiração na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e nas experiências dos rd, há outra noção base de onde parte nossa reflexão. É a noção de drogas como *pharmakon* (ESCOHOTADO, 1997), ou seja, como remédio ou como veneno em potencial. Ser um ou outro depende de fatores como dose, qualidade, objetivos do uso – nesse sentido, os fatores culturais são tão importantes quanto os farmacológicos.

Tendo como base esses elementos, as reflexões que apresentaremos a seguir perseguem a pergunta pelos efeitos que as experiências GAM realizadas neste serviço desde 2016 têm produzido sobre as práticas deste Caps AD. Um desses efeitos certamente é a compreensão de que a GAM pode ser considerada uma prática de redução de danos em relação às drogas prescritas. Embora pareça óbvia essa afirmação, o cotidiano de trabalho em saúde mental tende a instaurar uma separação entre drogas prescritas e proscritas que dificulta a consideração de ambas as substâncias como *pharmakon* (ESCOHOTADO, 1997).

Uma história ilustra o modo como a GAM incidiu sobre essa pretensa separação. Depois de um tempo de envolvimento dos(as) profissionais buscando inventar uma redução de danos no Caps, foi desenvolvida uma série de estratégias envolvendo conversa com as pessoas que chegavam ao serviço com suas queixas em torno ao uso de crack, cocaína, maconha,

álcool, para que pudéssemos acessar as suas experiências de uso das drogas. A GAM e o acesso à experiência com as drogas prescritas que ela suscita descortinou para a equipe um campo de possibilidades de intervenção em torno a estas drogas, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de ferramentas para lidar com essas experiências. Assim, passou a ser problematizado pela equipe o fato de que as pessoas chegavam ao serviço buscando ajuda para a relação com um tipo de drogas e saíam com outras drogas. Passou-se a questionar por que os usos dessas últimas não eram alvo das intervenções da equipe, para além do encontro com o(a) médico(a). O uso da estratégia GAM, por meio do Guia GAM, significou, portanto, um insumo à produção de saúde que, com sua materialidade, suas temáticas, suas questões, abre espaço para conversas, aprendizados, trocas sobre as drogas, borrando a separação entre prescritas e proscritas.

Um segundo efeito que a experiência GAM somada à experiência da rd suscita é uma problematização sobre a função do Caps. Olhar para a experiência com as drogas, pensar e aprender com elas sob a ótica de quem as usa e incluir esse exercício no cotidiano do trabalho têm produzido uma descentralização do lugar da droga no cuidado, uma abertura para que outros agenciamentos coprodutores do processo saúde-doença surjam das experiências das pessoas atendidas, com a conseqüente busca de práticas e dispositivos que acionem esses agenciamentos. Assim teve lugar o investimento da equipe em duas frentes de trabalho, visando o enfrentamento da miséria, do desemprego e do machismo. Em relação à miséria e ao desemprego, a geração de renda e economia solidária passou a ser investida, não como mais um dispositivo, mas como um dos carros-chefes dos serviços – um dos turnos de trabalho passou a funcionar com ênfase nessa prática, e a equipe cedeu sua sala para que se transformasse em um ateliê de produção. Em relação ao machismo, a vinculação das mulheres com o Caps passou a ser problematizada a partir de sua pouca permanência no serviço e sua baixa frequência às atividades acordadas em seu Projeto Terapêutico Singular. Diante disso, a equipe tem se articulado para a invenção de dispositivos de forma a incidir sobre a configuração do espaço físico em que as mulheres são recebidas ou problematizar a impossibilidade de estarem no serviço junto com seus filhos, dentre outros aspectos envolvendo as mulheres usuárias do Caps AD.

Um terceiro efeito da experiência GAM no contexto do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas é a de um deslocamento em relação aos

lugares instituídos entre as pessoas que circulam no serviço, seja como profissional, usuário(a), acadêmico(a), familiar, rede de apoio. Quem é a equipe do Caps? Quem cuida de quem? São questões que passaram a permear o cotidiano do serviço. Foi assim em uma discussão em reunião de equipe, em que se evidenciava uma separação entre servidores/as, estagiários(as) e residentes, onde só os(as) primeiros(as) se colocavam como “a equipe”. Uma sensibilidade cogestiva construída a partir da experiência GAM permitiu-nos, naquele espaço, o reconhecimento de que, apesar de proveniências distintas, todos éramos equipe. Mais além disso, levou-nos, ainda, ao questionamento se também os/as usuários/as do serviço não poderiam ser considerados/as equipe. Tal movimento pode ser considerado como efeito da lateralização e da circulação entre as funções que a experiência GAM produz, onde as figuras de pesquisador/a, cuidador/a, usuário/a circulam entre os/as participantes e o que se coloca em evidência são as experiências dos/das envolvidos/as e os saberes que elas suscitam. Foi a possibilidade dessa experiência se dar também em outros dispositivos do Caps que entrou em jogo e passou a ser colocada em questão no cotidiano de diferentes espaços ofertados pela instituição.

Por fim, a GAM no campo do cuidado de pessoas com problemas do uso abusivo de álcool e outras drogas tem um caminho recente, se comparada à GAM em sua constituição no campo das drogas prescritas. Dentre diferentes nuances a serem exploradas nessa relação, a experiência apresentada reforça a GAM tanto em seu potencial de dissolução das diferenças entre as formas do cuidado dirigido às pessoas que usam drogas proscritas (consideradas pejorativamente de usuárias de drogas) e o que se volta àquelas que usam drogas prescritas (não consideradas usuárias de drogas); quanto em seu potencial de produção de um cuidado onde outros agenciamentos coprodutores do processo saúde-doença possam ter seu reconhecimento.

A GAM e seu enlace com as estratégias de cuidado ao HIV

Na dimensão do cuidado integral em saúde às pessoas que usam álcool e outras drogas, as estratégias que promovem a autonomia do(a) usuário(a) como balizadora das ações encontram cada vez mais dificuldades de se consolidar. A demonização do uso de drogas e a estigmatização do(a)

usuário(a) têm contribuído para o incremento das práticas totalitárias e compulsórias das políticas de saúde e intersetoriais dirigidas a essa população. Neste contexto, aspectos relacionados aos agravos, como a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que se concentram justamente nas populações mais vulnerabilizadas, fragilizam-se em suas estratégias de prevenção e cuidado.

A epidemia do HIV, hoje, é considerada de caráter concentrado. Isso significa que, em que pese os avanços obtidos no campo da assistência e da defesa dos direitos humanos, enquanto na população geral a prevalência do HIV é de 0,4% (BRASIL, 2016), algumas populações apresentam condições de vulnerabilidades maiores, demarcadas por determinantes sociais e de saúde da ordem dos estigmas e preconceitos, como o racismo institucional, o machismo, a homofobia, a transfobia. Todas essas questões acabam produzindo barreiras de acesso e se refletem em uma concentração maior das prevalências de HIV e outros agravos nestas populações, assim como são geradoras de diversas formas de sofrimentos psíquicos.

Pessoas que usam drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade, população negra, pessoas em situação de rua, população indígena e jovens, consideradas as populações-chave e prioritárias para a resposta ao HIV, permanecem estigmatizadas e lidam, diariamente, com vários obstáculos para acessar ações e serviços para prevenção e tratamento dos agravos de que são acometidas. As pessoas que usam drogas, por exemplo, que estão entre estas populações onde a epidemia está concentrada, apresentaram prevalência de HIV de 5,0% na Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (BASTOS; BERTONI, 2014).

A experiência relacionada ao fortalecimento da autonomia que a estratégia GAM possibilita pode ser uma ferramenta potente para o fortalecimento da participação dos(as) usuários(as) no cuidado de si e dos outros, fator bastante presente na construção e manutenção da política de HIV, ao mesmo tempo que pode auxiliar com algumas problematizações necessárias às práticas de prescrição e medicalização neste campo. Uma dessas problematizações diz respeito à diretriz em relação à oferta do tratamento para todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV e a recomendação de seu início precoce. Esta diretriz se justifica, dentro da política, não somente para melhorar a qualidade de vida, mas também porque, ao realizar o tratamento,

a carga viral pode se tornar indetectável e, estando indetectável, não há risco de transmissão do HIV. Portanto, trata-se de uma medida de prevenção que não se refere somente à pessoa em tratamento, mas visa promover efeitos relacionados à saúde coletiva. Para alcançar o objetivo de minimizar a transmissão, a adesão ao tratamento precoce passa a ser uma questão crucial, trazendo consigo todos os impasses éticos que animam o debate prescrição-autonomia-medicalização.

A premissa da estratégia GAM em relação ao trabalho da promoção da autonomia como elemento constitutivo do cuidado coloca este debate em outro patamar. Com relação aos medicamentos psicotrópicos, a recomendação da estratégia é de, inclusive, possibilitar que o(a) usuário(a) reconheça e identifique a sua própria crise e, com isso, possa gerenciar uma possível redução ou mesmo retirada da medicação. Portanto, uma das problematizações que se apresenta, de imediato, nesse encontro entre a estratégia GAM e a prevenção do HIV via tratamento precoce é: como fortalecer a autonomia do(a) usuário(a), se a recomendação é a da universalização da prescrição e da adesão ao tratamento?

Para o Ministério da Saúde, entende-se como adesão a utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais (ARV) prescritos pela equipe de saúde para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, respeitando as doses, horários e outras indicações. Porém, o mesmo documento diz que o processo de adesão transcende à ingestão de medicamentos. Ele inclui o fortalecimento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV); o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e, especificamente, com a equipe de referência, se for o caso; o acesso à informação; o acompanhamento clínico-laboratorial; a adequação aos hábitos e necessidades individuais; o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde para promover a corresponsabilização do cuidado e, com isso, a maior autonomia dos(as) usuários(as). Nesse sentido, é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicossociais, estruturais, culturais e comportamentais e que facilita a aceitação e a integração de determinado Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre ele (BRASIL, 2008). De certo modo, o próprio texto normativo da política já apresenta a complexidade de fazer operar a adesão como utilização ideal dos medicamentos e a consideração da autonomia do(a) usuário(a), via construção do PTS.

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos/às usuários/as efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM) e por meio de dispositivo grupal, a proposta é de que os(as) usuários(as), valorizando o saber da sua experiência, tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e, assim, possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013, p. 2890-2891).

Dito isso, fica a reflexão de como a GAM pode contribuir com uma maior horizontalidade das relações para a inserção da promoção da autonomia nas estratégias da prevenção combinada do HIV com populações que vivem com HIV e que fazem uso de drogas. Aposta-se na possibilidade de produzir questões que auxiliem na problematização colocada pela medicalização da prevenção do HIV/Aids e das ofertas prescritivas que se fazem neste contexto, na sua relação com a universalização do tratamento precoce, o imperativo da adesão e o princípio da promoção da autonomia. Interessa-nos pensar estas questões junto com as pessoas que usam drogas e vivem com HIV, o que nos leva inevitavelmente a incluir neste debate as relações e interações entre o uso de álcool e outras drogas e o dos antirretrovirais, na perspectiva da redução de danos.

Medeiros (2013) disserta sobre a utilização de pesquisas como a GAM como ferramenta que contém abertura de questionamentos sobre o uso de medicamentos psiquiátricos, no contexto do cuidado em álcool e outras drogas, cuja prescrição é marcada pela falta de informações dos(as) usuários(as) diante do que é receitado, o que se reflete na “ausência de discussão sobre efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação” (ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; LEAL; PALOMBINI; SERPA *et al.*, 2012, p. 9). O autor aponta que a falta de relatos de experiências com uso de drogas faz com que as estratégias de cuidado ofereçam algo bem distante da promoção da autonomia. Pelas relações de troca que promove, a GAM pode incitar o reconhecimento das “experiências e [d]os saberes dos(as) usuários(as) quanto ao impacto do medicamento em suas vidas” (p. 10) e, também, o do uso de álcool e outras drogas.

Desde nossa perspectiva, este reconhecimento se faz necessário também no que se refere às PVHIV. Visto que o medicamento antirretroviral acaba ocupando um lugar de centralidade no paradigma da Prevenção Combinada do HIV, é importante colocar em pauta, junto às PVHIV que fazem uso de álcool e outras drogas, que as interações entre antirretrovirais e drogas psicoativas podem alterar o metabolismo hepático dos medicamentos e reduzir ou aumentar a concentração sérica dos ARV. E, uma vez que as PVHIV podem fazer uso de medicações variadas, importa sinalizar também que algumas associações dessas medicações com álcool e outras drogas produzem diversos efeitos (BRASIL, 2017).

Desse modo, pressupõe-se que ofertar conhecimento aos(as) usuários(as) sobre os efeitos do álcool e outras drogas na adesão ao tratamento e a potencial hepatotoxicidade do seu uso concomitante ao ARV, para que possam desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos em relação ao uso de drogas e antirretrovirais, pode ser uma intervenção de fortalecimento da autonomia.

Para concluir

As reflexões e experiências apresentadas neste capítulo situam-se em três contextos distintos de cuidado em saúde e saúde mental e têm a GAM como experiência originária, produtora de transformações inequívocas nos modos de relação entre acadêmicos(as), trabalhadores(as) e usuários(as) de saúde, em torno às decisões que dizem respeito ao tratamento medicamentoso desses(as) usuários(as), com base na valorização do saber que advém das experiências singulares de adoecimento psíquico e de seu tratamento. Mas em que consiste a força da estratégia GAM para suscitar transformações e produções coletivas como as que acabamos de descrever?

Não há nada de mirabolante nisso. A estratégia, como dissemos na introdução, parte de princípios simples: reconhecimento e abertura ao saber da experiência dos(as) usuários(as); afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem prescindir do cuidado, com oferta de práticas alternativas que promovam saúde mental. O Guia GAM traz informações básicas – que deveriam ser acessíveis para todos(as) – sobre rede de atenção psicossocial, medicamentos e direitos dos(as) usuários(as) de saúde, além de formular perguntas – que poderiam ser formuladas em qualquer espaço de cuidado em saúde – que levam o(a) usuário(a) a reconhecer a si e ao seu entorno; identificar formas de cuidado de si

e redes de apoio com que possa contar; buscar seus direitos. Para uso do Guia, propõe-se o dispositivo grupal, onde a troca de experiências e o aprendizado compartilhado entre pares engendra o sentimento de pertença que fortalece o grupo nos seus exercícios de autonomia, protagonismo e defesa de direitos.

Uma experiência inédita de participação e exercício de cidadania é o que se abre, assim, no horizonte de usuários(as) abrangidos(as) pela estratégia GAM. Em um país como o nosso, de democracia pouca e frágil, extremamente desigual e marcado pelo racismo, a experiência participativa e cogestiva que a GAM promove assume o sentido de dignificação da vida. Uma vida digna pede espaços de fala, participação e cidadania – espaços que cada uma das experiências aqui narradas tratou de ir em busca, inventar, multiplicar. Para além dos(as) usuários(as) de saúde mental a quem a GAM, em sua origem, se destina, a luta por uma vida digna, a luta pela vida, se faz pungente hoje para as populações indígena, negra, quilombola, ribeirinha, LGBTQIA+, idosa, deficiente, sem-teto, sem-terra, de nosso país.

Desejamos que os princípios que orientam a estratégia GAM possam ganhar expressão, a seu modo, entre trabalhadores(as) e usuários(as) das diversas políticas públicas sociais e nas instâncias do controle social, fomentando espaços de fala e participação para as populações, reconhecendo os saberes que lhes são próprios e os direitos que lhes pertencem.

Referências

ADAMY, Paula Emília. **Das rodas e dos modos de andar a redução de danos**: territórios e margens de um trabalho vivo. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília/DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 17 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Ministério da Saúde, Brasília: 2016.

CARON, Eduardo. **Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo**. 2019. 264 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

CORRÊA, Guilherme. Drogas para além do bem e do mal. *In*. SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 167-176.

DIAS, Marcelo Kimati; MUHL, Camila. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: Reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, mai./ago. 2020.

EICHELBERGER, Michele. **Itinerários da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: pontos de encontro e zonas de troca**. 2016. 137 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos**. São Paulo: Dynamis editorial, 1997.

FERREIRA, Indianara Maria Fernandes. **Gestão Autônoma da Medicação e redução de danos no contexto potiguar: uma composição possível?** 2019. 207f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In*: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: CRV, 2010. p. 11-18.

FISCHER-LOMONACO, Daniel Fernando; FREI, Altieres Edegar. A metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. **Cadernos do CEAS: revista crítica de humanidades**, Salvador/Recife, n. 246, p. 92-120, jun. 2019. GAM Centro RS. 2021. Disponível em <https://www.youtube.com/channel/UCwa3QngU4C2cd4N-lalZKIA>. Acesso em: 11 jan. 2021.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEDEIROS, Rafael Gil. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma**. 2013. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; ANDRADE, Paula Milward de; BORGES, Luana Ribeiro Borges. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 04 jan. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. 2. ed. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2018.

PALOMBINI, Analice de Lima, FERRER, Ana Luiza; OLIVEIRA, Douglas Casarotto; ROMBALDI, Júlia Arnhold; AZAMBUJA, Marcos Adegas; PASINI, Vera Lúcia; SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann. Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 53-75, jul. 2020.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; RODRIGUES, Sandro Eduardo; MELO, Jorge José Maciel; MAGGI, Paula Milward *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação. **Aletheia**, Canoas, v. 41, p. 24-38, ago. 2013.

PELBALRT, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In*: LANCETTI, Antônio. **SaúdeLoucura**, n. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 129-138.

RIGONI, Rafaela de Quadros. **Assumindo o controle**: organizações, práticas e experiências de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

RODRIGUES, Sandro Eduardo. **Modulações do sentido na experiência psicotrópica**. 254 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

SILVEIRA, Marília; MORAES, Márcia. Gestão Autônoma da Medicação: uma experiência em saúde mental. **ECOS – estudos contemporâneos da subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 138-152. 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: Direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas de redução de danos). 2013. 355 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva *et al.* Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 122-142, jul. 2020.

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

Cogerir com crianças: a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação na saúde mental infantojuvenil

Janaína Mariano César; Luciana Vieira Caliman; Victoria Bragatto Rangel Pianca; Luana Gaigher Gonçalves; Alana Araújo Corrêa Simões; Anita Nogueira Fernandes; Merielli Campi Partelli; Adrielly Selvatici

Introdução

Busca-se colocar em análise a construção de uma pesquisa-intervenção participativa realizada com grupo de crianças e adolescentes em uma oficina no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i) de Vitória/ES, inspirada nos princípios da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): cogestão e autonomia. Visando problematizar a pouca participação de crianças e adolescentes no cuidado em saúde mental, a oficina proposta teve como direção o exercício ético-político da cogestão. Este texto versa, sobretudo, sobre os desafios e possibilidades dessa experiência no campo da saúde mental infantojuvenil.

Os Caps, criados na década de 1990, a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), vêm se constituindo como importantes dispositivos para a reorientação da assistência por uma lógica intersetorial, atuando no território a fim de ordenar uma rede de pessoas e serviços que possam promover processos de inclusão social junto aos sujeitos com transtornos mentais (SALLES; BARROS, 2013). Mais recentemente, no início dos anos 2000, foram também implementados os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Caps i, direcionados para o cuidado de crianças e adolescentes (COUTO, 2012).

Os Caps proporcionaram grandes avanços em relação aos modos de atenção à saúde mental (SALLES; BARROS, 2013). No entanto, no exercício de ultrapassagem da lógica asilar-manicomial, é importante identificar os desafios ainda presentes. No escopo deste texto, apontamos um desses desafios: trata-se da centralidade e, muitas vezes, exclusividade que assume o tratamento medicamentoso no cuidado em saúde mental. Nos serviços de saúde, e mesmo nos Caps, a prescrição medicamentosa

e seu acompanhamento são frequentemente práticas muito verticalizadas, que centralizam o saber do profissional prescritor em detrimento daquele dos usuários e familiares, bem como de outros profissionais do cuidado (CALIMAN *et al.*, 2016)

A GAM, como estratégia de intervenção, surge exatamente no nó colocado por este desafio (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012). Seu intuito é possibilitar que sujeitos usuários de psicofármacos discutam e reflitam sobre essa experiência, criando um espaço que coloque lado a lado os diferentes sujeitos envolvidos no processo de gestão da medicação e acolhendo os diversos saberes e experiências, sem hierarquizá-los. Para tanto, no Brasil, a estratégia GAM é experimentada em um dispositivo grupal, os chamados Grupos de Intervenção (GI), dos quais participam usuários dos serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores de saúde e pesquisadores. Neste dispositivo, as ferramentas de trabalho construídas e o exercício do manejo grupal (MELO *et al.*, 2015) visam a ampliar o plano controverso do uso do medicamento, fazendo emergir, a partir das experiências partilhadas, discussões, dúvidas, novas perspectivas e reposicionamentos subjetivos. Busca-se, portanto, exercitar o compartilhamento do cuidado e da gestão dos medicamentos psiquiátricos.

A estratégia GAM foi, no entanto, proposta para o público adulto (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012) e, portanto, embora a tenhamos adotado como ferramenta, uma reelaboração se fez necessária. Na saúde mental infantojuvenil, acrescentam-se ao desafio da centralidade da medicação outras questões que a tornam ainda mais complexo. O público infantojuvenil é marcado historicamente por uma grave experiência de tutela, sustentada por uma tradição na qual a criança é vista como “incompleta”, “em desenvolvimento”, “imatura” e, por isso, incapaz de dizer sobre si e participar dos processos que lhe dizem respeito. Como efeito, crianças e jovens tendem a ser ainda mais excluídos da negociação e decisão sobre o seu próprio tratamento (COUTO, 2004). Por exemplo, no caso do tratamento farmacológico, em muitos casos as crianças sequer têm ciência de que fazem uso de medicamentos, do porquê o fazem, ou dos efeitos das substâncias em seus corpos.

Buscando aproximar-se das questões que envolvem a gestão do cuidado e da medicação na saúde mental infantojuvenil no cerne da Reforma Psiquiátrica brasileira, o grupo de pesquisa Fractal, da Universidade Federal do Espírito

Santo (Ufes), trabalhou na proposição, entre 2015 e 2017, da Oficina da Palavra: um dispositivo de pesquisa-intervenção realizado com crianças e adolescentes usuários de um Caps i, as quais, em sua maioria, faziam uso de medicamentos psicotrópicos. A pesquisa teve como desafio a realização de um trabalho apoiado nos princípios da estratégia GAM, cogestão e autonomia, reposicionando-os para o público infanto-juvenil, ou seja, na Oficina da Palavra, buscou-se exercitar modos cogestivos com crianças e adolescentes usuários de um Caps i, acompanhando as experiências da medicação e do cuidado e perspectivando processos de autonomia e potencialização da saúde.

Desafios da cogestão no campo da saúde

A estratégia GAM possui como direção dois princípios fundamentais: autonomia e cogestão. Na adaptação brasileira da GAM, esses princípios articulam-se às diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e da própria Reforma Psiquiátrica, e são a partir delas reapropriados. A autonomia, comumente entendida como um modo de agir caracterizado pela independência ou autossuficiência, na GAM, pelo contrário, define-se na referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer. Assim, quanto mais vínculos uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna (KINOSHITA, 1996), o que quer dizer que o cultivo de uma rede de suporte fortalecida e interdependente oportuniza ao sujeito uma ampliação da capacidade de tomada de decisões, de ingerência sobre si. A força para construir projetos e gerar reposicionamentos está relacionada ao fato de se poder receber apoio, ter suporte e saber que é possível contar com outras pessoas. A autonomia envolve, assim, uma perspectiva coletiva, de compartilhamento e negociação entre diferentes pontos de vista.

O segundo princípio, cogestão, articulado à noção de autonomia, fundamenta-se na aposta em uma gestão que se faz junto, envolvendo no campo da saúde a/o usuária/o, a equipe de saúde, a/o familiar, as/os cuidadoras/es, a comunidade, entre outros. A cogestão tem no Brasil uma longa história conceitual e experimental. Como atitude ético-política emerge a partir de movimentos insurgentes nos anos 1970, em um cenário de ações contra o governo autocrático e ditatorial que se instala no país com o golpe de 1964. No campo da saúde, dentro dos movimentos de redemocratização do país e mobilização político-social, a prática da cogestão insurge nos percursos da

Reforma Psiquiátrica com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes com transtorno mental, questionando o modelo tecnoassistencial vigente. Tratava-se de pôr em questão os modos de governo do aparelho de Estado, incitando a experiência democrática em seu princípio de participação de trabalhadoras/es e usuárias/os na gestão do trabalho e das políticas públicas.

O caderno da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2009), na esteira desses movimentos históricos, conceitua a cogestão como uma prática que expressa a) a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e b) a ampliação das tarefas de gestão. O exercício da cogestão em diferentes espaços busca provocar mudanças nas práticas de gestão e atenção que tantas vezes se consolidam de forma hierárquica e verticalizada. Trata-se da incidência de processos de intervenção coletivos, seja nos modos de organização dos serviços e operação da política em jogo, acionando o caminho de uma democratização institucional (CAMPOS, 2000), seja nos modos de subjetivação dos sujeitos em participação, gerando reposicionamento, pertencimento e corresponsabilização sobre seus processos de vida e produção da saúde.

Desse modo, configuram-se duas dimensões da prática cogestiva: a política e a clínica. Estas possuem como efeitos privilegiados a construção de uma autonomia coletiva, que implica negociação de saberes e visões de mundo, e a abertura à experiência singular dos sujeitos, contingenciando o que é pré-sabido sobre eles, a divisão de responsabilidades e riscos. A estratégia GAM, portanto, articula-se no Brasil a esses sentidos históricos das lutas por participação na construção das políticas públicas, na ingerência sobre o modo como o cuidado é pensado e gerado na saúde. Há uma preocupação com os processos de cogestão tanto no nível macropolítico, das ações e modos como os dispositivos são montados no campo da saúde mental, como no nível micropolítico dos movimentos sutis que acompanham o cotidiano, das modulações subjetivas que alcançam os sujeitos e conformam os processos de saúde. Nesse sentido, a cogestão implica abertura de espaços de conversa, debate e negociação de pontos de vista, sustentação de dissonâncias e polifonias, partilha de decisões. Tal exercício distancia-se de idealizações ou romantismos, pois pressupõe tocar em controvérsias e exercitar, por vezes, a aposta em estar junto com os outros, mesmo quando isso pode parecer o trabalho mais desafiador.

Retomamos, então, a proposta da pesquisa-intervenção participativa aqui apresentada: gerar processos cogestivos com crianças. Justamente, com o público sobre o qual tantas vezes se interdita a possibilidade de copensar, conegociar, coletivizar. Seria mesmo possível? É essa experiência que passamos a compartilhar.

Direção metodológica: *oficinar* na saúde mental infantojuvenil

Com o intuito de realizar uma pesquisa que incluísse a “heterogeneidade de pontos de vista e a participação ativa daqueles que com ela se envolviam” (RENAULT, 2015, p. 16), em 2013, o grupo de pesquisa começa uma parceria com o Caps i de Vitória. Foi proposto, inicialmente, um trabalho coletivo com as profissionais do serviço para elaborar o reposicionamento da estratégia GAM para o público infanto-juvenil. Compreendeu-se logo, no entanto, que um trabalho que perspectiva participação e autonomia com crianças deve se gestar no próprio movimento de estar com elas. Em outras palavras, para o exercício efetivo da cogestão era preciso incluir as crianças na própria construção do dispositivo.

Assim, começou-se pelo convite às crianças indicadas pelas profissionais para participarem da Oficina da Palavra. A escolha pela construção de uma oficina deve-se ao lugar histórico que esse dispositivo possui no Caps i e na Reforma psiquiátrica como um todo (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2015). A aposta era que uma oficina construída com os participantes, que incluísse os pontos de vista das crianças na cogestão de sua construção cotidiana, pudesse gerar dois movimentos: a afirmação da potencialidade do próprio dispositivo no campo da saúde mental (KASTRUP, 2012) e a transformação da Oficina em um *oficinar*, que solicita usinagem, improvisação e (re) invenções contínuas, geradas pelo acolhimento da diversidade das/dos participantes e dos movimentos que surgem do estar junto. Uma oficina então feita verbo, sem modelo prévio, porém com uma direção rigorosa de acolhida do encontro e de potencialização dos sujeitos em uma experiência autônoma e cogestiva.

A participação do serviço nessa construção inicial da oficina também teve grande importância, uma vez que tornou a Oficina da Palavra um dispositivo situado, sensível às particularidades, necessidades e demandas do serviço no qual estava inserida, bem como das/dos suas/seus usuárias/os.

Tratava-se da direção metodológica (PASSOS *et al.*, 2009; MORAES, 2010) de constituição de uma pesquisa *com* e não *no* Caps i, *com* crianças e não *sobre* crianças. Os convites para participação na Oficina envolveram negociação entre pesquisadoras, mães, pais e responsáveis, a profissional de referência do Caps i e a criança ou adolescente convidado. Importante ressaltar que os participantes tiveram a Oficina da Palavra incluída em seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Em março de 2015, a Oficina começava, com cinco meninos e uma maleta cheia de livros. Ela ocorria semanalmente em uma sala ampla na casa onde funciona o Caps i e tinha, em média, 1 hora de duração. Participaram dos encontros, entre idas e vindas, um total de dez crianças e adolescentes, entre 8 e 15 anos, que, em sua maior parte, permaneceram até a finalização da oficina em outubro de 2017. Além das crianças, as oficinas também eram compostas por trêsicineiras (pesquisadoras do curso de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo), que se encarregavam do manejo e registro dos encontros (diários de campo), e por uma profissional de referência indicada pelo serviço. Trechos dos registros produzidos serão utilizados ao longo deste texto como material analítico das potencialidades e desafios da oficina.

No início, o grupo de pesquisa apostou no exercício de leitura da literatura como ferramenta de trabalho. Utilizávamos livros, desenhos, tintas, canetas, fantoches, materiais que nos auxiliavam como via de expressividade para além da fala. Também compunham o trabalho técnicas de respiração, relaxamento, brincadeiras e jogos. Segundo Michèle Petit (2009), que estuda experiências de grupos de leitura, “artes múltiplas participam de uma mesma experiência e ajudam a criá-la” (p. 234). As experimentações com estes recursos expressivos eram feitas com o intuito de sustentar modos sutis e sensíveis de acesso e compartilhamento da experiência que atravessava crianças e adolescentes. No percurso do *oficinar* nos perguntávamos: quais processos de produção de vida e adoecimento atravessam estas crianças e adolescentes? Quais modos de expressão são possíveis? Quais são suas relações com o uso de medicamentos e com a experiência de ser diagnosticado com um transtorno mental? Como efetivamente participam do cuidado?

Ao colocar em análise a experiência de uso de medicamentos, buscando acessar os processos que envolvem as experiências de prescrever

substâncias e acompanhar seus efeitos, as práticas de cuidado a elas vinculadas e o processo de ser diagnosticado, a estratégia GAM complexifica e amplia a questão do medicamento. Essa ampliação fica evidente na saúde mental infantojuvenil, em que quase sempre o diagnóstico e o tratamento psicofarmacológico são demandados pela escola e administrados pelas/os familiares (CHAVES; CALIMAN, 2017). Família e escola são, portanto, nós fundamentais de uma rede de cuidados na qual um dos pontos é a medicação, mas que também inclui as oportunidades (ou não) de lazer, de sociabilidade, de moradia, a experiência da criança com o estigma etc. Assim, a estratégia GAM, ao possibilitar a análise coletiva de questões sobre o dia a dia das/dos usuárias, os territórios pelos quais circulam e se relacionam, as redes de apoio e pertencimento, visa explicitar e acessar a dimensão ampliada da relação com o psicotrópico. Nesse sentido, o desafio da cogestão também se amplia.

Na Oficina, os recursos de expressão experimentados possibilitavam o acesso a esses complexos jogos de força. Ao longo do tempo, tornou-se possível gerar uma aproximação com o território de onde surgiam os participantes, seus espaços de vida e moradia, o modo como são acolhidos e não acolhidos na escola, na vizinhança, na família, no próprio Caps i. Nesse processo, outros aspectos expressados pelas crianças puderam ser acolhidos e cuidados, entre os quais destacamos: a relação com a escola, com o corpo, com a sexualidade e com a experiência étnico-racial. A análise da experiência ampliada da medicação permite acessar, então, questões importantes que a princípio parecem não ter relação direta com o uso de psicofármacos e que, no entanto, são inseparáveis deste.

Durante longo tempo, esta pesquisa-intervenção perguntou-se sobre como acessar a experiência infantil. Como acessar a experiência de crianças às quais é negado o saber sobre a experiência? Crianças duplamente marcadas: primeiro como seres em desenvolvimento, que pouco têm a dizer sobre suas experiências e seus afetos e, menos ainda, sobre os efeitos do medicamento em suas vidas; e segundo, como usuárias de um serviço de saúde mental e por isso consideradas “loucas”, “doentes”, “deficitárias”. A estas crianças, é dito que lhes falta rendimento escolar, inteligência, atenção, controle motor e dos impulsos, sociabilidade. Sobressai nessa configuração a exigência normalizante de um modo idealizado e único de infância. Como acessar a diferença?

É nesse sentido que o exercício de cogestão e autonomia com crianças coloca-se mais pertinente. Trata-se de ampliar o olhar para as práticas centralizadoras e hierárquicas que envolvem a gestão da medicação, extraindo daí um fio problemático, que é o próprio modo de estar com crianças e com elas compor relação. Para cogerir, é necessário construir outro olhar para a infância. A Oficina solicitava uma atenção ao que as crianças diziam nas expressões do brincar, desenhar, ler, encontrar, cochilar, deitar-se no colo, fazer carinho, brigar, discutir, cuspir, xingar, bater, rolar, pular, fugir, apaziguar, chutar, abraçar. O que estavam a expressar em seus gestos, sons, afetos, linguagem e movimentos? Percebemos que no *oficinar*, do qual saíamos tantas vezes exaustas, havia um desaprendizado (das pesquisadoras, da profissional e das crianças) das linguagens dominantes, do ouvir somente o que se verbaliza, das rápidas interpretações, e uma aprendizagem para dar passagem ao encontro com uma experiência infantil desconcertante, imprevista, ativa.

A complexidade da experiência com o medicamento comparecia no encontro com as crianças em um emaranhado de elementos: suas relações com o serviço, a relação ou não relação com as/os profissionais, a não participação no cuidado, a infantilização sofrida, a exigência de ter que ser outro sujeito, filho, aluno, usuário, paciente; a relação com as/os familiares, com o abrigo institucional, com a escola. Um dos efeitos do trabalho foi, portanto, atinar que essas experiências, mais do que verbalizadas, são performadas pelas crianças, com todo o corpo. Sem uma atenção a isso, a experiência infantil é amputada, simplificada e desvitalizada, bem como as formas de intervenção e atuação nela. A experiência ampliada da relação com o medicamento atualiza-se nas margens da existência e na expressão do sofrimento, que parece se fazer mais intenso quando não encontra acolhimento e cuidado.

Distinguimos, portanto, nesse trabalho, com o auxílio da estratégia GAM, que os desafios ainda postos no campo da saúde mental infantojuvenil pedem o exercício de estar com crianças e adolescentes, fazer e sentir *com* elas, ensaiando outros modos de pensar a infância. É nesse sentido que cogerir com crianças mostrou-se tão fundamental: não somente como efeito perspectivado, mas como o próprio modo de trabalho do *oficinar*.

Cogerir com crianças, Cogestão como ethos

Afirmávamos que o cultivo laborioso do princípio da cogestão com o público infantojuvenil permitiria operar uma tática participativa, uma estratégia de resistência, frente à sujeição, à infantilização, à heterogestão e normalização sofridas pelas crianças. Mas, afinal, como praticar cogestão e experimentar a construção de processos de autonomia com crianças? Como cultivar a participação da criança com uma marca diagnóstica, que frequenta um Caps i?

Primeiro, foi preciso construir condições de trabalho *com* as crianças. No Guia de Apoio aos Moderadores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014), vinculado à estratégia GAM, lemos que cogerir e gerar autonomia demanda deslocamentos operacionais quanto aos dispositivos concretos; no nosso caso, como explicitamos, exigia também operar com outro olhar e manejo com a infância. Uma primeira pista metodológica, portanto: *operar processos de cogestão e autonomia com crianças solicita outra política da infância*; uma que se dê na relação com as crianças como legítimos participantes. O que coloca à prova essa direção é o próprio cotidiano. Certo dia, por exemplo, J., uma das crianças da Oficina, sai da sala, chorando e batendo a porta, como forma de expressar seu incômodo diante de uma brincadeira de montagem de uma “casa” com tatames de borracha:

Digo (oficineira) para J. que nós sabíamos que o motivo dele ter feito aquele escândalo não era porque os meninos estavam implicando com ele. [...] Ele, então, explica que o motivo dele não querer construir a casa lá dentro é que ele não queria fazê-la perto de R., outra criança da oficina. Nós então progredimos [na conversa] de uma maneira significativa. Nesse momento, entendo que a nossa conversa deixa de estar em um nível de troca de informações (e reclamações). Há certa parceria entre a gente, o que me deixa mais à vontade para não conversar com ele com uma infantilidade embutida. Da mesma forma, ele acredita que seu problema com R. é tão genuíno e autorizado que há espaço para ser discutido (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Os processos de infantilização, atravessados por uma lógica hegemônica do que se considera o “ideal”, o “normal”, em relação a uma criança – ainda que a infantilização também se faça sobre adultos – consolidam, muitas vezes, a incapacidade ou impossibilidade de determinados sujeitos participarem de seus processos de cuidado. Esses processos também

estavam *embutidos* em nós. Não infantilizar e não moralizar a criança não são desafios simples. Cenas como a anteriormente retirada do diário de campo, são experiências cotidianas difíceis de manejo, quando não se lança mão da minimização ou invalidação do que se passa, do tamponamento do choro, da punição por aquilo que se performatiza. Por isso, o cotidiano das oficinas e a relação tecida com os participantes e entre todos apontam um fazer complexo. Sentíamos, por vezes, o embaraço e a sedução das perspectivas infantilizadoras, a tranquilização redutora das normalizações, o fio tênue entre tutela e cuidado. O exercício da não-infantilização exige um risco diante do abandono do controle sobre a atividade, sobre o tempo, sobre as relações, pois abre-se mão de resoluções fáceis. Há uma radicalidade da alteridade na infância que, por não ser suportada, é também sufocada. Nesses momentos, a cogestão como princípio norteador auxiliava o processo de pesquisa-intervenção, relançando uma perspectiva ética a esse *oficinar* coletivo.

Uma outra pista construída no processo do *oficinar* é a *experimentação da conversa*. Recorrentemente íamos ao encontro da criança, perguntávamos o que acontecia, interessávamo-nos por como ela via e sentia o que se instalava. *Conversávamos*. No primeiro ano da oficina, acompanhamos durante meses os movimentos de J. (criança que aparece na cena anterior, retirada do diário de campo) saindo da sala onde a oficina acontecia, a cada vez que não concordava com algo que se passava ou quando se sentia contrariado, irritado, agredido, perturbado pelo encontro com o grupo e com as outras crianças. O *infantilizar* pode assumir muitas formas nessa experiência: ver o movimento da criança como manha ou birra, “deixar pra lá” para ver se a calma chega. Diferentemente, uma prática frequente na oficina era ir ao encontro dessa criança, que estava por vezes em lugares não imaginados: em cima da árvore no pátio, na mureta do canto da saída do Caps i, debaixo do tanque, trancado no banheiro. Muitas vezes, nessa situação, J. não falava e não voltava à oficina. No entanto, quando algumaicineira se aproximava, perguntando se poderia fazer companhia e com ele ali ficar, J. aceitava. Em gestos muito sutis, um elo de conversa, de contato, de compartilhamento se sustentava. Conversar estava além e aquém das palavras. *Oficinar* também estava além e aquém de uma sala ou da realização de uma atividade em si.

A cena de um diário traz outro desses momentos, em que o “progredir significativamente” diz da possibilidade de dialogar e debater com aicineira que procura a criança para saber o que se passava:

Em algum momento J. (criança da oficina) começou a gritar “louco, ele me chamou de louco!!!”. Meiri (icineira) e Renata (profissional do Caps i) tentavam explicar para J. que ninguém havia dito que ele era louco, mas J. não parecia entender. Depois disso, A. (criança da oficina) foi até o quadro onde J. tinha desenhado todos nós e escrito “meus amigos” e escreve “meus amigos doidos”. J. continua gritando e falando coisas, até que se sentou de costas para o grupo, com a cara virada para a parede. Meiri pediu que ele contasse para o grupo o que estava sentindo e, para minha surpresa, ele falou mesmo. Me surpreendi muito com essa atitude dele de trazer para o grupo o que estava pensando e me surpreendi também com as reações das outras crianças. Muitas vezes, quando acontece algo, J. sai da sala e conta o ocorrido apenas para a pessoa que vai atrás dele e foi muito bonito ver ele sustentando isso ali, no grupo, falando do que sente (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A surpresa daicineira é partilhada também pelos outros participantes, pois J. faz agora o exercício de partilhar com os outros participantes o que sente. Essa possibilidade foi construída no fio de conversa sustentado durante muitos encontros anteriores, nos quais se negociava com ele posições e pontos de vista, em que se gerava um vínculo de confiança e legitimidade. J. expressa seus afetos mais aflitivos – “que ninguém gosta dele”, “que ele quer morrer” – no mesmo dia em que declarou ao grupo a relação de amizade ali experimentada, escrevendo no quadro: “meus amigos”. Um dia no qual eram partilhadas experiências difíceis vividas também pelos outros participantes: o estigma das palavras “louco” e “doidos” que recaíam tanto sobre J. quanto sobre os outros. Às vezes, para implicar uns com os outros chamavam-se “débil mental”, expressando aquilo mesmo que já teriam ouvido sobre si ou pressentido na relação estabelecida com eles.

A conversa foi se tornando nosso *modus operandi* por excelência, que exercitava o rompimento com dois movimentos que desafiam as experiências participativas: decidir pelo outro, não o incluindo; ou abandoná-lo, deixando-o só na tomada e sustentação de uma posição solitária e independente. Ao contrário, conversar implica os sujeitos nas questões, nos acontecimentos e seus destinos, mas sem retirar-se, gerando uma composição. Trata-se, portanto, de cogestão. A cogestão surgia na oficina como um *ethos* (SELVATICI, 2017), sustentado no conversar, entendendo que o atrevimento à conversa com crianças e a acolhida da improvisação necessária, das movimentações inquietas, das pactuações e repactuações com estas, acaba por produzir transformação em todos. Nesse cenário, a conversa comparecia como uma prática de cuidado e, também, como uma dimensão mais sutil da cogestão, onde as modulações subjetivas aconteciam.

É na conversa com as crianças, neste encontro com a alteridade, que uma experiência outra de infância pode emergir: uma experiência que não está já *embutida* em nós, mas que nos surpreende, nos arrebatada. Uma experiência que acolhe a criança como um legítimo outro em coexistência (PASSOS *et al.*, 2009) com pesquisadoras, psicóloga, médicos, familiares. Em outros termos, uma conversa cujo efeito não era de simplificação, entendimento ou confirmação, mas que tinha como objetivo complexificar, tensionar, abrir, acolher, inventar.

Ao retornar às orientações presentes no texto da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), quanto ao exercício cogestivo, encontramos como proposição um dispositivo importante: o da roda. Ao colocar lado a lado diferentes sujeitos, que falam de diferentes lugares (usuário/a, gestor/a, trabalhador/a), dentro da política de saúde, a roda põe as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização e reposicionamentos que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. No trabalho com a Oficina, a roda, não exatamente em seu formato de círculo, mas em seu sentido de circulação de afetos, saberes, experiências e desejos, configurou-se como um dispositivo que acionava as dificuldades de se pôr em conversa. Os estereótipos vinculados às crianças, como vimos nas cenas dos diários de campo, eram reproduzidos por elas como xingamentos e provocações. Por outro lado, a roda fazia aparecer também a vontade daquelas crianças de fazer amigos, os afetos de amizade e cumplicidade que endereçavam uns aos outros.

Conversar guia esse movimento constante na direção de modulações subjetivas, acompanhado de uma atitude de acolhimento. Não infantilizar significava problematizar, discutir com elas os acontecimentos e gerar pactuações coletivas para esse estar junto. Pactuações muitas vezes arriscadas, por serem também inusitadas. A conversa, não moralizante, porque *deixa de estar meramente em um nível de troca de informações (e reclamações)*, pedia *parceria entre a gente*, que nos deixava *mais à vontade para experimentar*, abandonando os moldes de uma *infantilidade embutida*. Tratava-se de ver as questões das crianças genuínas e autorizadas, *da mesma forma que J. acredita que seu problema com R. é tão genuíno e autorizado que há espaço para ele ser discutido*.

Essa atitude contribuía para o reconhecimento coletivo de experiências singulares sem necessariamente torná-las uma verdade para todos

(ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014). É a partir desse exercício cogestivo que é possível experimentar a produção de autonomia – quando há acolhimento, validação e legitimação da experiência do outro. Na oficina o desafio era então o de não domesticar ou atropelar os acontecimentos, mas demorar-se neles. Um exercício insistente, que se deu através do retorno às palavras, aos gestos, aos movimentos; do encontro com o livro, com as histórias narradas e inventadas.

Digo para J.: “apesar de tudo, quando você bate nele [outra criança], de volta ou não, isso tem uma consequência não só para você, mas também pras outras crianças, também pra mim [oficineira] e pras meninas [outrasicineiras]. Você entende isso? Que todo mundo tá ligado a isso que acontece com vocês?”. Ele responde: “Ah, eu entendo que os meninos possam tá envolvidos nisso. Mas eu não vejo de que forma vocês também tão ligadas!”. Eu logo digo que, primeiramente, se um dia uma briga dessas ficar feia, quem tá ali na responsabilidade da oficina somos nós, então, se alguém tivesse se machucado, por exemplo, a gente que ia ter que contar pros pais o que estava acontecendo. Além disso, envolve todo mundo, porque se a gente tem que parar, por exemplo, a leitura do livro para dar conta da briga dos dois, já diz respeito a todos, né? Mas para além daquilo tudo, a gente não quer ver gente que a gente gosta brigando com outra pessoa que a gente gosta. Machuca a gente também. Ele olha pra mim e diz que realmente nunca tinha pensado por esse lado. (...) Bom, pensando assim, se aquilo que acontecia envolvia todo mundo, cabia também a todo mundo pensar num modo de resolver, certo? (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Nesta cena, aicineira abre mão de centralizar a resolução da situação ao implicar a criança com quem conversava diretamente e, mais a frente, os outros participantes da oficina. Isso foi possível a partir do exercício de construção de confiança que permite a geração de uma grupalidade, experiência de pertencimento a um grupo, mas, mais que isso, de composição de uma rede de apoio, fundamental aos processos cogestivos. É um exercício que envolve, sempre, o acolhimento de um risco. Não havia garantias de que a inclusão de todos funcionaria, mas nossa aposta era de construir contornos nesse encontro lateral, ao invés de impor uma contenção exterior e vertical. Houve meses em que mergulhamos em um extremo desencontro entre as crianças e às vezes entre nós também e, se isso, por vezes, incomodava, também nos fazia lembrar que não estávamos ali para apaziguar os acontecimentos. Interessava, justamente, sustentar a complexidade do que expressavam: *se aquilo que acontecia envolvia todo mundo, cabia também a todo mundo pensar num modo de resolver, certo?*

A cogestão na prática da conversa

Aquilo que acontecia envolvia todo mundo, então cabia a todo mundo gerir o que se passava. É nesse mote que a cogestão operada pela conversa foi alcançando tanto as dimensões mais sutis quanto os aspectos mais formais do *oficinar*, sendo cultivada de diferentes modos: no acolhimento dos sujeitos, das ideias, pensamentos e questões que surgiam. Uma das formas em que essas conversas se davam era na dimensão dos combinados: tentávamos exercitar uma abertura às propostas que vinham das crianças, entendendo que, afinal, fazíamos *juntos* a oficina. Isso nem sempre foi fácil. Uma das dificuldades era entender a televisão, os instrumentos musicais, o computador e os outros brinquedos da sala não como “obstáculos” ao nosso planejamento, mas como matéria de composição das crianças naquele movimento que se dava. As propostas das crianças, às vezes, simplesmente aconteciam: um objeto vinha parar no meio da roda, passeando nas mãos dos meninos na medida em que líamos a história. Outras vezes, eram enunciadas:

“Tia, primeiro a gente vai fazer a leitura de um livro, depois vamos tocar uma música e a gente pode escolher depois ir à piscina ou assistir TV. Combinado?” Ele (criança da oficina) pergunta olhando para mim (oficineira), como se esperasse uma aprovação. Acho engraçado ele apresentar as atividades da oficina como uma possibilidade, mostrando que, na verdade, nada é tão rígido e fixo a ponto de não precisar ser combinado outra vez (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Algumas ideias surgem:

M. e R. (crianças da oficina) constroem coletivamente uma proposta que pensamos em levar para a próxima semana, que é a de escrever sentimentos em pedaços de papel. J. fala especificamente de escrever coisas ruins para as pessoas para que elas possam melhorar. Nós (oficineiras) pensamos em ampliar a proposta podendo abarcar qualquer tipo de sentimento. J. também sugeriu uma brincadeira lá fora, no espaço coletivo” (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Jo. uma das crianças, se levanta e vai novamente para a estante de brinquedos. Pergunta se a gente pode fazer uma banda e nós,icineiras, dissemos que não podíamos ficar mexendo no material de música, mas que ele podia trazer o pandeiro que já estava segurando e, com bastante cuidado, tocar alguma

coisa enquanto eu lia a história, como uma trilha sonora. Jo. sugeriu que eu contasse a história cantando e aceitei a proposta. Durante o começo do livro tudo foi cantado, com Jo. e Bárbara (oficineira) me acompanhando no tambor e no chocalho (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Esse tipo de “negociação” é entendido, na estratégia GAM, como uma experiência de contratação, fundamental no processo grupal. Diferentemente do contrato, na contratação entende-se que as regras a serem definidas podem ser mudadas e alteradas no percurso dos encontros, quando for necessário. A contratação é um processo que se atualiza sem parar em relação ao seu próprio funcionamento. Fazendo uma torção na ideia do *Termo de Consentimento*, usualmente efetuado em pesquisas, na contratação trabalha-se com a *Conquista do Consentimento*, isto é, “como sugere a própria palavra (consentir = *sentir com*), para que haja consentimento é preciso que a experiência seja compartilhada” (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014, p. 19). Nessa perspectiva, não há relação de verticalidade entre o que umaicineira propõe para o grupo em relação à proposição de uma criança. Por isso, a contratação é uma operação especialmente importante para que os participantes do grupo, no caso, as crianças, se sintam confiantes para se engajar no trabalho.

As modulações de início e término da oficina são outro exemplo do manejo cogestivo que tentamos construir *com* as crianças. A montagem e desmontagem suscita o começo e o término, o que designa um processo de contorno, margeamento da oficina, e possui um papel fundamental para permitir uma transição entre disposições. Em outras palavras, a montagem não só constrói um território geográfico da oficina, mas também uma certa disposição e disponibilidade para o encontro que convida à presença, ou seja, um território também existencial. Para isso, tínhamos alguns “rituais” de início, como a montagem dos tapetes de borracha que colocávamos no chão para nos sentarmos. Se no início asicineiras preparavam tudo sozinhas e só chamavam as crianças quando a sala estivesse pronta, com o passar do tempo esse momento inicial foi cada vez mais “invadido” pela correria dos participantes, que passaram a assumir também a montagem dos tapetes. Nesse processo, a montagem foi sendo modulada e os tapetes que inicialmente eram montados em quatro partes foram se tornando seis, nove... E até chegaram a abandonar o chão, tornando-se também paredes e teto. Houve dias em que a Oficina aconteceu dentro de uma casinha

colorida, feita de peças de borracha amarelas e azuis. Da mesma maneira, os processos de finalização da Oficina também foram sendo “tomados” pelas crianças participantes:

Em outro dia, vivemos com as crianças uma experiência que ampliou um pouco mais nossas possibilidades de conversa. Nos preparávamos para uma experimentação musical – fazendo o exercício de acolher o violão, os tambores e os chocalhos sempre requisitados pelas crianças – e, em dado momento, algo acontece. Voltamos para os nossos postos e eu (oficineira) digo que iria contar “1, 2, 3 e já!” para começarmos e “Pedi pra parar, parou!” para terminarmos, quando Jo., uma das crianças, “interrompe”, falando que queria tocar com o instrumento que tinha na mão porque, na escola, ele começou a tocar com a professora dele. (...) Ele conta que ela o ensinou a tocar e começa a fazer um movimento de vai e vem com a mão, que estabelece um ritmo (...) Os outros meninos começam a também tocar no ritmo. Percebo então que a rigidez do ‘1, 2, 3 e já!’ já perdeu para algo muito mais contagiante. Jo. agora é o dono do tempo da música. Começo a tocar com eles no ritmo de Jo. Então, P. e R. (crianças da oficina) fazem o mesmo. Jo. olha para mim e dá um sorriso. Sorrio de volta, como se desse suporte para ele, e ele aumenta a velocidade. Todos acompanham e entramos num estado de euforia. Quando imagino que não, C. (criança da oficina) grita: “Pedi para parar, parou!” E todos param. E levantamos os braços como se isso fosse uma conquista para nós, com exclamações de alegria” (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Nessa cena, observamos uma *rigidez* perder espaço para um *contágio*. Também chamamos esse movimento de conversa, na medida em que nossos corpos estavam ali presentes, cada um, singularmente, produzindo um som que, no coletivo, tornava-se uma música. A conversa fazia-se entre nós, entre os nossos corpos e aqueles instrumentos. Se, no início, havia um *dono do tempo*, na medida em que cada um vai acompanhando o ritmo já não há um proprietário do que acontece: não são asicineiras, nem a criança que começa a música. É preciso pensar, então, em termos de um manejo que circula, que é partilhado e que chega até C., que se sente autorizado para gritar: *Pedi para parar, parou!* O que é precioso perceber nessa cena é que, nesse momento em que não há quem comande, o que surge não é um vazio de indecisão ou paralisação, mas um fino tecido que suporta cada movimento: o próprio grupo está ali, na atenção para o *ritmo* do outro, nos *sorrisos* que dão suporte, na *alegria* da conquista que é de todos.

Como os sons singulares que se tornam uma música no coletivo, chamamos atenção para o fato de que o exercício de participação de cada criança é, para cada uma delas (e em cada dia e momento da Oficina), sempre diferente. As possibilidades de formas de participação são tão diversas quanto as inúmeras formas de pertencimento ao grupo. No manejo da oficina, ao acolher e encorajar os diferentes modos de participação das crianças, criamos condições para que elas se corresponsabilizem pelo processo do *oficinar*, através de uma construção coletiva.

Esse “comum” que surge na cena da música é feito dos fios que ligam cada participante do grupo aos outros. Um dos grandes exercícios da Oficina foi, justamente, fazer aparecer esse emaranhado, suas convergências, seus afastamentos, seus nós. Construindo esse chão através do tempo (afinal, a Oficina durou quase três anos), pudemos ver, cada vez mais, as crianças participarem suas questões com o grupo:

Bem neste momento, entra P. (criança da oficina), bastante agitado. Já era quase final de oficina. [...] logo seu desespero e aflição engolem tudo, e ele se deita no tatame, no colo de Alana, uma dasicineiras, chorando demais. Diz que tem medo do pai, da avó, do irmão; que não gostam dele, que ele não quer mais voltar pra casa, que gostaria de morar com uma tia ou uma prima. Nos dá o nome delas, os lugares onde moram, e chora muito (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

“Nossas conversas” foram se ampliando, fazendo caber cada vez mais afetos e movimentos em nosso encontro com as crianças. A conversa não dizia de uma “falação”, mas de uma sintonia no olhar e no ouvir o outro. Ouvir, como nos indica o Guia de Apoio a Moderadores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014): “quando falamos em ouvir, é ouvir mesmo, não apenas um faz de conta, um perguntar só por perguntar, e fazer no fim o que já tinha sido decidido ou pensado – independente da resposta. Ouvir é considerar legítimo tudo o que o usuário tem a dizer” (p. 14). E acrescentaríamos ainda: ouvir implica não infantilizar:

Essas apostas produziram a possibilidade de que certas questões, normalmente tidas como “de adulto”, pudessem aparecer no grupo, confirmando, ainda que tangencialmente, que elas faziam parte do dia a dia daquelas crianças e compunham suas alegrias e sofrimentos. Poder falar sobre já era uma grande coisa. “A oficina passou bem rápido, ficamos só papeando e quase não vimos a hora passar” (DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Quando demos o nome de “Oficina da Palavra” ao nosso trabalho, estávamos pensando na palavra literária dos livros que leríamos: não tínhamos como saber o quanto a palavra falada, cantada, gestualizada e brincada invadiria os nossos encontros, a ponto de tornar a conversa um fio condutor de todo um plano que denominamos de *oficinar*.

Considerações finais

Compartilhamos nesse artigo algumas pistas que, durante nossa trajetória, nos ajudaram a sustentar um trabalho *com* crianças e não *sobre* elas, destacando a conversa, acolhimento e escuta da experiência e o exercício da participação da criança como legítima. Condições estas imprescindíveis para que a cogestão pudesse ser experimentada no plano do *oficinar*. Mostrou-se evidente como essa experiência permitiu que encontrássemos novos arranjos para o cultivo dos princípios fundamentais da Estratégia GAM e uma *recriação* desta como oficina de expressão. Pudemos encontrar no *oficinar* uma forma de cogerir com crianças, tocando na experiência desses sujeitos com suas medicações, com o serviço, com as famílias e toda a rede que atravessa seus processos de cuidado e de vida.

A prática da cogestão como *ethos* foi o princípio norteador desse trabalho, possibilitando afirmar uma nova postura na saúde mental e na relação com a infância. Por vezes, o dispositivo roda-conversa confundia-se com o *oficinar* em curso, outras vezes ampliava-se em outros arranjos de encontros com profissionais de referência das crianças no Caps i, com a equipe como um todo em suas reuniões, com os familiares em encontros individuais e grupais, com as escolas, nas reuniões das quais fomos convidadas a participar. É nesse sentido que compreendemos que o *oficinar* cogestivo apontou desafios pertinentes ao trabalho com a GAM na saúde mental infantojuvenil, levando-nos a revisitação do que constitui a direção dessa Estratégia. Em outras palavras, o plano do *oficinar* nos proporcionou colocar a GAM em constante experimentação, entendendo que somente assim essa estratégia afirma sua potência: em sua capacidade de ser reinventada a cada experiência situada, como no trabalhar COM crianças.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALIMAN, Luciana Vieira; PASSOS, Eduardo; MACHADO, Adriana Marcondes. A medicação nas práticas de Saúde Pública: estratégias para a construção de um plano comum. *In*: KASTRUP, Virgínia; MACHADO, Adriana Marcondes. **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: CVR, 2016. p. 19-40.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-372, set. 2005.

CHAVES, Felipe Alan Mendes; CALIMAN, Luciana Vieira. Entre saúde mental e a escola: a Gestão Autônoma da Medicação. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 7, p. 136-160, 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes**: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). 2012. 178 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. *In*: FERREIRA, Tânia (Org). **A criança e a saúde mental**: enlances entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-74.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da Costa. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

KASTRUP, Virgínia. Fazendo Psicologia no campo da Saúde Mental: as oficinas de tecnologia e tecnologias sociais. *In*: PALOMBINI, Analice de

Lima; MARASCHIN, Cleci; MOSCHEN, Simone. (Orgs). **Tecnologias em rede**: oficinas de fazer saúde mental. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 43-58.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

MELO, Jorge José Maciel; SCHAEPPPI, Paula Brum; SOARES, José Guilherme Neves; PASSOS, Eduardo. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – o manejo cogestivo. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Cadernos Humaniza SUS. Vol. 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 233-447.

MORAES, Márcia. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. *In*: MORAES, Márcia.; KASTRUP, Virgínia. (Orgs.). **Exercícios de ver e não ver**: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual. Rio de Janeiro: Nau, 2010. p. 15-31.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PALOMBINI, Analice de Lima; SILVA, André do Eirado; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes Maria; SERPAJUNIOR, Octavio Domont; MARQUES, Cecília de Castro e; GONÇALVES, Laura Lamas Martins. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 967-980, out./dez. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação**: guia de apoio a moderadores. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílina da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PETIT, Michèle. **A arte de ler**: ou como resistir à adversidade. São Paulo: Editora 34, 2009.

RENAULT, Letícia Maria. **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa**: o caso da Gestão Autônoma da Medicação. 2015. 323 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013.

SELVATICI, Adrielly. **Cogestão e conversa: cultivar margens por entre as rachaduras dos muros**. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2017.

Medicalização, psicofármacos e portas de saída

Ligia Castegnaro Trevisan; Ricardo Lugon Arantes

Introdução

O tema da medicalização tem sido objeto de estudo e interesse crescente na contemporaneidade. Freitas e Amarante (2015) consideram que o termo medicalização é polissêmico, porém parece-nos interessante compreender a medicalização a partir de seus processos de engendramento e suas inúmeras estratégias e tecnologias que transcendem a prescrição de medicamentos (ARANTES, 2017). Rose (2007) ao afirmar que “a medicalização fez de nós o tipo de humanos que nos tornamos” permite-nos observar a permeabilidade destes processos nas mais diversas dimensões da vida cotidiana, desde os hábitos triviais como escovar os dentes ou usar talheres e a nossa forma de experimentar e dar sentido ao mundo, atravessando relações entre significativo e significado, e mesmo as formas de desenhar as grandes cidades, a partir, por exemplo, dos planejamentos sanitários.

Mais do que processos verticais e assimétricos de controle, podemos compreender os processos de medicalização como um dispositivo constituído de linhas que transitam, se conectam e se relacionam, inventando modos de viver, e sustentado por práticas que conduzem, movimentam, se espalham e funcionam como uma maquinaria social que não está situada em um lugar e se dissemina por toda a estrutura social (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015).

A crítica aos processos de medicalização na Educação encontra na obra de Moysés (2001; 2008) uma vigorosa denúncia de transformação de um mundo social e historicamente construído em objetos biológicos e a redução da essência da historicidade do objeto – a diferença e o questionamento – a características inatas, a uma patologia. Em nossa vida cotidiana, este processo implica transformar experiências sentidas como indesejadas ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo uma transposição do que seria originalmente da ordem do social, moral ou político para o domínio dos saberes biomédicos. Deste modo, podemos compreender que há uma infinidade de atores em diferentes campos do saber (imprensa, cosmética, esportes etc.) alimentando os processos de medicalização da vida.

A crítica ao uso crescente de psicofármacos tem buscado compreender as práticas que viabilizam a naturalização da intervenção farmacológica a partir das vozes e das produções de grupos de ativistas e acadêmicos com teor de denúncia sobre as relações corporativas e econômicas, além dos efeitos das medicações psiquiátricas a longo prazo. Gøtzsche (2016) denuncia diferentes modos de incidência dos fabricantes de medicamentos sobre a prescrição e validação científica dos seus produtos: esquemas de remuneração direta aos médicos para prescrição de determinados medicamentos e patrocínio para pesquisas em universidades públicas voltadas a medir a efetividade dos medicamentos fabricados pela própria indústria farmacêutica.

Whitaker (2017), por sua vez, problematiza as bases para a construção das teorias mundialmente disseminadas que apontam disfunções químicas cerebrais como a causa dos transtornos mentais como a esquizofrenia. Outro ponto problematizado pelo autor é a falsa promessa de melhora na qualidade de vida da população, demonstrando que as taxas de incapacidade decorrentes de problemas de saúde mental nos Estados Unidos têm crescido consideravelmente ao invés de diminuir (WHITAKER, 2017). O autor apresenta, assim, uma série de evidências que levam o leitor a questionar o benefício do uso de psicofármacos a longo prazo, trazendo dados que colocam o uso de medicações como uma solução durante um curto período de tempo (na medida em que a curto prazo existe uma melhora dos sintomas), mas referindo que seu uso a longo prazo transforma um período de crise em uma doença mental crônica.

As vozes dos sobreviventes

Como uma ativista, tento conscientizar as pessoas de que não se trata de “doença” ou “bem-estar” ou “desafio da saúde mental” e “recuperação” – esse tipo de conversa enche minha paciência, de verdade! Trata-se de opressão e libertação. Essa libertação não significa felicidade, rosas e sorrisos - mas sim uma libertação justamente desses ideais que as pessoas precisam alcançar para serem “normais”. Libertação implica assumir toda a dor emocional que resulta de estar viva, aprendendo com ela, ouvindo-a, e desafiando aqueles à sua volta que dizem que há algo “errado com” você porque você sente essa dor. Todos os dias eu sinto uma grande dor emocional - eu choro ou me sinto sobrecarregada ou tenho pensamentos sombrios na minha cabeça, por exemplo – mas não tenho mais medo dessas coisas, ou vejo-as como algo do que tenho que me livrar. Isso, para mim, é a libertação psiquiátrica, e essa é a mensagem que eu tento transmitir por meio do meu ativismo [Laura Delano, tradução nossa (DELANO, 2016)].

A história de Laura Delano é marcada por violências e silenciamentos que não são incomuns e se assemelham às histórias de muitas pessoas diagnosticadas com transtornos mentais no mundo e no Brasil. Laura tornou-se ativista e faz parte do coletivo Inner Compass Initiative (ICI), que questiona os diagnósticos psiquiátricos, considerando as experiências rotuladas como doenças como oportunidades para aprofundar as conexões consigo mesmo e com os outros. Ela afirma que “as partes mais sombrias de nós mesmos costumam ser nossos melhores professores e que nossa dor é algo para se escutar, se inclinar, explorar, aprender e crescer – não temer, reprimir, fugir ou patologizar e procurar desligar” (DELANO, 2021).

Outros expoentes, como Olga Ruciman, da Dinamarca, integrante do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, e Will Hall, dos Estados Unidos, também têm sido vozes ativas e marcantes na problematização do atual modelo de atenção psiquiátrica. Eles se denominam “sobreviventes da psiquiatria” e vêm relatando os efeitos danosos das medicações e intervenções psiquiátricas sobre si, como pararam de utilizar psicofármacos e buscaram outros caminhos de autocuidado. Hoje integram coletivos organizados nos EEUU, como o Ícaros Project e o ICI, que vêm se dedicando a não somente informar o público em geral sobre os efeitos das medicações, mas auxiliar pessoas que querem parar de tomá-las, através de cuidados entre pares (INNER COMPASS INITIATIVE, 2019; FREEDOM CENTER, 2019; THE ICARUS PROJECT, 2019). O tema do uso e dos problemas enfrentados com o uso dos psicofármacos é central nestes movimentos.

Frequentemente, usuários referem que, com o uso das medicações, sentem-se como robôs, sem sentimentos, desconectados de si mesmos (MARQUES *et al.*, 2013). O adoecimento e o uso dos fármacos tornam-se enlaçados na mesma experiência. Se o uso dos psicofármacos traz algum alívio, ao mesmo tempo traz desconfortos e muitas dúvidas e inseguranças, como a sensação de perder o controle da mente, de sentir-se como “um robô sem bateria”, ou seja, sem sentimentos nem poder decisório, despersonalizados, desconectados de si mesmos (MARQUES *et al.*, 2013).

O conceito grego de *pharmakon* pode auxiliar-nos na reflexão sobre a relação que estabelecemos com os medicamentos. *Pharmakon* refere-se a remédio e veneno simultaneamente, de forma inseparável. Coube a Paracelso, mais tarde, cunhar a frase *dosis sola facit venenum* (somente a dose faz o veneno), ao afirmar que todas as substâncias da natureza

poderiam exercer influências positivas (*essentia*) ou negativas (*venena*), por exemplo (VARGAS, 2008). Não há substância que seja somente prejudicial ou absolutamente inofensiva. Entendendo as drogas como *pharmakon*, compreendemos que a fronteira entre o benefício e o dano não está na substância em si, mas na relação que estabelecemos com ela, o que envolve refletir sobre a quantidade administrada e o modo como a usamos (ESCOHOTEADO, 1995).

Relatos como o de Laura e de outras tantas pessoas que já foram diagnosticadas com transtornos psíquicos fazem-nos questionar sobre os limites dos atuais paradigmas de cuidado em saúde mental para alcançarmos aquele que é um dos principais pilares da nossa reforma psiquiátrica – a conquista de maior autonomia para nossos usuários. Ainda que com muitos avanços no cuidado no contexto pós-reforma psiquiátrica, a medicação continua sendo a principal ferramenta nas ofertas de cuidado para o sofrimento psíquico não somente no Brasil, mas em diversos países. Vários autores críticos ao movimento “Saúde Mental Global”, lançado pela OMS, pontuam que a oferta de serviços de saúde mental nos países do Sul Global tem envolvido violações de direitos por todo o mundo. Essas violações não envolveriam somente a dimensão institucional (uso de contenções, ECT etc.) mas a ampliação do acesso a medicações psicotrópicas globalmente poderia colocar em funcionamento novas formas de encarceramento para além dos muros dos manicômios: encarceramentos químicos globais (MILLS, 2014; FABRIS, 2011).

Temos o objetivo de debater sobre medicamentos psiquiátricos, colocando em questão o cuidado hegemônico em saúde mental e apresentando experiências de coletivos que se ocupam de construir portas de saída para pessoas que fazem uso prolongado destas substâncias. Para isso, analisaremos produções atuais críticas sobre os psicofármacos, partindo principalmente da experiência daqueles que usam a medicação.

Gestão Autônoma da Medicação: caminhos trilhados no Brasil no debate sobre as medicações psiquiátricas

Uma parceria entre universidade e usuários de medicação psiquiátrica fez nascer no Quebec (Canadá), na década de 1990, o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que deu voz às pessoas que

usam medicação, no intuito de colocá-las no centro de seu tratamento farmacológico, visando uma melhora no bem-estar e na qualidade de vida, criando oportunidades de expressão, diálogo e apoio entre usuários, médicos, familiares e amigos. A GAM parte da afirmativa “sou uma pessoa, não sou uma doença” e reconhece que a medicação alivia alguns sintomas, mas raramente é suficiente por si só para garantir uma vida recompensadora na comunidade (DEL BARRIO *et al.*, 2013).

As práticas da GAM buscam levar em conta as muitas perspectivas e relações estabelecidas pelos usuários com seus medicamentos, seus conhecimentos, sua experiência com profissionais de saúde mental e, ao mesmo tempo, uma análise aprofundada dos conhecimentos atuais sobre medicamentos psicotrópicos, tanto no campo da pesquisa biomédica quanto nas ciências humanas e sociais (DEL BARRIO *et al.*, 2013). A proposta quebequense da GAM chegou ao Brasil em 2009, por meio da parceria binacional entre colaboradores comunitários, rede pública de saúde e assistência social e das universidades de Montreal (Canadá) e, no Brasil, Estadual de Campinas, Federais Fluminense e do Rio Grande do Sul (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO-CAMPOS, 2013), resultando na adaptação à realidade brasileira do Guia GAM (PASSOS *et al.*, 2013). Hoje, essas experiências estão amplamente relatadas (OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2021).

A estratégia GAM se materializa por meio de um Guia impresso, no qual a pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida para reconhecer os aspectos a serem melhorados, com vistas à sua qualidade de vida. São disponibilizadas informações sobre indicações, efeitos colaterais, interações e doses terapêuticas. No guia quebequense existe uma segunda parte que propõe, para os que assim o desejarem, um método de diminuição progressiva da medicação, com a colaboração de um médico, que pode prover informação e a ajuda necessária ao ajuste, à redução ou à suspensão dos medicamentos. Como forma de acompanhamento desse processo, o Guia inclui ferramentas de auto-observação e de identificação de redes de apoio (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

As pesquisas realizadas a partir da implantação da GAM no Brasil mostraram que, apesar das diferenças culturais entre Brasil e Canadá, os impasses no uso de medicamentos psiquiátricos apontados pelos usuários são parecidos: muitos efeitos colaterais; a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de

expressar seu ponto de vista sobre a medicação ou questioná-la; o fato de que questionar a medicação seja compreendido como resistência ao tratamento; prescrições muito pesadas e em prazos muito longos e informações insuficientes (MARQUES *et al.*, 2013)

A GAM trouxe muitos avanços na discussão sobre psicofármacos junto aos usuários no Brasil: deu visibilidade à pluralidade de escolhas em relação à medicação, afirmou o direito ao consentimento livre e esclarecido na utilização dos psicofármacos e, também, a necessidade de compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários. Dois princípios da GAM são o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos, de modo que, para a GAM, a participação nas decisões sobre o seu próprio tratamento é algo central (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014; ADEGAS; COUGO, 2018).

As diferenças importantes entre o contexto brasileiro e o canadense trouxeram mudanças para a estratégia GAM no Brasil: ocorreram acréscimos e alterações, visando possibilitar que os usuários viessem a expressar-se e a informar-se, assim como se estabelecessem trocas entre os participantes a partir do guia (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). Na adaptação, foram também realizados acréscimos em relação aos direitos de cidadão, o impacto da medicação nas relações amorosas e sexuais, bem como do acesso ao trabalho e à geração de renda (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Outra modificação importante na adaptação da GAM ao Brasil foi a supressão da segunda parte do guia, que tinha como orientação a redução ou a interrupção do uso de psicofármacos. Ela foi suprimida da versão brasileira a partir de debates entre os pesquisadores, a partir da indicação dos próprios usuários, que, também na qualidade de pesquisadores salientavam que, dentro da sua realidade, o acesso aos medicamentos e a necessidade de mais diálogo com os seus médicos sobre os motivos das prescrições eram pontos mais cruciais do que a redução ou a interrupção do uso desses medicamentos. Entendeu-se, naquele momento, que as demandas dos usuários do Brasil localizavam-se em um momento anterior a uma discussão crítica sobre o uso/não-uso de medicamentos, na medida em que os brasileiros não tinham a garantia da efetivação do direito à saúde previsto na constituição brasileira – o acesso à medicação, para quem sentia que precisava era ainda incerto, gerando mais angústia para pessoas em sofrimento psíquico (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

Outros caminhos nas relações com os psicofármacos: reflexões necessárias e experiências na busca de novas saídas

A discussão sobre os psicofármacos coloca-nos frente ao desafio de exercer um olhar crítico sobre os automatismos na prescrição de psicofármacos e a reflexão sobre as diversas razões econômicas, culturais, políticas e sociais pelas quais elas se tornaram tão disseminadas. Isso implica reconhecer os contextos de sofrimento e a constituição de demandas e respostas onde os psicofármacos se fazem incluir. O estranhamento com o próprio corpo e com o que emerge das sensações da experiência de estar vivo tem sido mola propulsora de produções de coletivos de usuários a pensarem juntos em estratégias de construção de portas de saída dos psicofármacos, apoiados por profissionais de saúde parceiros e pesquisadores.

A experiência do Diálogo Aberto (Finlândia) ganhou atenção internacional pelo reduzido uso de neurolépticos no tratamento da psicose, apresentando desfechos mais favoráveis que os países que têm, nestes psicofármacos, a oferta primordial nos tratamentos de transtornos psicóticos (KANTORSKI; CARDANO, 2017; WHITAKER, 2017). O Diálogo Aberto tornou-se, assim, referência importante para a reorganização da atenção à crise em vários países do mundo, deslocando o centro do cuidado da eliminação e silenciamento dos sintomas para uma escuta atenta e a articulação da rede de cuidados em torno da pessoa que sofre.

Hall (2019)¹, no livro “Harm Reduction Guide: coming off psychiatric drugs”², apresenta uma série de reflexões sobre os psicofármacos, sobre as classificações diagnósticas e apresenta uma série de orientações para quem deseja reduzir ou parar de tomar medicações psiquiátricas, indicando que isso ocorra de forma muito gradual e cuidadosa. O autor constrói sua crítica a partir da óptica e da ética da Redução de Danos, denunciando as contradições que surgem a partir da “guerra às drogas”, onde há a criminalização do uso de algumas substâncias e o incentivo ao uso de outras – que são anunciadas com publicidades que prometem a felicidade – e o monopólio setorial na fabricação de outras – que são acessadas a partir do

¹ Will Hall é ex-usuário de medicação psiquiátrica e atualmente terapeuta, professor formado no Instituto de Trabalho Processual de Portland, nos Estados Unidos, e doutorando no Centro Médico da Escola de Saúde Mental e Neurociência na Universidade de Maastricht, na Holanda (HALL, 2019a).

² Guia de Redução de Danos: parando com as drogas psiquiátricas.

consentimento de um médico. Na introdução da versão estadunidense do guia (excluída da versão traduzida em português), lemos “we live in a world that, when it comes to drugs, is quite crazy” – “nós vivemos em um mundo que, quando se trata de drogas, é um tanto maluco” (HALL, 2012).

Existem outros guias disponíveis sobre redução de drogas psiquiátricas (mas não estão disponíveis em português), entre os quais podemos citar: “The Withdrawal Project” (INNER COMPASS INITIATIVE, 2019) e a segunda parte do guia canadense da Gestão Autônoma da Medicação (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2002). Trata-se de guias que não estão embasados no conhecimento psiquiátrico acerca da redução de psicofármacos, mas na experiência de ex-usuários de medicação que consideram o atual conhecimento da medicina sobre este processo insuficiente, especialmente no aspecto da velocidade da redução da quantidade da substância e na subestimação dos efeitos de abstinência gerados pela sua retirada.

No início do guia publicado por Hall, ele afirma a importância da redução de danos, referindo que a experiência de cada um é singular e as abordagens absolutistas sobre drogas e sexo que se norteiam pela abstinência podem fazer com que as pessoas se sintam julgadas e não recebam ajuda caso a convenção não seja seguida. A redução de danos, por sua vez, aceita a realidade das pessoas e investe na educação para fazer escolhas informadas, que permitem ao sujeito calcular as compensações, reduzindo riscos e aumentando o bem-estar, respeitando o seu próprio ritmo e em seus próprios termos (HALL, 2019). Ele refere, ainda, que é fácil cair em um pensamento absolutista quando se trata de drogas psiquiátricas. Alguns defendem as drogas, focando nos riscos de psicose e estados emocionais extremos, e outros colocam-se como defensores antidrogas, e se concentram nos riscos de tomá-las. Hall entende que tanto um quanto outro pensamento em torno de drogas faz parte do problema (HALL, 2012).

O guia GAM não nomeia, como Hall, a redução de danos como base para a proposta, mas deixa clara a afinidade das estratégias quando estabelece como meta que a substância seja reduzida “até que a qualidade de vida desejada” ou a “zona de conforto” sejam alcançadas. O último passo do guia quebequense não consiste na total eliminação do medicamento: é a redução do medicamento até que cada um encontre a sua zona de conforto (RRASMQ; AGIDD-SMQ; ÉRASME, 2002). A interrupção total da medicação é uma das metas possíveis, caso seja este o desejo do usuário.

Já o passo a passo do “The Withdrawal Project” – TWP (INNER COMPASS INITIATIVE, 2019) é muito mais enfático sobre a necessidade de lutar para viver sem drogas psiquiátricas. O próprio nome – “Iniciativa da Bússola Interna”, refere-se à inspiração do grupo, que acredita que dentro de cada pessoa existe uma sabedoria inata – uma “bússola interior”, que nos ajudaria a superar as dificuldades e que seria preciso buscar novamente a capacidade de guiar-se por suas próprias direções a despeito da autoconexão perdida por causa da medicação. O TWP também dirige duras críticas à indústria da saúde mental e ao seu modelo medicalizado de doença mental, que influenciou muitas pessoas a ignorar e perder o contato com essa sabedoria inata.

Convergências entre os guias

Existem similaridades e diferenças no modo como cada um dos guias aborda o desejo de reduzir ou parar de usar psicofármacos e a própria concepção de drogas e de cuidado em saúde mental. Em relação ao seu objetivo como guia, é possível verificar, tanto no guia GAM quanto no Guia de Redução de Danos e saída de Medicamentos Psiquiátricos uma clara conexão com a lógica da Redução de Danos, localizando a relação com a substância de modo amplo e como apenas um dos caminhos à redução gradual até chegar à suspensão completa.

Uma crítica ao lugar ocupado pela medicação e à concepção medicalizante do sofrimento psíquico e normalizadora das experiências está presente nos três guias (de forma mais explícita nos guias TWP e de Will Hall). Considera-se nos três projetos que os medicamentos geram entorpecimento e que com a retirada, surgirão novas sensações, retornarão antigas emoções (que a medicação estaria ajudando a suprimir) e ocorrerão sintomas de abstinência, e que é necessário conhecer a si mesmo e desenvolver novos aprendizados para lidar com as próprias emoções ao longo do processo.

Os três guias preveem, portanto, que a redução/retirada da medicação implica o ingresso em uma jornada de autoconhecimento, em que seria necessário atribuir novos sentidos para aquilo que a psiquiatria denominaria sintomas, e achar novos meios de lidar com o sofrimento. Uma questão importante para estes coletivos é que é possível viver

sem medicação, mesmo na presença do que a psiquiatria nominaria de sintomas disruptivos e psicóticos. Para isso, indicam contar com a rede de apoio e terapêuticas diversas para ajudar a manejar os sintomas de abstinência e atravessar essa jornada, o que envolve um (re)conhecimento de si. O caminho de passar a viver sem medicação implica em desenvolver estratégias para aprender como resolver os problemas de forma diferente.

É interessante observar como, assim como assinalado por Hall (2019), é possível localizar uma disputa quando se trata da discussão sobre o uso de drogas psiquiátricas, que se assemelha às discussões já estabelecidas em relação às drogas proscritas. O TWP parece trabalhar, desde o seu nome (“Projeto de Retirada”), com a finalidade de retirada total das drogas psiquiátricas. O modo como o TWP nomeia a comunidade de pessoas que pararam de fazer uso de drogas psiquiátricas reunidas hoje neste coletivo – comunidade de abstêmios – indica o papel e a relevância deste tema em suas vidas, bem como sua concepção sobre os medicamentos psiquiátricos. Em vários momentos referem a busca por “um futuro livre de drogas psiquiátricas” (INNER COMPASS INITIATIVE, 2019), assemelhando-se muito ao ideal da abstinência, que associa a cura ligada diretamente à vida sem drogas, ainda que sempre se posicione de forma muito respeitosa a quem não se sente pronto para este passo.

O foco na substância parece se evidenciar na enorme quantidade de informações sobre cada droga, apresentadas de maneira minuciosa, numa descrição rica em detalhes sobre sintomas de abstinência gerados pela retirada de cada substância e a oferta de uma rede de apoio virtual da comunidade de abstêmios, ofertada de acordo com a substância utilizada e proximidade da moradia da pessoa. Já Hall refere que é preciso buscar um equilíbrio entre os diferentes riscos envolvidos – os danos causados por estados extremos, bem como os danos causados por tratamentos (como efeitos adversos dos medicamentos, redução do poder através dos rótulos de paciente psiquiátrico e hospitalizações traumáticas). Em diversos momentos coloca em debate a decisão de parar completamente, afirmando coisas como: “seja flexível” ou “sair completamente pode não ser o certo para você” (HALL, 2019, p. 51).

Dos guias para os processos de cuidado

Do lugar de trabalhadores e pesquisadores, cabe-nos inicialmente reconhecer a potência destas produções e coletivos, reafirmando o compromisso da Reforma Psiquiátrica com a defesa de uma autonomia que implique a possibilidade de ampliação de novas relações de dependência (KINOSHITA, 2001). A defesa intransigente de processos de cuidado menos verticais onde a ampliação da contratualidade dos usuários também incida sobre as decisões em torno dos fármacos. Isso envolve uma transição das decisões fundadas em relações de *compliance* (onde o usuário é passivo e as decisões situam-se somente no polo do prescritor) ou de *adherence* (onde as decisões situam-se essencialmente no polo do usuário, que assumirá sozinho os efeitos de suas decisões) para relações de *concordance* onde há uma negociação entre o usuário e trabalhador, respeitando as crenças e os desejos do primeiro sobre se, quando e como os medicamentos serão tomados (HORNE, 2005).

Trata-se também de apostar na sustentação de um Sistema Único de Saúde que contemple as dimensões ética, estética e política dos processos de cuidado, impelindo seus trabalhadores e usuários a processos de invenção e experimentação de novos lugares e de produção compartilhada de saberes. O debate sobre redução de psicofármacos precisa ser ampliado dentro de serviços de saúde e da academia. Ainda há pouco suporte clínico para médicos sobre desprescrição de medicamentos psiquiátricos de forma gradual e segura (FREITAS, 2019). Apoiados na percepção de ex-usuários de medicação, que apontam, inclusive, que as atuais formas de apresentação dos medicamentos não proporcionam liberdade para uma redução que siga o tempo/necessidades singulares de cada um neste processo, aos poucos vemos surgir pesquisas sobre redução de medicamentos psiquiátricos com outras perspectivas. É o caso das pesquisas que vêm utilizando novas tecnologias e métodos para redução de psicofármacos através das “tiras de afinamento” (ainda focadas, neste momento, na redução de antidepressivos), como lembram Groot e Van Os (2018) ou Horowitz e Taylor (2019).

Reconhecemos também a premência de ampliarmos o diálogo e as interfaces com o campo ligado ao uso de álcool e outras drogas – com suas experimentações, avanços e retrocessos – pois podem também nos servir para a reflexão sobre as drogas prescritas. Membros do coletivo GAM que

trabalham no campo de álcool e outras drogas têm trazido também para a pauta o quanto muitos usuários têm substituído drogas proscritas pelas prescritas, sem que se faça uma análise mais ampla sobre os impasses que essa mudança acarreta na vida dos usuários (PALOMBINI; MEDEIROS, 2014).

Reconhecemos perplexos o silenciamento em torno dessa discussão sobre prós e contras de cada opção (medicamentosa ou não) dentro de uma proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário. Abrir espaço para debater efeitos adversos, as opções disponíveis de fármacos e a possibilidade de reduzi-las ou parar com seu uso não pode ser uma reflexão restrita somente aos profissionais de saúde. A discussão sobre uma nova relação com os psicofármacos encontra, ainda, no contexto brasileiro, desafios adicionais aos enfrentados nos países dos quais vêm emergindo estes debates. Num país marcado pela vulnerabilidade e desigualdade social e pelo racismo estrutural que atravessa fortemente nossas relações com a loucura (PASSOS, 2018), precisaremos reconhecer nossa singularidade na forma de ver e viver o sofrimento e identificar nossas próprias fragilidades e potencialidades para fazer este enfrentamento.

A centralidade da oferta das drogas psiquiátricas como carro chefe nos serviços de saúde mental precisa ser enfrentada. Precisamos avançar ainda muito para conseguir, como aponta o coletivo do ICI (2019), afirmar e sustentar o usuário “no banco do motorista”. Para isso, será inevitável (re) inventar nossos modos de fazer cuidado e reinvestir na clínica, assumindo nosso lugar como função de apoio a um sujeito que reconhecemos como sujeito de desejo e de direitos.

Referências

COUGO, Vitória Rosa; AZAMBUJA, Marcos Adegas de. A estratégia Gestão Autônoma da Medicação e a (a)normalidade no discurso da cidadania. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 622-635, out./dez. 2018.

DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez; BENISTY, Lisa; CYR, Céline; RICHARD, Pierrette. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2879-2887, out. 2013.

DELANO, Laura. **About Laura**. 2021. Disponível em: <https://www.lauradelano.com/about>. Acesso em: 14 out. 2019.

DELANO, Laura. Entrevista concedida a Eric Maisel. **Psychology Today**, 21 mar. 2016. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/rethinking-mental-health/201603/laura-delano-psychiatric-liberation>. Acesso em: 14 out. 2019.

DELANO, Laura. **Recovering from psychiatry**. 2021. Disponível em: <https://recoveringfrompsychiatry.com/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, v. 2, 1995.

FABRIS, Erick. **Tranquil prisons**: chemical incarceration under community treatment orders. Toronto: University of Toronto Press, 2011.

FREEDOM CENTER. **Welcome**. 2021. Disponível em: <https://www.freedom-center.org/welcome.html>. Acesso em: 16 out. 2019.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto; GOMES, Camila Motta. **Tecnologia de retirada de drogas psiquiátricas**: projeto de investigação prospectiva relativo às tecnologias de retirada de drogas psiquiátricas. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

GROOT, Peter; VAN OS, Jim. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. **Psychosis** – psychological, social and integrative approaches, Londres, v. 10, n. 2, p. 142-145. 2018.

HALL, Will. **Guia de redução de danos** e saída de medicamentos psiquiátricos. CENAT, 2019. Disponível em: <http://materiais.cenatcursos.com.br/ebook-de-reducao-danos>. Acesso em: 13 jan. 2021.

HALL, Will. **Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs**. Publicado por Icarus Project e Freedom Center. 2012. Disponível em: <https://willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide2Edonline.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

HALL, Will. O diagnóstico é uma forma de não escutar: o especialista Will Hall defende uma abordagem dialógica e comunitária de saúde mental, conhecida como Diálogo Aberto. Entrevista. Elisa Batalha. **Radis - comunicação e saúde**. Rio de Janeiro, 2019a. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/o-diagnostico-e-uma-forma-de-nao-escutar>. Acesso em: 13 jan. 2021.

HORNE, Rob *et al.* Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Londres: NCCSDO. 2005, p. 40-46, 2005. Icarus Project. Disponível em: <https://theicarusproject.net/welcome-to-the-icarus-project/origins-and-purpose/>. Acesso em: 16 out. 2019.

HOROWITZ, Mark Abie; TAYLOR, David. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. **The Lancet Psychiatry**. Londres, v. 6, p. 538-46, mar. 2019.

INTERVOICE. The internacional hearing voices network. 2019. Disponível em: <http://www.intervoiceonline.org/about-intervoice/meet-the-board-2>. Acesso em: 16 out. 2019.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (Ed.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

MILLS, China. **Decolonizing global mental health**: the psychiatrization of the majority world. Londres; New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2014.

OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO. 2021. Disponível em: <https://observatoriogam.unifesp.br/publicacoes>. Acesso em: 11 jan. 2021.

PALOMBINI, Analice; MEDEIROS, Rafael Gil. Entre prescrições e ilícitudes, promovendo saúde mental: uma análise das contribuições da pesquisa Gestão Autônoma da Medicação. *In*: DALMOLIN, Bernadete Maria; DORING, Marlene. (Org.). **Crack e outras drogas**: múltiplas facetas sobre o cuidado em saúde mental. Passo Fundo: EdiUPF, 2014, p. 130-145.

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou navio negreiro? Inquietações para a Reforma psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018.

RRASMQ, AGIDD-SMQ, ÉRASME. **Gestion Autonome de la Médication de l'âme**. Mon Guide Personnel, Québec: RRASMQ/AGIDD-SMQ, 2002.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sociotécnicos: notas para uma genealogia das drogas. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

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

Guia da Gestão Autônoma da Medicação: articulações com a educação

Sheyla Werner; Cláudia Rodrigues de Freitas

Introdução

Encontro. Escuta. Conexões. Sujeitos. Famílias. Trabalhadores da saúde. Educadores. Especialistas. Estudantes. Rende-se ao encantamento de substituir os pontos finais por vírgulas, para, assim, deixar fluir mais o movimento: Famílias, Vínculos, Reflexões, Profissionais, Estudantes, Escuta. O movimento une inícios e caminhos. As letras iniciais maiúsculas mantêm-se, pois cada elemento produz e inventa, não perdendo sua autoria, enquanto gera o movimento formando uma rede, ou fazendo parte dela, engendrando, assim, redes. Redes da/entre educação e saúde, de sujeitos que não só percorrem, mas produzem redes. Dessa forma, o pressuposto é a articulação, intrínseca, da educação e saúde. É desse ponto de partida que convidamos o leitor a compreender uma estratégia que, embora tenha sido pensada, fundamentalmente, para contextos e espaços da saúde, atravessa demasiadamente a educação. Mas de quais formas ocorrem esses alinhavos? Que “Estratégia” é esta? Como perceber e potencializar as articulações? São questões as quais conduzem, de alguma forma, esta escrita.

Sinalizamos que não se trata de afastar ou de aproximar uma lupa para analisar este ou aquele caminho, sujeito, rede ou estratégia, mas soltar e fazer parte das produções, das conexões e das invenções, as quais são escritas a lápis, pois são reversíveis, reconectáveis, múltiplas, criativas, como a possibilidade de um desenho em grafite, de uma escrita que pode ser conectada com outra, em que é possível apagar, reescrever, mas que, inevitavelmente, deixam marcas, as quais podem ser ressignificadas, constituídas por todos nós: sujeitos da educação e da saúde – profissionais, usuários, alunos, familiares.

Nesse movimento de fazer e ser parte, tomamos como objetivo para este artigo: evidenciar a capacidade inventiva de uma Estratégia – o Guia da Gestão Autônoma da Medicação – e provocar a reflexão acerca da articulação da Gam com a educação.

GAM – entre sua história e a possibilidade de invenção

O objetivo de um *guia*, seja quando falamos de função de uma pessoa ou mesmo de um livro em si, é indicar caminhos, guiar, acompanhar, traçar possibilidades. No próprio dicionário, dentre as definições, há “pessoa que conduz, que mostra o caminho” (SCOTTINI, 2020). Ao buscar a ação de guiar, encontra-se “dirigir, orientar, conduzir”, essas determinações são para diferentes formatos, uma pessoa ou um guia escrito. A questão é compreendê-lo como um mapa, mas não como um manual – rígido e limitado a instruções e a informações específicas – e sim como um guia aberto, conectável, exatamente tal qual um mapa. Mesmo que o itinerário esteja definido, deve haver a possibilidade de ampliar o tempo em determinado ponto ou parada, passar rapidamente por ele, ou, quem sabe, ser possível inventar novos pousos, atalhos, outros caminhos, sempre nessa relação consigo mesmo e com os outros, seja com alguém que auxilia, indicando caminhos, seja com alguém que acompanha, percorrendo os caminhos, juntos.

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), um guia, ou melhor, um mapa ao nosso olhar, carrega consigo caminhos, ferramentas, dispositivos, propostas, tecnologias, possibilidades, sendo assim uma Estratégia a qual coloca em movimento as *relações*, convocando o encontro:

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. [...] dialogando sobre o lugar que a **medicação e outras práticas** ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas **redes sociais e sua qualidade de vida** (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013, p. 2890, grifos nosso).

Os destaques já antecipam a abrangência da Estratégia, porém (re) contaremos brevemente a história do Guia a fim de elucidar o quanto sua produção, relações e proposição já colocam em destaque sua força e capacidade inventiva. A história da GAM inicia em Quebec, Canadá.

GAM é uma estratégia no campo da saúde mental inicialmente desenvolvida no Quebec, Canadá, na década de 1990, a partir de dispositivos grupais usando a ferramenta *Guia pessoal da gestão autônoma da medicação*, formulada por associações de usuários de psicofármacos para promover discussão e produção de autonomia no uso dos medicamentos psiquiátricos (PASSOS; SADE; MACERATA, 2019, p. 6).

Além desse ponto inicial, outros começos da Gestão Autônoma da Medicação passam a ser produzidos. Cada contexto e grupo partem de novos agenciamentos e articulações. O Guia tal qual está disponível para acesso no Brasil vem constituindo-se desde 2009.

No ano de 2009, uma parceria frutuosa entre a Universidade de Montreal (UdM), no Quebec, Canadá, e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em São Paulo, Brasil, propiciou dar largada ao projeto de tradução e adaptação ao contexto brasileiro do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, estratégia construída entre usuários, trabalhadores e pesquisadores do Quebec críticos ao reducionismo biomédico no campo da saúde mental, com vistas a aumentar o poder de negociação dos usuários de saúde mental nas decisões referentes ao seu tratamento, em especial o medicamentoso (FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020, p. 1).

O projeto deu espaço para uma pesquisa multicêntrica marcada não por uma simples tradução da estratégia utilizada em Quebec, mas pela construção de uma versão, buscando por uma adequação que contemplasse o contexto social e político brasileiro, considerando a cidadania e a autonomia dos sujeitos envolvidos: pesquisadores, serviços, residentes, trabalhadores e usuários de diferentes regiões do país, trazendo de forma vívida e ampla o contexto brasileiro. Reconhece-se a relação da composição da GAM com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois foi na e pela Reforma que se constituiu toda a proposição de uma rede de cuidados da e para a saúde mental.

Algo inerente à Reforma e à GAM se refere aos princípios que os regem, dentre os quais destacamos o princípio do controle social das ações, pois “impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva” (BRASIL, 2005a, p. 25). Por meio desse princípio, instituiu-se a cogestão dos processos de cuidado em diferentes serviços de saúde. A cogestão se fez viva na composição da GAM, pois se produziu incluindo novos sujeitos a cada processo, reforçando-se nas diversas experiências produzidas com essa Estratégia haja vista ser é um mapa aberto, que se constitui nas relações, afinal:

Cogestão expressa, ao mesmo tempo, inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios e alteração das tarefas da gestão, que incorpora também função de análise institucional, de contextos e da política, função de formulação, portanto de exercício crítico-criativo e função pedagógica (BRASIL, 2009, p. 30).

Ainda entre os princípios da Reforma Psiquiátrica, é impossível não destacar a importância da articulação da rede a fim de expressar e de reforçar que as políticas de saúde mental tomam a compreensão de que é por meio das conexões estabelecidas entre serviços e equipamentos da cidade como um todo que se promovem a inclusão, a autonomia e a cidadania (BRASIL, 2009).

A compreensão se desenha no exercício da GAM. Sua produção se fez nessa articulação em rede, contribuindo para e com a desinstitucionalização dos sujeitos antes “tratados” em manicômios. Dessa forma, a saúde mental como um todo passa a contar com uma rede de cuidados em saúde composta por Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, bem como a abertura para a cogestão e, principalmente, a promoção do protagonismo e da autonomia dos usuários em seus espaços de cuidado.

No entanto, reconhecemos, infelizmente, haver, ainda, manicômios (WERNER; FREITAS; BEDIN-DA-COSTA, 2017), existirem projetos de desinstitucionalização estanques diante de enfrentamentos políticos, e, além disso, apesar de movimentos e de espaços, oferecerem-se o tratamento e o acompanhamento em diversos serviços de saúde mental antimanicomiais, muitas vezes, atrelados ao uso de medicamentos conforme a própria Estratégia GAM explícita:

No Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica e da criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Residências Terapêuticas e Centros de Convivência, alguns grupos têm produzido questionamentos sobre o uso dos medicamentos psiquiátricos. Algumas pesquisas mostraram que a oferta de tratamentos em saúde mental é, muitas vezes, apenas oferta de medicamentos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012, p. 9).

Por isso a pertinência de se pensarem estratégias para ampliar o diálogo não apenas sobre medicamento, mas sobre cuidado em saúde mental e em gestão do cuidado, gestão essa que é compartilhada, que é em rede. Retomando a composição da linha do tempo da produção da GAM, ressalta-se que foi a partir de uma pesquisa-intervenção qualitativa em diferentes cidades do Brasil que grupos de usuários dos serviços de saúde mental passaram a ser protagonistas, colocando em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Esses grupos experienciaram o uso da estratégia traduzida e adaptada do formato canadense e, com isso, ampliaram-se os diálogos, e o Guia GAM-BR começou a tomar forma, entendendo, principalmente, que o “melhor tratamento se faz em uma composição entre saberes do usuário e da equipe de referência, numa gestão compartilhada do cuidado” (ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2012, p. 2891), ou seja, o melhor tratamento se faz em rede, e assim se fez a GAM-BR.

Sua elaboração, validação e utilização propiciaram espaços de fala entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores com consequências clínico-ético-políticas de reafirmação de direito à cidadania, do agir em cogestão e de afirmação de singularidades. Espaços e consequências os quais propomos que se multipliquem (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012, p. 3).

A participação dos usuários na composição da estratégia GAM brasileira evidencia a potência dos sujeitos como redes vivas, fortalecendo suas próprias redes, entrelaçando e produzindo outras. Durante todo o percurso da pesquisa para a composição da GAM e do olhar para o cuidado em saúde, a importância desses aspectos foi ganhando força:

A pesquisa levou-nos à constatação de que ainda são necessárias mudanças nas práticas em saúde mental, especialmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento. Estimular a autonomia e o poder de agir dos usuários e mobilizá-los para que descubram ou redescubram seus interesses e desejos, segue sendo um desafio para o cuidado em saúde mental – um cuidado

¹ São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os âmbitos de atenção no sistema; a igualdade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e sociedades ou associações profissionais ou científicas (BRASIL, 2005b).

cujas principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012, p. 2897, grifos nossos).

Ao trazermos essa análise para as reflexões deste artigo, atravessada pelo olhar da educação, percebemos que os desafios da saúde mental salientados são também da educação, pois seguimos buscando uma educação para sujeitos cujas preocupações deixem de ser suas dificuldades, seus corpos, seus possíveis diagnósticos, o uso de medicação, seus processos de aprender e desenvolver-se que lhes são singulares. Com isso, reafirmamos o quanto a educação e a saúde estão imbricadas inclusive sobre os desafios de educar e de cuidar.

Em 2013, a Gam-BR em sua versão física se estrutura e é disponibilizada. Dessa maneira, novas pesquisas e experiências acerca do tema passam a ser produzidas e proporcionadas em diferentes estados brasileiros, assim como se formam novos grupos. Destacamos os movimentos do Rio Grande do Sul, onde o guia é impresso com o apoio da Secretaria da Saúde do Estado da época e distribuído para a rede de serviços em saúde mental. Nessa socialização e distribuição do Guia, um cuidado era e permanece importante para o uso e a proposição do Guia GAM: não o tornar prescritivo.

Diante da vasta dimensão que a GAM começou a ocupar no território brasileiro, a produção de outro guia se fez pertinente: o Guia de Apoio a Moderadores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014), o qual objetiva auxiliar moderadores de grupos GAM, apresentando dicas e caminhos, deixando pistas, possibilidades, como um mapa.

Este documento não é um “manual para GAM”. Pelo contrário: são pistas, sugestões, dicas e orientações a partir da experiência vivida, que podem ajudar você a, considerando o contexto local, criar seu próprio caminho – flexível, adaptável, e partindo sempre do diálogo com os participantes do Grupo (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014, p. 9).

Além disso, o Guia de Apoio coloca em forte destaque os princípios básicos que produziram, orientam e regem a GAM: a autonomia e a cogestão.

Autonomia, para esse movimento, significa *estar em relação com os outros*, e não sozinho. Para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar, umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos: para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. [...] A GAM aposta no valor das *conversas para decidir juntos* [...] o melhor plano de tratamento para cada um; isso é uma gestão juntos, ou *cogestão* (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2014, p. 10,11, grifos nossos).

A forma como esses princípios perpassam toda a composição desse documento e da GAM é preciosa e acessível, proporcionando ao leitor a compreensão da importância de garantir essas concepções em uma proposta de grupo GAM. Conforme trazemos as pistas da história e a capacidade inventiva da Estratégia, percebemos que não há exatamente uma estruturação histórica da GAM, tampouco uma finalização possível. Ela é ramificada, novas pesquisas e ações começaram e seguem sendo produzidas, afinal, esse é também um dos objetivos da GAM: a multiplicação de espaços, redes, grupos, inventos com todos os atores envolvidos.

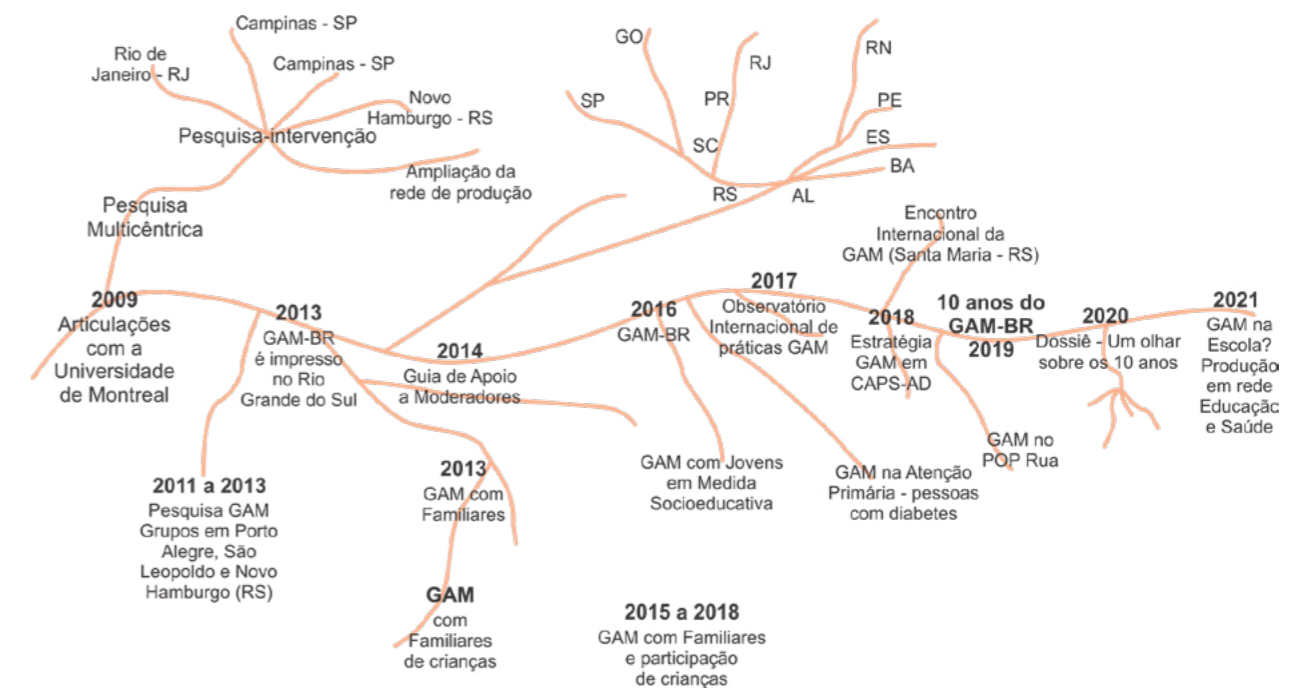
O GGAM-BR resultou de uma construção coletiva, em que se somaram a trajetória do grupo canadense e a dos diversos grupos de pesquisa brasileiros participantes, em interlocução com gestores, trabalhadores, residentes, usuários e seus familiares. Pretendemos que o seu uso siga ocorrendo junto aos serviços e em grupo, na perspectiva de participação ativa de todos os envolvidos, convocando ao diálogo os seus diversos atores (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012, p. 977).

A Estratégia passou a ser proposta com grupos diversos, sendo reinventada a cada novo agenciamento. Para ilustrar a ramificação da estratégia GAM pelo Brasil, apresentamos a seguir uma linha-mapa produzida a partir da busca² nas plataformas: Banco de Teses e Dissertações, SciELO, Observatório Internacional das Práticas GAM³ e do diálogo com diferentes atores envolvidos em experiências GAM.

² Palavras-chave utilizadas: Gestão Autônoma da Medicação; Guia da Gestão Autônoma da Medicação; Gestão Compartilhada da Medicação; Guia GAM; GAM-BR; GAM. Havendo maior incidência com “Gestão Autônoma da Medicação” e repetição de produções ao utilizar os demais termos.

³ Informações disponíveis em: <https://observatoriogam.org/sobre/>. Acesso em: 05 out. 2020.

Figura 1 - Linha-mapa do contexto histórico da GAM.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Conforme é possível observar na linha-mapa, a qual destaca a história, as produções e os caminhos da GAM, são muitos os lugares que ela vem habitando. São 10 anos desde as articulações, estendendo-se por diferentes regiões do Brasil, evidenciando discussões que vão para além da medicação – embora carregue a palavra em sua nomenclatura – não sendo apenas sobre ela que a Estratégia proporciona a Gestão Autônoma. Aspecto o qual diferentes pesquisas sinalizam, destacando potências de movimentos, articulações, produções e diálogos dos (e com) sujeitos envolvidos em grupos GAM acerca de suas relações, redes, escolhas, cuidado, educação, produção de vida. A partir disso e da compreensão de que a ramificação ilustrada é muito mais ampla, propomos seguir esse diálogo com o olhar da Educação.

GAM e educação: articulações

Com a intenção de provocar a reflexão sobre a articulação da educação com a GAM, traremos apontamentos de experiências e de pesquisas as quais reforçam a importância e a presença constante da escola na produção

de cuidado, de educação e de rede. A percepção da pertinência desses engendramentos só se tornou possível pela abertura da escuta que a Estratégia proporciona. Em uma experiência GAM com famílias, em contexto da saúde, uma cena chama atenção. Entre diversos elementos analisadores, a mãe traz seu olhar referente às escolas do filho e dá evidências dos movimentos na e da escola:

[...] cultivávamos brechas, um outro lado do ponto, que nos permitia reposicionar no grupo, como quando um dos familiares trazia a comparação entre a “antiga escola” e a “atual escola” que seu filho estuda. [...] Em um encontro do grupo GAM ela nos conta do interesse de um professor de português em cuidar. Este professor diz à mãe que em sua aula não precisaria de estagiário, pois ele se responsabilizaria pela criança. Inclusive ela (a mãe), também não precisaria estar ali nestes momentos. Viva! Produziu-se um deslocamento [na relação!]. Uma relação de cuidado que escapou aos especialismos e que ampliou a rede de apoio, pois essa criança que antes só tinha como se apoiar na mãe, passa agora a ter mais atores em sua rede de apoio, o que por sua vez implica a ampliação da rede de relações (FERREIRA, 2016, p. 100).

A rede de relações implicadas ali é da educação, pois é o professor se (re) posicionando junto à criança e à família. No entanto, não é somente isso, mas também é da saúde na medida em que as percepções e o colocar esse ponto na palavra e em análise para essa família só se tornou possível pelo grupo GAM, o qual os profissionais compunham, escutando-a, (em)prestando atenção, percebendo a necessidade de olhar para essa rede, de ampliá-la.

Destacamos, igualmente, os apontamentos de Caliman e César (2020). As autoras apresentam a trajetória da Estratégia GAM com famílias e crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i) no Estado do Espírito Santo/ES.

Dimensionamos essa experiência como inauguradora de outros domínios de intervenção da GAM, especialmente no que toca a saúde mental infantojuvenil, compreendendo que tal abertura coloca em relevo o potencial desta estratégia e também o seu maior desafio: a capacidade de ser reinventada a cada experiência situada. *Construir aberturas da/com a GAM nos indica que a diretriz dessa Estratégia é produzir aberturas lá onde as saídas parecem estar obstruídas* (CALIMAN; CÉSAR, 2020, p. 168, grifo nosso).

De antemão, identificamos a relevância da intervenção e da sua potência ao ser ofertada ao público infantojuvenil e suas famílias. Reforçamos, também, que além desses sujeitos circularem em serviços de saúde, habitam, produzem e constituem os espaços escolares, onde muitas vezes há uma maior necessidade de produzir aberturas – para a escuta, para o aprender, para as relações.

As autoras explicam que historicamente as escolhas e as indicações das crianças são desqualificadas. E ao se tratar de um sujeito que recebe um diagnóstico e faz uso de algum medicamento, “a criança é duplamente objetificada: pelo estigma do adoecimento e pela infantilização sofrida por ser criança” (CALIMAN; CÉSAR, 2020, p. 169). Aspecto que deve ser pensado no contexto da educação: estamos escutando nossas crianças e jovens?

A experiência da GAM no Caps i (CALIMAN, 2020) traz pistas sobre o protagonismo infantil e, mais do que isso, a coerência com os princípios da estratégia GAM. Os autores contam que iniciaram o grupo com as famílias e, na tentativa de aproximar as crianças, solicitaram-lhes que respondessem às questões do Guia como se “fossem crianças”: “[...] muitos familiares ao se perguntarem como a criança responderia às questões propostas pelo Guia GAM perceberam que ‘era difícil dizer por elas, pois elas pensam diferente, de uma forma diferente’ [...]” (CALIMAN; CÉSAR, 2020, p. 172).

A experiência fortalece a necessidade de realmente ouvirmos essa forma diferente de responder às perguntas. As autoras relatam outros indicativos e formas de trazer para a discussão as palavras das infâncias. Assim, propôs-se uma oficina com as crianças e, conforme um contexto escolar, a escuta se deu de diferentes formas e em momentos diversos, no quais “a experiência da oficina foi ressaltando que as crianças encontram modos improváveis de palavra, performatizando mais que verbalizando o que sentem e o que desejam” (p. 176).

Se, na intervenção em um espaço instituído da saúde, com a qual se objetivou acessar a experiência com o uso de medicamentos, as crianças colocaram em foco suas próprias performidades e devires, o que elas podem nos dizer sobre seus processos de educação? Não estamos propondo que se estabeleçam grupos GAM no espaço escolar (embora possa ser potente e tomemos isso como intenção de pesquisa futura⁴), estamos propondo que estejamos, enquanto educadores, abertos à reflexão dessa articulação da

⁴ Proposição em Projeto de Tese em andamento.

educação e da saúde, dos processos de educar e de cuidar em uma dimensão fundamentada nos princípios da autonomia e da cogestão oferecidas pela GAM. Para compor, ressaltamos uma fala de Caliman (2020) ao ser questionada sobre essa relação:

[...] durante os quase 3 anos que a gente teve no Caps i com esses familiares, semanalmente, nem uma vez, nem um encontro do grupo GAM a gente não falou da escola, **a escola sempre esteve presente**, isso é uma coisa importante para a gente ter no cenário, não para dizer que a escola é responsável por isso ou tem alguma culpa nisso, **mas pra dizer da importância de incluir a escola nessa conversa**.

A provocação que se evidencia aqui é de percebermos que a escola já está na conversa, afinal os sujeitos-alunos e os familiares acionam, falam, indicam, precisam, produzem. Mas de que outras formas poderíamos ampliar e potencializar essa articulação da GAM com a Escola? Ou seria da Saúde com a Educação?

Provocações finais

Dentre tantos olhares, produções e articulação, o que mais precisa ser destacado é a percepção do quanto não é necessário falar de medicamento, consulta, doença ou diagnóstico para falar de saúde. Também não é preciso falar de provas, notas ou sala de aula para falar de educação. Fundamentalmente, destacamos que educação e saúde podem se entrelaçar nos discursos, nas ideias, nas reflexões, nas redes, evidenciando a necessidade de ampliarmos essa conversa que a GAM oferece, garantindo o protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Para seguir oferecendo a abertura de uma tessitura reflexiva sobre a GAM com a Educação, reforçamos, ao leitor, a compreensão do que entendemos e vislumbramos desde a escola: território, educativo, inclusivo, aberto, onde muros são telas artísticas, dentro e fora, onde mesas, cadeiras, educadores abrem-se, movimentam-se para a produção de lugares, histórias, diferenças e *aprendências* de todos e todas.

[...] continuamos precisando defender uma escola para todos(as), com todos(as) e sobre todos(as). Porque nossa humanidade não é e não quer ser homogênea, amálgama de tecidos humanos, tampouco coletânea de diagnósticos, de fragmentos objetificantes de identidades equivalentes a classificações patológicas. Porque a escola deve reconhecer nossa humanidade plural, reflexiva, tornando-se potente para sustentar as diferenças que nos tornam sujeitos igualmente humanos, a partir de nossas distintas experiências sensoriais, comunicacionais, cognitivas, afetivas (ANGELUCCI, 2015, p. 18).

Entender a escola nessa dimensão não declara que ela seja, mas traz a possibilidade de ser. É por acreditarmos na potência – e na necessidade – de sustentarmos as diferenças sinalizadas pela autora, bem como as produções e as conexões dos sujeitos-alunos, que se faz pertinente pensarmos a GAM como estratégia para a reflexão na educação com a primeira finalidade/desejo de contribuir para um território educativo inclusivo.

Com o intuito de finalizarmos a provocação sobre a relação da GAM com a educação, retomamos uma das perguntas propostas pela Estratégia: “O que você precisa para viver?” (GAM, 2012, p. 38). Essa pergunta amplia o olhar para si e seu entorno e pode gerar muitas discussões nos grupos GAM por justamente colocar em reflexão a forma singular de viver, pois deixam-se de lado as prescrições recorrentes dos diferentes espaços e reflete-se sobre seus desejos, abre-se para isso. A proposição é tomar emprestado essa possibilidade para o contexto da educação a fim de deixarmos de lado as prescrições da escola e das formas pré-estabelecidas do aprender, perguntando aos nossos alunos e nossas alunas: *O que você precisa para aprender?*

Essa questão já se deu em outros contextos, mas trazemos o questionamento a partir da perspectiva e dos princípios da GAM. Estamos certas de que, ao levar tal questão (e abrir a possibilidade de outras proposições do Guia) para sujeitos-alunos, oportuniza-se uma reflexão singular a qual se faz junto com outros. Na tessitura de um contexto de sala de aula, é oferecer o protagonismo quanto ao seu próprio processo de aprendizado, pensar sobre si nessa relação com os outros – colegas, professores, familiares – sendo isso autonomia e cogestão, sendo a provocação e a produção de uma gestão autônoma da educação.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALIMAN, Luciana Vieira; CÉSAR, Janaína Mariano. A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 166-188, 6 jul. 2020.

CALIMAN, Luciana. Fármacos, remédios e medicamentos I: o que a Educação tem com isso? Atividade de Ensino do Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS. **Aula ministrada em 19 de setembro de 2020**. Gravação autorizada.

FERREIRA, Joyce Paula de Souza. **Memórias de uma viagem cartográfica: a Gestão Autônoma da Medicação e o exercício do cuidado no Caps i de Vitória**. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

FERRER, Ana Luísa; PALOMBINI, Analice de Lima; AZAMBUJA, Marcos Adegade. Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 1-8, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PALOMBINI, Analice de Lima; EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes Maria; SERPA JUNIOR, Octavio Domont; MARQUES, Cecília de Castro e; GONÇALVES, Laura Lamas Martins. Adaptação multicêntrica do guia para a Gestão Autônoma da Medicação. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 43, p. 967-980, out./dez. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação – GAM: guia de apoio a moderadores**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 04 jan. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 04 jan. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; ANDRADE, Paula Milward de; BORGES, Luana Ribeiro. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013.

PASSOS, Eduardo; SADE, Christian; MACERATA, Iacã. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 6-13, out./dez. 2019.

WERNER, Sheyla; FREITAS, Cláudia; BEDIN-DA-COSTA, Luciano. O hospício e o fora: um olhar pedagógico entre dores e amores. *In: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer; FAJARDO, Ananyr Porto; DALLEGRAVE, Daniela; ROSSONI, Eloá; PASINI, Vera Lucia; SONAGLIO, Rafael Garcia (Org.). Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 35-54.

TERRITÓRIOS DE ESCUA, PRESENÇA E AFIRMAÇÃO DA VIDA

3

Educação, saúde e desejo:
afeto e prazer no trabalho

Medicalização e patologização do sofrimento docente

Medicalização no ambiente escolar:
neoliberalismo, neofascismo e a produção de presença

**Modos de narrar a experiência de pesquisar com
crianças na atenção psicossocial**

Por uma pedagogia do ver/chão:
os deslimites de uma educação em saúde

Educação, saúde e desejo: afeto e prazer no trabalho

Guilherme de Souza Müller; Adrise Ferreira de
Souza

[...] essa sociedade de mercado em que vivemos só considera o ser humano útil quando está produzindo. Com o avanço do capitalismo foram criados os instrumentos de deixar viver e de fazer morrer: quando o indivíduo pára de produzir, passa a ser uma despesa. Ou você produz as condições para se manter vivo ou produz as condições para morrer (KRENAK, 2020, p. 87).

Introdução

A presente análise tem como perspectiva deslocar o olhar do sofrimento e introduzir o tema da ausência do prazer no trabalho em educação, assim como na saúde. Ambas as áreas passam por um processo de precarização, em especial no serviço público. Para os trabalhadores desses serviços, a ausência do prazer e o sofrimento contínuo advêm da desvalorização profissional e dos baixos salários, acrescidos por jornadas de trabalho massivas, além da insuficiente infraestrutura para processos rotineiros e ainda mais para processos criativos. Chama atenção a inexistência de recursos para intervenções mediadas por tecnologias digitais ou sob protocolos de prevenção durante a pandemia de Covid-19. Somado a isso, destaca-se a despotencialização dos encontros e redes, os graves problemas de saúde mental relacionados com o trabalho, a medicalização quase descontrolada de sintomas, de sofrimentos difusos e da sensação de desamparo. Propomos como chave de interpretação a ausência do prazer ou a redução das paixões alegres (SPINOZA, 2013).

Para estabelecer o que se entende aqui por prazer ou paixões alegres, recorreremos brevemente a Spinoza. Em meados do século XVII, o filósofo deixou de encarar os afetos como vícios, mas como propriedades da natureza humana. Ele percebe que não devemos tratar a ira, o ódio, o amor ou a inveja, entre outras emoções, como comoções do ânimo, mas como *afectos* com origem e efeitos. Spinoza (2013), na terceira parte do livro “Ética”, propõe uma teoria dos afetos e demonstra que estes são forças que nos fortalecem ou enfraquecem, aquilo que nos fortalece vem como alegria, aquilo que nos

enfraquece vem como tristeza. Enquanto a alegria é o ganho ou o modo positivo da potência gerada por uma afecção (abertura ao que nos toca, nos passa), a tristeza é a perda, o modo negativo da potência gerado por uma afecção (menos mobilidade, menos dinâmica, horizonte que se contrai). Portanto, o prazer no trabalho (ou na vida) é a constituição dessas afecções ou desses diversos encontros que geram em nós um ganho de potência. No caso do sofrimento, reconhecemos o somatório de encontros tristes, da despotencialização e da negação da força afirmativa da existência.

O trabalho seja na educação, seja na saúde impõe uma intensidade no campo dos encontros, pois o aprendizado e o cuidado são sempre relacionais, relações eu-outrem. Outrem são indivíduos e coletivos, a diversidade e as comunidades de afeto, a interação com humanos, não humanos, animais, coisas, eventos. Outrem, conforme Henz, “como abertura de mundos possíveis”. O autor pergunta: “quem é outrem?” Responde: “esse corpo, essa alma com suas virtualidades, pois são os corpos que trazem seus encontros com corpos” (HENZ, 2012, p. 22). A função profissional de educadores e cuidadores precede a própria potência de afetar e ser afetado no encontro com o aluno/paciente, mas, conforme salienta Rolnik, “afetos só ganham espessura de real quando se efetua” (ROLNIK, 2016, p. 31).

Perde-se potência e ossifica-se o profissional quando enquadrado/esquadrinhado nas formas estabelecidas de aprendizado ou cuidado, tanto fragmentárias como sustentadas no modelo biomédico, ou nas metodologias pré-dadas tanto embasadas na ciência como acríticas. O modelo biomédico impõe uma organização de trabalho irreflexiva, assim como à escola se viu, no Brasil, uma proposta igual, designada como “escola sem partido”. Nesses projetos políticos de organização da escola e dos serviços de saúde, centra-se o ensino ou a terapêutica como prescrição, em detrimento de um ensinar e um atender centrados em interação, gestão autônoma e encontro (AMORIM; CHARNEY; CECCIM, 2014). A desqualificação desses laços, tanto em sala de aula como nas salas de atendimento em saúde, limita o cuidado ou aprendizado ao afeto de sujeição ao outro, reduzindo o campo de afecção aos afetos débeis, não à invenção/criação.

No âmbito escolar, lugar precípuo à composição de coletivos de amizade e comunidades de aprendizagem, a liberdade de criar é cerceada pela imposição de rótulos, preconceitos e estigmas, além da imposição de valores das próprias famílias e professores provenientes de religiões professadas como agência

da cultura e agência da vida com todos os outros. Krenak (2020) faz críticas severas à educação conservadora em geral, sugerindo que aquilo chamam de educação tem sido, “na verdade, uma ofensa à liberdade de pensamento” (p. 101) e concordamos com Deligny (2018) quando diz que “o verdadeiro educador é um *criador de circunstâncias*, capaz de fabricar um novo *meio* para o inadaptado (p. 11). Assim, colocamos a atividade docente como aquela que interpela os discentes em busca de comunidades de aprendizagem, inclusivas e diversas, como quando há liberdade de criação (para que a aula seja realizada). Sobre suas aulas e cursos, Deleuze (2013) comenta que estes deveriam funcionar como um laboratório de pesquisas, no qual se ampliassem as perspectivas sobre aquilo que se busca e não sobre aquilo que se sabe. A dimensão do exercício pedagógico como um exercício laboratorial é crucial para fugir das práticas representacionais e reprodutoras do aprendizado a partir dos mesmos livros, vídeos, planos e programas diários.

A pandemia de Covid-19, que teve início na vida dos brasileiros a partir de março de 2020, provocou mudança das formas de viver em face da brutal perturbação do cotidiano. Teve-se que olhar para si, reinventar-se, reconfigurar-se. Em muitos lares, os agrupamentos familiares estabeleceram uma nova forma de convívio. Resgatou-se práticas de conexão corporal, como a ioga, a dança, a música, as práticas meditativas e as intervenções artísticas. Resgatou-se a relação com a casa, com os filhos, com a jardinagem e com o preparo de alimentos. Esse momento doloroso também serviu para perceber com mais clareza os abismos sociais, ditando quem poderia fazer isolamento e quem não teria essa opção.

No caso dos cuidadores em saúde que trabalharam e trabalham no enfrentamento da Covid-19, percebe-se o cansaço e a exaustão nas “linhas de frente”, a convivência com a morte e o risco de morte efetivamente cotidiano. No caso dos educadores escolares, percebe-se o desamparo e aturdimiento, estando em casa com os filhos, a serem acompanhados em tarefas também de escola, de estimulação cognitiva e ocupação criativa do tempo, e, mesmo assim, alocarem disponibilidade para preparar e ministrar aulas aos seus alunos. Além de estimular e propor a gestão do tempo à distância para aqueles alunos com acesso a recursos digitais e para outros sem as mesmas possibilidades, detectar dificuldades e singularidades de aprendizagem por meio de tarefas e não das demonstrações afetivas em ato e sob interação/intervenção. Ainda a consciência de que alunos com variados “diagnósticos” requereriam a “criação de circunstâncias” e todas elas em distanciamento social.

Deleuze (2010) refere que o esgotado é mais que o cansado. O cansado não consegue mais realizar uma determinada atividade, enquanto o esgotado não consegue possibilitar. O primeiro esgota a realização, enquanto o outro esgota o possível. O esgotamento beira a ausência de potência, portanto é imprescindível repensar as práticas de trabalho e o cuidado de si. Evidente que a pandemia tem ocasionado muitos transtornos, luto e sofrimento, entretanto ela tem forçado essa autorreflexão individual da vida em contrapartida ao modelo produtivo e econômico. A reconfiguração do ser e estar, do existir e resistir.

Ausência do prazer e sofrimento no trabalho

Tanto a educação, quanto a saúde são setores historicamente negligenciados dentre as políticas públicas. A falta de olhares éticos e sensíveis fazem com que ambos sejam recorrentemente preteridos em investimentos públicos. Todavia são as áreas com maior apelo da população e, por conseguinte, as prioritárias no discurso de plataformas políticas de governantes e candidatos. Entre discursos e a prática, a educação e a saúde públicas seguem com problemas históricos de infraestrutura e com falta de investimentos, profissionais muitas vezes obrigados a dobrar sua carga horária em mais de um emprego ou conciliar o trabalho com uma especialização ou superior formação. Em outros momentos, precisam fazer acordos institucionais como licenças ou redução salarial. Há precarização dos vínculos de trabalho, impossibilidade de redes intersetoriais locais apoiadas por iniciativas governamentais e modelos de gestão pouco democráticos.

Para aprofundar os motivos causadores da ausência do prazer e sofrimento no trabalho, um método reconhecido de avaliação laboral é a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST). Esse instrumento fornece dois fatores de prazer (liberdade de expressão e realização profissional); e dois fatores de sofrimento (esgotamento profissional e falta de reconhecimento). Através desse método, um estudo realizado por Dalmolin et al. (2020) entrevistou trabalhadores de 34 equipes de saúde de âmbito territorial (Atenção Básica). Como resultados, o indicador de fator de prazer no trabalho foi considerado crítico no item realização profissional, agravado naqueles profissionais com até cinco anos de formados. Apesar da controvérsia com outras literaturas, os autores evidenciaram que esse fato poderia estar ligado às expectativas criadas por esses profissionais em sua formação confrontados agora com a carga de sofrimento e exaustão contínua.

Dentre os fatores de sofrimento, os dois itens, esgotamento profissional e falta de reconhecimento, também foram considerados críticos. O estudo chamou atenção para o agravamento desses fatores entre as mulheres, profissionais agentes comunitários de saúde (ACS) e acidentes de trabalho. Com isso, revelou elementos de opressão de gênero e correspondente despotencialização, além da desvalorização do trabalho em equipe no papel dos ACS. Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016) problematizaram, através de coletivos de discussão com doze grupos de ACS, a desvalorização da categoria na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais referem no estudo a horizontalidade como apenas presente em discurso e na descrição das políticas públicas, mas não incluídas na valorização salarial e do seu fazer. Além disso, o modelo hierárquico obriga o profissional a ser “transmissor” das informações das comunidades para os profissionais de nível superior, não tendo a natureza do trabalho reconhecida no impacto à saúde da população.

Em outro estudo, também avaliado pelo método EIPST, Vilela et al. (2013) aplicaram a escala em 52 professores de uma Faculdade de Educação em uma universidade pública em Minas Gerais. Os autores traçaram um panorama das transformações na educação, dentre as quais a alta intensidade de trabalho e o método gerencial de produtividade respondendo por grande parte das doenças físicas e psíquicas do grupo. Também reiteraram o aspecto coletivo do trabalho e não apenas o individual, pois há que se relacionar com uma hierarquia institucional, ao mesmo tempo que com colegas e o cuidado a outras pessoas para quem se trabalha. A valorização social da categoria também estava relacionada diretamente com o prazer/sofrimento no trabalho. Vilela et al. (2013) concluem por um predomínio dos fatores de prazer e um nível moderado para o sofrimento no trabalho. Entre os itens mais recorrentes no sofrimento, está a falta de valorização e reconhecimento. Os principais fatores de prazer são a liberdade para executar o trabalho, orgulho do que fazem, autonomia didática, uso da criatividade e a aprendizagem do próprio fazer.

A liberdade e a autonomia também são cruciais para a aprendizagem inventiva. Como ensina Virgínia Kastrup (2001), não há transmissão de informação, somente zonas moleculares de sintonia mestre-aprendiz. São espaços onde se faz circular afetos. A docência, assim como a arte, são uma espécie de atrator desses afetos. Não são promotores de espaços estáveis, pelo contrário, estimulam encontros imprevisíveis, provocadores e inventivos.

Outra discussão atual no cenário do trabalho em educação é a do ensino à distância ou ensino remoto como possibilidades pedagógicas dominantes. O ensino presencial, mesmo que deficitário de investimentos e transformações necessárias, ainda é o modelo menos desigual. Mesmo antes da pandemia de Covid-19 se falava na implementação da proposta de educação domiciliar, ou homeschooling. Essa proposta, aclamada no atual governo federal, representa uma estratégia de domesticar os corpos dos alunos e vigiar os professores e suas ações pedagógicas. Trata-se de uma ferramenta que acentua a desigualdade entre os estudantes das diversas camadas sociais, de modo que somente alguns teriam a infraestrutura mínima para o aprendizado e a interação social e simbólica resta adicional. Essa discrepância segue após o fim do ciclo estudantil com o exame único, como no caso do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM, que mede os conhecimentos dos alunos e baliza quem entra nas universidades.

Em menos de um ano do exercício forçado de educação à distância “para todos” durante a pandemia, percebeu-se o quão desgastante e emocionalmente frustrante se apresenta tal modelo. Professores exercendo jornadas maiores do que seus contratos preveem, tendo que aprender a lidar com inúmeras plataformas e inserir conteúdos de forma distinta da sala de aula, para que os alunos tenham um conteúdo atraente e acessível em meio digital. Além disso, ficou nítida a carência das estruturas para entregar o mínimo às crianças, jovens e adultos estudantes. O poder ter acesso a um ambiente adequado, à Internet, a um aparelho celular ou a um computador decidiu quem seria incluído no que pela constituição seria direito inalienável. Além disso, a pressão psicológica exercida pelos governantes a cada atualização dos números da pandemia trazia ansiedade e insegurança a todos. As datas de previsão de retorno às aulas foram estabelecidas inúmeras vezes pelas autoridades, sem qualquer consulta aos interesses dos docentes e alunos. O corpo vivo sempre preterido e em detrimento dos interesses produtivos e/ou politikeiros.

Além da proposição de modelos de políticas públicas fragmentadas e centrados em crenças difusas e ideologias, as áreas da saúde e da educação têm sofrido com decisões sobre políticas fiscais, como foi o caso da publicação da Emenda Constitucional nº 95 no governo Michel Temer, também conhecida como PEC do Teto de Gastos ou PEC da Morte. Ela definiu o congelamento dos investimentos nessas áreas por 20 anos. Dessa forma, o sucateamento dos serviços públicos só pode ser agravado.

Tal deterioração do setor e seus serviços condiciona o trabalhador a buscar alternativas de redução desses danos e novas fontes de desejo. É nesse cenário de vulnerabilização que alguns processos de sujeição acometem com intensidade esses profissionais. Pode-se destacar o uso frequente de fármacos e a busca por métodos milagrosos que tragam alegria e felicidade no trabalho. Não por coincidência, as terapias integrativas e complementares se difundiram e os livros de autoajuda saíram das estantes e ganharam destaques em pontos estratégicos no interior das livrarias. São títulos sedutores e pontuais referentes aos diversos problemas enfrentados como a busca por dinheiro, sucesso na carreira, bem-estar com a família, como adquirir um corpo perfeito etc. Esse estilo literário já é predominante no Brasil e se utiliza dos cotidianos exaustivos para propor soluções fáceis e rápidas promoções de prazer e bem-estar (ilusão de alegria). Da mesma forma, há um aumento exponencial na procura e na formação dos chamados coachings, que são motivadores que oferecem palestras e ajudas a pessoas e empresas para solucionar as carências motivacionais (afetivas) com um método de passo a passo e técnicas comuns para todos.

Em contrapartida, vê-se também o aumento da literatura que conclama desacelerar sob a perspectiva do fruir. Esses títulos apresentam a importância de suspender o utilitarismo, as dinâmicas do “fazer para” e questionam o modelo social capitalista/produtivista, a exemplo de “A utilidade do inútil: um manifesto”, de Nuccio Ordine, “Ideias para adiar o fim do mundo” e a mais recente “A vida não é útil”, ambos de Ailton Krenak, um autor indígena brasileiro, eleito o intelectual do ano de 2020, com produções que questionam os valores humanos e a falta de empatia para com todas as formas de vida. Krenak (2020) conta que nosso tempo é especialista em criar ausências e é intolerante com quem vive o prazer de cantar, dançar e estar vivo. É um descolar da terra e negar a existência da diversidade, oferecendo um cardápio de vida único. Pelo impacto direto do seu povo com a destruição causada pelo rompimento das barragens em Minas Gerais, tornou-se uma das grandes vozes em prol da implicação humana nas causas ambientais e do estar no mundo. Também questiona os modos recentes de ser e agir diante da pandemia pelo novo coronavírus. Sinaliza alguma – mínima – esperança como estratégia ao fruir da vida ao invés de usufruir e/ou tirar proveito e ganhar vantagem explorando o que resta da potência da Terra. Krenak conclui que a vida não tem utilidade, ela é fruição. Ela é uma dança cósmica que a gente quer reduzir a uma coreografia utilitária e ridícula.

As consequências da queda do desejo

Lazzarotto e Carvalho (2012) referem que o percurso expressivo do sujeito em experimentar afetos enuncia outras formas de agir. É justamente essa potência de agir através da força ativa que permite a expansão da vida. Por outro lado, a redução da potência e do desejo em afetar e ser afetado pelo mundo e a redução da vontade de agir constituem os ensejos para a ausência do prazer. Rolnik (2016) nos diz que os desejos em absoluto funcionamento são uma fabricação incansável do mundo. As consequências da queda do desejo são a reprodução contínua desse ciclo e possíveis depressões e outros transtornos mentais recorrentes no trabalho.

O contemporâneo até aqui analisado repercute no uso progressivo de medicamentos psicotrópicos segundo uma epidemia de diagnósticos clínicos que contribuem para manipular e desestruturar as sensações humanas, revelando-se não terapêuticas em relação à vida e despotencializadoras. É fato que essa intervenção de medicamentos através do investimento maciço nas subjetividades, patrocinada pelas grandes indústrias e chancelada por um modelo medicalizante tem contribuído para “apagar” ou “amenizar” emoções vivas. O sofrimento leva à busca pela clínica do sofrimento, antes que este seja detectado como uma paixão triste (captura do desejo) sobrevém a terapêutica que faz a gestão do desejo capturado, ao invés da promoção de uma liberdade do desejo ou a promoção de um cuidado em e para a liberdade da invenção de si e de mundo.

Este é um fenômeno que circunscreve tanto a ecologia das relações sociais, quanto da subjetividade humana e diante do caos instaurado nos modos de vida e padrões de trabalho. Félix Guattari alertava: “são blocos inteiros da subjetividade coletiva que se afundam ou se encarquilham em arcaísmos” (GUATTARI, 1990, p. 9). De maneira que se produz um corpo sem sensações e desejo, mas que cumpre o papel produtivo em detrimento de um corpo que sinta, que vibre, que chore e que tenha prazer. A ordem do utilitário em detrimento da ordem da fruição, sedação da criação e da expressão daquilo que nos é nato, as emoções.

A captura contínua e subjetiva do desejo pode ocorrer na própria estrutura do trabalho, nesse sentido, Emerson Merhy (2020) fala sobre a manicomialização dos profissionais de saúde. O termo é utilizado em saúde mental para se referir aos usuários com transtornos mentais que são internados dentro de estruturas que despersonificam, despotencializam e findam a vida.

Para o autor, isso também ocorre com os profissionais da saúde quando é cerceada a sua produção de liberdade, que é o enriquecimento efetivo das existências. Merhy diz que o trabalho em saúde necessita de um agir antimanicomial, o que pressupõe mais redes afetivas e conexões múltiplas. Dessa forma, mais desejos se produzem e mais livre é a existência. De outro modo, o agir antimanicomial passa pela ampliação das redes de conexões de vida, por meio do aumento da nossa própria máquina desejante. Um modelo hierarquizado e profundamente desigual, como comumente se verifica em estruturas da saúde e da educação, contribuem para uma captura da ordem do desejo pelo poder e pelo progresso individual em detrimento da horizontalidade e criação contínua de redes de aprendizado e cuidado.

O medicamento, que aparece constantemente como solução para o problema do sofrimento, está implicado muitas vezes em seu oposto. Rodrigues (2015) nos conta, através da publicidade farmacêutica da década de 1930, os motivos para a introdução de medicamentos na vida dos profissionais. A ligação das indústrias farmacêuticas é pela demanda do capital no aumento de produtividade. A fisiologia debilitada do trabalhador e a insuficiência a níveis considerados produtivos passam a ser vistos como problemas biológicos para que, assim, tenham soluções igualmente biológicas por meio do consumo de medicamentos. A responsabilização dos funcionários por sua própria condição produtiva também é introduzida através dos medicamentos sem prescrição. Até mesmo os casos de verminoses que acometiam e causavam anemias em trabalhadores rurais tinham de ser tratados sob a justificativa da continuidade da produção no campo. Rodrigues (2015, p. 10-12) reitera que a saúde era tratada como sinônimo de corpo produtivo e forte, como na propaganda de tonificantes: “Não deixe que o cansaço mental inutilize sua saúde!” Ou: “Para vencer na vida é necessário ser forte!”. A culpabilização do indivíduo, a medicalização vendida como necessária para o sucesso e a saúde tomada como corpo produtivo estão historicamente ligadas às atividades laborais. Com a transformação do trabalho, alterou-se também o perfil de consumo dos medicamentos. Há raríssimos investimentos em promoção da saúde e inexistente a preocupação com o prazer no trabalho. Ao contrário, o consumo de medicamentos ascendeu, inclusive a serviço do aumento produtivo, com drogas para acréscimo da concentração no trabalho, redução do cansaço e disfarce ao sofrimento. Segundo Byung-Chul Han (2017) o ser-ativo e a hiperatividade se convertem em hiperpassividade, de modo que em vez de liberdade se gera novas coerções. Para o autor é uma ilusão a ideia de que nos tornamos livres quanto mais formos ativos.

A ideia não é condenar quem faz o uso de medicamentos no tratamento aos sofrimentos psíquicos, mas revelar, através das circunstâncias que levam a ausência do prazer, que os elementos causadores destes acometimentos são estruturais e não facilmente resolvidos através das substâncias químicas. Mediar-se para concentrar, mediar-se para ser ativo, mediar-se para ansiedade, mediar-se para não entristecer, mediar-se para dormir são alguns exemplos do ciclo sem fim de debilitação das sensações e ações. Investir na produção dos afetos e em novas redes de conexões de existência ao invés da medicalização é fundamental para a manutenção do prazer e satisfação na vida e no trabalho.

Conclusão

Este breve texto teve como pretensão chamar a atenção para aspectos cotidianos e atuais sobre o trabalho na educação e na saúde que resultam na ausência do prazer. Os estudos citados, realizados em serviços de saúde e em uma instituição de ensino, reforçam que quanto maior a liberdade e a capacidade de ser afetado e de afetar no campo do trabalho, maior a satisfação e prazer. Para isso, necessita-se da tessitura de redes e conexões. O prazer e a saúde dos profissionais (aquela do campo ampliado de desejos e de afecções) reverbera no cuidado de si e no cuidado prestado como terapêutica, no aprendizado de si e no aprendizado proporcionado pelo ensino na escola. Educadores e cuidadores cumprem um papel de agência dos afetos, produzindo mundos na construção de relações com alunos e pacientes. A produção da terapêutica e do ensino dispõe encontros e conexões, sem deliberação nesse sentido, seguirá a cartilha desconexa e patologizante que aflige e adocece os trabalhadores, não trata aqueles que padecem e não ensina aqueles que frequentam a escola.

Referências

AMORIM, Alexandre; CHARNEY, Alessandra; CECCIM, Ricardo Burg. Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde. *In*: FAGUNDES, Sandra; AMORIM, Alexandre Sobral Loureiro; RIGHI, Liane Beatriz; HEINZELMANN, Ricardo Souza. **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 315-329.

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LANES, Taís Carpes; MAGNANO, Ana Carolina de Souza; SETTI, Caroline; BRESOLIN, Julia Zancan; SPERONI, Katiane Sefrin. Prazer e sofrimento em trabalhadores da atenção primária à saúde do Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 11, n. 1, p. 1-14, jan./abr. 2020.

DELEUZE, Gilles. **Sobre o teatro**: um manifesto de menos; O esgotado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

DELIGNY, Fernand. **Os vagabundos eficazes**: operários, artistas, revolucionários, educadores. São Paulo: Edições n-1, 2018.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. 2. ed. ampl. Petrópolis, Vozes, 2017.

HENZ, Alexandre de Oliveira. **Estética do esgotamento**: extratos para uma política em Beckett e Deleuze. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2012.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das letras, 2020.

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

LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini; CARVALHO, Julia Dutra de Carvalho. Afetar. *In*: FONSECA, Tânia Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 9-28.

MERHY, Emerson Elias. **Articulando redes**: quem nos impede de cuidar em liberdade? 4 de novembro de 2020. Videoconferência no YouTube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sFDZeD2jX20>. Acesso em: 04 nov. 2020.

ORDINE, Nuccio. **A utilidade do inútil**: um manifesto. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RODRIGUES, Gabriel Kenzo. A medicalização da força de trabalho: a instituição de um modelo de saúde através da publicidade na década de 1930. **História Revista**, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 20-39, nov. 2015.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

Medicalização e patologização do sofrimento docente

Cristiane da Silva Costa

Introdução

A medicalização na educação e suas implicações nas relações de aprendizagem constitui-se um tema complexo, contudo, recorrente. Longe de se esgotar o debate, o tema da normalização passou à medicalização e, a partir desta, ao tema da patologização. Ao incidir sobre as crianças e jovens, sobre os professores (em particular as professoras) e sobre a comunidade escolar, em geral, o tema da medicalização na educação tem muito a dizer sobre a aprendizagem, o desenvolvimento e a condição humana. Observa-se a cada publicação, evento ou pesquisa sobre o assunto, a emergência de novos debates e problematizações, assim como outros caminhos a serem explorados, decorrentes dos atravessamentos desse processo em nossas vidas como seres sociais.

Especificamente, referindo-nos aos docentes, essa abordagem requer uma maior atenção. Observa-se que muitas das discussões voltadas à medicalização na educação mantêm o foco direcionado, quase que exclusivamente, aos alunos; deixando de lado ou dispensando uma atenção menor aos demais atores envolvidos na estrutura do contexto escolar e acadêmico. A discussão que relaciona medicalização e educação, em geral, trata de questionar a intervenção do professorado, o destaque é alusivo à sua prática frente às dificuldades de aprendizagem e de controle dos comportamentos agitados, agressivos ou letárgicos do alunado ou, ainda, dizem respeito ao discurso docente diante dessas condições e, não raro, até mesmo, culpabilizam o professor nos processos de diagnóstico e o subjugam nos processos terapêuticos.

Estudos apontam o aumento gradativo no número de casos de adoecimento de professores, demonstrado pelo incremento das licenças e afastamentos do/no trabalho solicitadas por essa categoria nas últimas décadas. De acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os professores são a segunda categoria profissional, em âmbito mundial, que mais apresenta doenças ocupacionais, sendo a docência considerada de alto risco para essa ocorrência (BATISTA *et al.*, 2010).

No sentido oposto à necessidade de dedicação e concentração, inerentes ao trabalho docente, observa-se o constante aumento dos casos de estresse, preocupação e ansiedade invadindo o modo de vida do professorado. Diante do incremento das demandas e responsabilidades decorrentes das exigências quanto aos desempenhos e resultados em escolarização, a polivalência requerida aos profissionais de ensino e a busca da alta performance imposta pelos processos de flexibilização e precarização do trabalho, os educadores assumem um número cada vez maior de funções que, por vezes, se acumulam e divergem entre si (ESTEVE, 1999). Observa-se nesse cenário a relação entre a atividade de trabalho docente e adoecimento, esse, que geralmente, de origem multifatorial, se apresenta atravessado por questões relacionadas às transformações ocorridas na organização dos processos de trabalho.

Nas últimas décadas, essas mudanças marcadas fortemente pela precarização, compreenderam, entre outras alterações, a crescente perda de direitos, as formas instáveis de contratação, o aumento da demanda de trabalho, a emergência da flexibilização, as terceirizações, a fragilidade das relações de trabalho e o baixo ou inexistente investimento em formação continuada para esses trabalhadores. Atualmente, o que vemos é uma atividade laboral que extrapola o ambiente de trabalho, que não se encerra na sala de aula, que se faz presente a todo o momento, subtraindo ainda mais as poucas horas de descanso e lazer, sobrecarregando o professorado e acarretando possíveis danos à sua saúde (não só do ponto de vista ocupacional, mas na relação vida-trabalho). Essa intensificação de exigências, com o aumento das atribuições de trabalho – por vezes, realizadas fora horário ocupacional – geralmente, aparecem “mascaradas” como inovações, aparentando um caráter mais criativo, flexível e autônomo, insinuando um trabalho pedagógico mais reflexivo, quando o “pano de fundo” para esse contexto é justamente o contrário (LAZZARATO; NEGRI, 2013).

Na educação básica, esse constante acréscimo de atribuições, somado às precarizações da organização do trabalho e da educação brasileira como um todo, denota o aumento do sofrimento desse profissional em relação a sua atividade de trabalho, evidenciado a partir de estudos realizados em diferentes regiões do país, o avanço das doenças ocupacionais, como aquele registrado nas últimas décadas, tendo como consequência um expressivo afastamento das suas atividades de trabalho. Observa-se que temas como adoecimento dos professores, afastamentos temporários e permanentes do

trabalho docente, consumo de medicamentos para dores físicas e psíquicas entre aqueles que atuam em sala de aula, entre outros objetos de reflexão, têm sido destacados nas pesquisas e estudos relacionados a esse contexto e suas implicações na área da educação.

No ensino superior, a precarização do trabalho se evidencia, principalmente, a partir das mudanças ocorridas em meados dos anos 1990, que alteraram o modelo de organização das universidades públicas brasileiras, exigindo dos docentes uma “maior produtividade e flexibilidade para adaptação às novas formas de organização do trabalho e gestão” (RODRIGUES *et al.*, 2019, p. 1830). As crescentes imposições de “produtividade” aos professores por parte dos sistemas de ensino podem levar esses trabalhadores à exaustão, em decorrência da intensificação do trabalho, que em consequência do aumento da demanda, consome as horas de repouso e lazer, reverberando em danos à saúde docente.

A captura da subjetividade no/pelo processo de trabalho

As transformações sofridas pelo processo de precarização “não somente interferem nos corpos, mas (...) principalmente, no emocional, fazendo [com] que os processos de intensificação se internalizem e se transformem em processos de autointensificação” (HYPOLITO, 2009, p. 108). Essa condição, também consequência do processo de medicalização, apresenta-se sob a forma de culpabilização do indivíduo, na qual o trabalhador passa de vítima do sistema à culpado pela sua ineficiência, seu adoecimento, sua falta de rendimento, desempenho e performance. Assim, observa-se que, inseridas no capitalismo contemporâneo, as mudanças registradas na atual forma de organização do sistema de trabalho assumem como característica não mais organizar o “tempo de trabalho”, mas o “tempo de vida” (LAZZARATO; NEGRI, 2013).

Na sociedade de controle (DELEUZE, 1992), o atual contexto do trabalho torna a gestão da subjetividade, ponto fundamental a ser analisado. Observa-se, por exemplo, que em muitas atividades laborais a força ou habilidade física eram os requisitos super valorizados, mas, atualmente, o que determina a aptidão é a capacidade cognitiva, ou seja, espera-se uma condição em que o trabalhador “pense, crie e tome decisões rápidas, [aspecto] que o [define] como produtivo, apto e saudável (LEÃO; BRANT, 2015, p. 1275).

Por meio de um discurso medicalizante, percebe-se, cada vez mais, a afirmação da crença de que todos os problemas devem ser imediatamente eliminados, assim como a ideia de que os “comportamentos e acontecimentos da vida cotidiana agora se tornariam passíveis de tratamento, cura e prevenção” (SOALHEIRO; MOTA, 2014, p. 81). Nesse sentido, a medicalização atua como uma prática usual e hegemônica, que tenta explicar os modos de ser, de viver, de sentir e de agir. Sob uma ótica biomédica, desconsidera-se os demais aspectos que compõem um contexto ampliado de produção da saúde. Concordando com Moysés e Collares, destacamos que:

[...] Ao se biologizar um problema, transformando-o em algo “natural, inevitável”, isentam-se todas as instâncias nele envolvidas. A sociedade, com suas desigualdades, os governantes e suas opções, tudo é escamoteado pelo fato – talvez seja melhor falar em azar – de que existem defeitos que incidem como se fosse de maneira aleatória, sem determinação social. Um ideário perfeito para que tudo permaneça como está (MOYSÉS; COLLARES, 2007, p. 166).

De fato, ao atribuir questões de ordem social ao campo dos saberes médicos ou de natureza clínica, o processo de medicalização dos comportamentos e da vida, faz com que as consequências decorrentes de problemas que afetam o trabalho, por exemplo, sejam vistas como patologias e, como tal, passam a ser internalizadas e naturalizadas, justificando sob a ótica da medicalização, um sofrimento que foi causado em decorrência de condições políticas, históricas, culturais e socioeconômicas. O mal-estar resultante das transformações sociais, então transformado em doença, poderá ser tratado, regulado e medicalizado, não restando contestações sobre as relações envolvidas nem sobre as possíveis influências sociais, econômicas e políticas implicadas.

O trabalhador, ao assimilar seu sofrimento como patologia e culpabilizar-se por ela, considera que o problema é inerente a si próprio, passando a não perceber as reais causas desse processo. Somado a esse processo de culpabilização, outro ponto que merece a devida atenção é o silenciamento desse sofrimento, que traz consigo a supressão da narrativa do trabalhador adoecido. Esse cenário, que desconsidera a fala e a narrativa de sofrimento, torna o ambiente de trabalho propício ao surgimento de estigmatizações por parte de chefias e, inclusive, dos pares. O trabalhador passa a ser rotulado e, não raro, é visto como aquele que “faz corpo-mole”, “um espertinho” ou

“um enganador” (LEÃO; BRANT, 2015). Dessa forma, o sistema opera de modo a reforçar e aumentar ainda mais a culpa do trabalhador pelo seu próprio sofrimento, tirando o foco das questões relativas às relações sociais e processos subjetivos e políticos envolvidas nos ritmos, estilos e modos do trabalho.

Faz-se necessário um olhar mais atento àquilo que se refere à medicalização do trabalho, uma vez que esse processo é também a captura da subjetividade, muitas vezes reduzindo professores afastados da escola a um número da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Essa tendência de patologização se evidencia, à medida que se observa a quantidade de diagnósticos relacionados a doenças ocupacionais justificando o sofrimento do trabalhador em forma de patologia e identificando aquele indivíduo como o portador de um transtorno. Os problemas da vida e do trabalho transformam-se em doenças, distúrbios, transtornos, o que consiste na transformação daquilo que “escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria” em doença, em problema individual. “Afasta-se a vida para sobre ela legislar, muitas vezes destruindo-a violenta e irreversivelmente” (MOYSÉS; COLLARES, 2020, p. 34).

Da emergência do sofrimento no trabalho docente à sua patologização

A emergência do sofrimento docente, geralmente decorrente das transformações na organização no mundo do trabalho, demonstra as consequências nocivas que essas mudanças provocaram não somente na profissão, mas também na vida e na saúde dos professores. A patologização do sofrimento transfere a causalidade de problemas relacionados às questões que são de natureza social ao domínio biológico. Dessa forma, o indivíduo adocece e a sua doença é tratada – seja essa, relativa ao biológico ou às instâncias psíquicas – sem que demais problemas implicados no processo de trabalho apareçam, como as demandas relativas a desconfortos de ordem subjetiva, estresse, assédios e outras manifestações decorrentes da organização do trabalho.

A falta de um olhar mais atento e a negligência por parte dos gestores, faz com que essas questões sejam encaminhadas para profissionais da área da saúde, mantendo o predomínio dos modelos clínico e biomédico, bem

como a hegemonia das práticas patologizantes (CECCIM; MERHY, 2009). É como uma cadeia explicativa: se há sintoma, há doença; se há doença, há prescrição; se há diagnóstico de doença e prescrição terapêutica tudo se esquadrija no escopo de atos médicos. Sob essa lógica, as ações prioritárias em relação ao sofrimento do trabalhador passam a ser identificar, classificar, enquadrar e tratar com medicamentos. Em relação à proteção da saúde, como dizem Leão e Brant (2015, p. 1274), vigia-se a doença e vigia-se os trabalhadores, não o processo de trabalho.

Muitas vezes, a formulação de diagnóstico serve para mascarar contextos, ignorando questões sociais, organizacionais e culturais imbricadas no processo de trabalho; os diagnósticos acabam sendo muito mais patologizantes do que identificadores de doenças ou adoecimentos. Conforme Leão e Brant (2015, p. 1276), vemos “sendo paulatinamente interpretado como doença, patologia, transtorno, neurose e depressão” aquilo que, em verdade, é sofrimento, desconforto e ausência de prazer. Aquilo que poderia “ser tratado” com outros modos de se vivenciar e organizar o trabalho, é patologizado e medicamentado. Nesse contexto, observa-se que, sob uma lógica patologizante, quem sofre no trabalho está doente, assim, o sofrimento visto como uma doença, torna-se, então, passível de “cura”.

De acordo com alguns estudiosos da área da atividade, na maioria das vezes o sofrimento está relacionado com o impedimento do poder de ação no trabalho, ou seja, quando “os objetivos da ação em vias de se fazer estão desvinculadas do que é realmente importante para ele e quando os outros objetivos válidos, reduzidos ao silêncio, são deixados em suspenso” (CLOT, 2010). Na educação básica, em especial na escola pública, falar sobre os impedimentos do trabalho inclui falar sobre aquele planejamento de aulas – muitas vezes realizado fora do horário de trabalho – que não saiu do papel por inúmeros motivos, sejam estes de ordem institucional e/ou mecanismos externos ou por motivos decorrentes do contexto do ambiente escolar e extraescolar.

As exigências e desafios constantemente impostos pelo modo de organização do trabalho flexível, além de pressionar o trabalhador para aumentar produtividade a qualquer custo, atuam subtraindo sua autonomia, liberdade e poder de ação no trabalho. O poder de agir (CLOT, 2010) docente, está relacionado à busca de estratégias e ações que auxiliem na resolução de problemas para um melhor desenvolvimento da atividade de trabalho; ações planejadas, previstas ou inesperadas, mas por vezes, necessárias para a

solução de situações possíveis de ocorrer nos contextos singulares das instituições de ensino. A medida em que há uma captura ou impedimento desse poder de agir, o trabalhador sofre por não poder transformar aquela situação que lhe causa mal-estar, silencia o sofrimento, mascarando suas causas reais.

Um estudo com trabalhadores de saúde, constatou que os profissionais e os gestores de uma instituição pública de Belo Horizonte/MG, eram capazes de admitir a existência de uma doença ocupacional, porém essa aceitação não ocorria em relação ao sofrimento no trabalho. Tal condição demonstra não somente o descaso ou negligência de empresas/instituições no que se refere à saúde aos trabalhadores, mas uma face perversa desse processo com a utilização de mecanismos de controle, inclusive coibindo a manifestação do sofrimento, muitas vezes, visto como fraqueza. Os autores observaram que, apesar de os trabalhadores demonstrarem ter um entendimento quanto ao receio de admitir o sofrimento (o qual relacionavam à reestruturação do trabalho), sabiam que “a sua manifestação era vista como desequilíbrio emocional, tornando-se alvos daquilo que é comumente chamado de culpabilização da vítima” (BRANT; GOMEZ, 2005, p. 945).

Vale ressaltar, acompanhando Moysés e Collares (2020), que:

[...] A patologização é primordial na desconstrução de direitos, uma violência contra a pessoa capturada em sua teia. Ao ocultar os problemas de ordem coletiva que atingem as pessoas e atribuir a causas individuais, inatas, seus modos de agir, reagir, aprender, sentir, afetar e ser afetado, de viver, de sofrer conflitos e imposições em uma sociedade construída no discurso da igualdade, porém fundada na desigualdade de fato, os processos medicalizantes constituem novas formas de violência contra as pessoas. Novos modos de vigiar, novos modos de punir (MOYSÉS; COLLARES, 2020, p. 34-35).

A serviço da produtividade, a patologização do sofrimento no trabalho, impõe um discurso ilusório de solução imediata, desconsiderando as questões de ordem social perante a reação do indivíduo aos problemas oriundos da sua atividade laboral. Nesse sentido, o processo de medicalização/patologização atua subtraindo o poder de ação e a autonomia necessária para a transformação da atividade de trabalho e o enfrentamento das adversidades que causam o sofrimento.

A medicalização e a farmacologização docente

Contemporaneamente, percebe-se a experimentação de uma progressiva deterioração dos modos de vida humanos, observada nas doenças relacionadas ao trabalho, tais como, solidão, angústia, depressão, dependência química, entre outras (LEÃO; BRANT, 2015). Nessa condição, a medicalização pode apresentar-se como uma solução, por vezes, perversa, agindo de modo a “silenciar todo conflito, todo questionamento, toda diferença, a possibilidade de futuros diferentes, aliado à ganância da indústria farmacêutica” (MOYSÉS; COLLARES, 2020, p. 40). O alcance das ações do mercado farmacológico e sua publicidade, é percebido por meio das tecnologias precificadoras capilarizadas na vida cotidiana e que, “a todo instante, criam situações as quais atrelam problemas e apresentam suas soluções instantâneas” (GALINDO *et al.*, 2016, p. 351).

Observa-se a tendência social de um bem-estar permanente como uma condição urgente e primordial. Não é permitido, de modo algum, a manifestação de qualquer tipo de dor, não há tempo nem espaço previstos/admissíveis para quaisquer sentimentos inerentes à adversidade, sendo esses sentimentos evitados a qualquer custo. Se não evitados, remediados imediatamente. Para cada sintoma, um remédio. O sentimento é um sintoma, a doença é sentir. Percebe-se que “as novas exigências da vida num capitalismo globalizado e competitivo coloca[m] a dor como sentimento inaceitável” (SOALHEIRO; MOTA, 2014, p. 81).

O uso de medicamentos nas ações terapêuticas, como uma estratégia do processo de medicalização, muitas vezes, é vendido como uma salvação, buscando uma estabilização de sentimentos, humores, pensamentos e ações. A farmacologização, não raro, é vista como a solução “para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza e todo tipo de sentimento” (SOALHEIRO; MOTA, 2014, p. 81). Os sentimentos são considerados inadequados. Nessa perspectiva, os medicamentos contemplam não somente as expectativas de cura e/ou alívio, mas constituem uma forma de “gestão da vida e das problemáticas” oriundas do enfrentamento cotidiano com os inesperados, as frustrações, os insucessos e as adversidades inerentes à própria vida (GALINDO *et al.*, 2016).

À medida em que as doenças são entendidas como consequência do comportamento individual, como geralmente acontece na instância das atividades laborais, o trabalhador passa a ser considerado culpado pelo

próprio adoecimento (BARROS; GRADELA, 2017). Há uma busca pela cura imediata, mesmo que outras formas de tratamento sejam indicadas como mais adequadas, a urgência pela solução do problema leva ao caminho dos fármacos. Os apelos da mídia em relação a imperiosidade da felicidade – medique-se, diga não ao sofrimento! – bem como as exigências de um “corpo-saúde” para atender às demandas de produtividade fazem com que o trabalhador busque imediatamente a resolução de seus problemas. Muitas vezes, essa solução é temporária e causa dependência, por tratar paliativamente, utilizando-se de práticas medicalizantes para resolução de problemas de ordem social.

O uso indiscriminado de medicamentos como antidepressivos e analgésicos, em muitas situações de mal-estar, nesse contexto, é uma prática não incomum. Um estudo sobre o sofrimento dos trabalhadores e a gestão do trabalho observou que havia uma ideia de que o uso de psicotrópicos possibilitava uma melhora nas suas “condições” (físicas e/ou psíquicas) para o desenvolvimento das suas atividades, mesmo que para isso fossem necessárias ausências e constantes afastamentos do trabalho; entretanto, observou, também, que essa situação favorecia um mascaramento das reais condições, pois, desse modo, os trabalhadores não tinham suas atenções voltadas às questões pessoais e institucionais, caracterizando explicitamente a medicalização por meio da transformação do sofrimento em adoecimento (BRANT; GOMEZ, 2005).

O uso indiscriminado de medicamentos, assim como a automedicação (uso não prescrito por profissional médico, especificamente vinculado à escuta diagnóstica do sofrimento e seu tratamento) com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas não é um fato que possa ser negligenciado, em que pese os efeitos nocivos à saúde, mesmo que consistindo em práticas habituais entre os adultos. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), em 2017 os medicamentos eram os maiores agentes em números de casos registrados de intoxicação humana no Brasil, sendo a faixa etária de maior concentração de casos aquela entre os 20 e 39 anos de idade (FIOCRUZ/SINITOX, 2017).

Estudos realizados no Brasil (SILVA *et al.*, 2013; BATAIER *et al.*, 2017) demonstraram uma alta prevalência no consumo de fármacos entre docentes da Educação Infantil até o Ensino Superior. Estudos indicaram que o uso de medicamentos, por vezes, é naturalizado ou visto como uma prática plausível,

corroborado pela não associação da palavra “droga” aos fármacos, sendo essa relacionada apenas às substâncias consideradas ilícitas. Além disso, a automedicação também é apontada como uma prática habitual entre esses trabalhadores, e, contraditoriamente, mesmo sabendo dos efeitos maléficis dessa conduta, inclusive já havendo sofrido efeitos adversos devido a essa prática, muitos não se importam (BATAIER *et al.*, 2017).

Das resistências às práticas de medicalização docente

Quando há resistência frente à patologização e medicalização, quando um “corpo indisciplinado” não aceita ser governado por regras normalizadoras, quando o trabalhador manifesta sua condição e posição nessa engrenagem, essa resistência como uma forma de subversão ao controle normatizador, enfrenta muita repressão. Quando o trabalhador se mostra contrário aos controles e expectativas do modo capitalista de produção, passa a ser julgado como anormal e torna-se “alvo de castigos que operam por mais exercícios disciplinares com o aumento de estratégias de controle terapêutico, socioeducativo, assistencial corretivo e securitário-segregativo” (LEMOS, 2014). Essa resistência, por vezes vista como um ato de indisciplina, passa a operar como uma forma de subverter a lógica medicalizante do processo de trabalho.

Contudo, nós, como trabalhadores, docentes, indivíduos que compõem essa sociedade que aí está, não podemos nos perder nesse emaranhado que é o processo de medicalização. Devemos perceber a emergência do sofrimento no trabalho como um balizador de que algo deve ser feito. A valorização das experiências vividas no trabalho é de fundamental importância para que, além da percepção dos sinais e manifestações de sofrimento, esse possa ser visto como um alerta indicando também, a necessidade de transformações no trabalho (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004).

Os processos medicalizantes, no contexto de sofrimento e adoecimento, promovem atos de silenciamento do trabalhador, imobilizando sua ação, na busca da docilização dos corpos e “ao anestesiar o medo, apagam-se, também, o desejo e a possibilidade de ação transformadora (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2005). Percebemos, assim, que “resistir à medicalização também é operar nos entremeios dela para poder tecer transformações no bojo mesmo das práticas de governo em que estamos submetidos” (LEMOS,

2019, p. 160). Resistir! Para que possamos (re)conhecer os processos que atuam sobre os nossos corpos, que tentam capturar nossa subjetividade. Resistir! Para que possamos atuar com mais autonomia e liberdade, não admitindo o silenciamento e o apagamento de nossas experiências vividas.

Pensar sobre a relação da medicalização e patologização com a educação, sob uma perspectiva mais abrangente, olhando também para os professores, nos possibilita ir além no que está posto, tecendo saúde e relações de trabalho no fazer docente. Olhar para o trabalhador a partir das suas relações sociais de trabalho, viabiliza tratar esse grupo social como participante ativo no debate sobre suas práticas e detentor de poder de ação. Significa ampliar os horizontes a partir de outras perspectivas, por meio da escuta, do afeto e da troca promovida pelas relações de trabalho.

Referências

BARROS, Carlos Antônio Ferreira da Silva; GRADELA, Adriana. Condições de trabalho docente na rede pública de ensino: os principais fatores determinantes para o afastamento da atividade docente. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, Petrolina, v. 7, n. 13, p. 75-87, ago. 2017.

BATAIER, Vanessa Sabatine; PEGORETE, Thayla Ribeiro; LAWALL, Paula Zeni Miessa. Automedicação entre docentes de nível superior. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 19, p. 11-18, abr./jun. 2017.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, p. 502-512, 2010.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 939-952, dez. 2005.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v.13, sup.1, p. 531-542, 2009.

CLOT, Yves. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

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

ESTEVE, José Manuel. Mudanças sociais e função docente. *In*: NÓVOA, António (Org.). **Profissão professor**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 1999. p. 93-124.

GALINDO, Dolores Cristina Gomes; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; VILELA, Renata; GARCIA, Bruna. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 346-365, 2016.

HYPOLITO, Álvaro Moreira; VIEIRA, Jarbas Santos; PIZZI, Laura Cristina Vieira. Reestruturação curricular e autointensificação do trabalho docente. **Currículo sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 100-112, jul./dez. 2009.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2013.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; BRANT, Luiz Carlos. Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1271-1292, 2015.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores; RODRIGUES, Renata Vilela; FERREIRA, Evelyn Tarcilda Almeida. Resistências frente à medicalização da existência. **Fractal**, Niterói, v. 31, n. 2, p. 158-164, maio/ago. 2019.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 485-492, dez. 2014.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: A patologização da vida. **Educação, sociedades & culturas**. Porto, PT, n. 57, p. 31-44, 2020.

MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO CRP-05. Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos; SOUZA, Kátia Reis; TEIXEIRA, Liliane Reis; LARENTIS, Ariane Leites. A temporalidade social do trabalho docente em universidade pública e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1829-1838, 2020.

SILVA, Marina Floriano da; SOARES FILHO, Márcio; REMOR, Karina Valerim Teixeira. Estudo sobre a utilização de medicamentos e a prática de automedicação por professores do 1º ao 5º ano de escolas municipais de tubarão, Santa Catarina. **Cadernos Acadêmicos**, Palhoça, v. 4, n. 2, p. 180-183, nov. 2013.

SINITOX - SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (Brasil). **Estatística anual de casos, óbitos e letalidade de intoxicação humana por agente e por região**. Brasil, 2017. Rio de Janeiro: SINITOX/CICT/Fiocruz, 2017. Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil3_1.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 65-85, dez. 2014.

Medicalização no ambiente escolar: neoliberalismo, neofascismo e a produção de presença

Renato Levin-Borges

Introdução

O conceito de medicalização emerge na obra de Michel Foucault (2012) sob dois vieses principais, o primeiro trata dos processos de sanitização com o objetivo de tornar salubres as cidades europeias que cresciam rapidamente entre os séculos XVII e fim do XIX. Já a segunda acepção do conceito em sua obra é o que nos interessará aqui, a saber, o da “medicalização indefinida”, dispositivo de biopoder que surge ao final do século XIX e se mantém em nossa contemporaneidade, “transbordando” o campo da ciência para a vida como um todo, tornando qualquer fenômeno do corpo passível de ser inquirido, descrito e intercedido pelo saber médico. Partindo dessa perspectiva, voltamos nossa atenção ao notável aumento da medicalização de alunos e professores que vem se tornando nos últimos anos cada vez mais ampla e generalizada.

A enxurrada de diagnósticos apressados que com pouco rigor categorizam massivamente os alunos como crianças ou jovens com transtorno do humor bipolar (THB) ou do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), combinada com a deterioração da saúde mental dos professores que cada vez mais sofrem de transtornos de ansiedade, depressão e Síndrome de *Burnout* (SB)¹, se afigura como problema que ultrapassa os muros das escolas e torna-se, cada vez mais, um problema de saúde coletiva. Entretanto, onde está a causa que leva ao aumento da medicalização e o que fazer? Estaria ela nos alunos cada vez mais hiperativos e agressivos que deixam os professores “estressados”? Ou a causa residiria em outro lugar, tendo os transtornos psíquicos que pululam em alunado e professorado outra fonte?

Não bastasse a rápida e visível deterioração das condições de saúde mental na comunidade escolar, somou-se a isso, no ano de 2020, a pandemia de

Covid-19. Com origem na província de Hubei, mais especificamente na cidade de Wuhan, o Sars-Cov-2 teve seus primeiros casos de adoecimento reportados no final de 2019 como uma espécie agressiva e distinta de síndrome respiratória aguda grave. No Brasil, o primeiro caso de paciente infectado pelo novo coronavírus foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. O homem infectado havia retornado há poucos dias de uma viagem à Itália, um dos principais epicentros de contágio da doença na Europa, juntamente com a Espanha. Após algumas semanas de hesitação, muitos governos estaduais e municipais resolveram impor a estratégia de isolamento social para a diminuição da curva de contágios da doença, tal como indicado pela Organização Mundial de Saúde, ainda que sob a contrariedade do Governo Federal. Em meados do mês de março de 2020 as primeiras cidades suspenderam atividades não essenciais e, com isso, as aulas passaram a ocorrer por intermédio de meios digitais. Toda essa mudança, falta de preparo e estrutura causou e agravou problemas de saúde mental, conforme alguns estudos já apontaram (ALVARENGA *et al.*, 2020; MONTEIRO; SOUZA, 2020; MORAES CRUZ *et al.*, 2020; INSTITUTO PENÍNSULA, 2020; SARAIVA; OLIVEIRA; MOREJON, 2020) e, conseqüentemente, acirraram o processo de medicalização da comunidade escolar.

No presente ensaio, buscamos traçar um breve panorama sobre o atual cenário escolar, sob o prisma da saúde mental na dupla posição de ator/autor², buscando apontar os processos causadores da crescente deterioração psíquica no ambiente escolar e caminhos para pensar a superação das condições que causam adoecimento e sofrimento psíquico e que levam, por sua vez, ao aumento vertiginoso da medicalização nas escolas.

Relatos ficcionais sobre o real

Em uma manhã qualquer de 2019 adentro a sala dos professores de uma escola pública na periferia de Porto Alegre onde trabalho, pego um pouco de café e me sento próximo à mesa na qual alguns colegas comem e comentam sobre qual antidepressivo e ansiolítico estão tomando ultimamente. Uma colega conta que o remédio X dá sono, mas que ajuda a aguentar o quinto

¹ Síndrome de *Burnout*, também conhecida como síndrome do desgaste profissional, é uma situação caracterizada por exaustão física, mental e/ou emocional causada pelo estresse do trabalho e estudos.

² Ator (visto que sou professor de Filosofia em duas escolas públicas municipais em Porto Alegre) e autor como pesquisador e doutorando em Educação.

ano como se a “amortecesse” um pouco, nisso outro professor pergunta como ela descobriu o remédio e ela diz que a professora da turma Y comentou que a prima estava tomando e lhe indicou.

O relato é ao mesmo tempo ficcional e real uma vez que condensa as inúmeras vezes que presenciei conversas entre professores trocando informações sobre quais remédios tomar para lidar (sobretudo) com a depressão e ansiedade que aumentam a olhos vistos no ambiente escolar, em especial na escola pública. A percepção que possuo, vivenciando o cotidiano escolar, é que a maioria dos meus colegas se automedicam e que esta não é uma especificidade das escolas em que trabalho, mas uma prática que se generalizou nas escolas.

Ao entrar numa sala de aula na periferia de Porto Alegre percebo a inquietação, angústia, raiva e os câmbios constantes de dinâmicas de humor dos alunos: “Fulaninho era infernal, não parava um segundo, agora está sempre com sono. Já a Sicraninha era muito agitada, talvez seja bipolar, né? Agora parece uma zumbi!”. Esses exemplos, que transitam entre o ficcional e a concretude diária do real, ilustram os “diagnósticos” que nós professores nos acostumamos a emitir e prospectar porque a medicalização não é apenas tomar remédios, é sobretudo regime de subjetivação no qual passo a perceber a mim e aos outros como adoecidos em potencial e estratégia de poder de regulação e docilização dos corpos. Admitamos o cenário catastrófico em que nos encontramos: a escola se tornou uma máquina de entorpecimento químico. Todos nós estamos medicalizados, sejamos alunos ou professores. Mas, afinal, que mal-estar é esse que assombra a escola?

A pandemia nos tira do espaço físico da escola, mas o mal-estar e os processos de medicalização não só nos acompanham como aumentam (INSTITUTO PENÍNSULA, 2020). Durante uma videochamada de reunião da escola durante a quarentena de 2020, poucos são aqueles que abrem suas câmeras, mas aqueles que mostram seus rostos estão visivelmente abatidos. Muitos, como eu, sentem-se aéreos, não conseguem se engajar efetivamente no debate. Já faz alguns meses que estamos em quarentena e trabalhando em casa, nossos contatos presenciais são rarefeitos pela pandemia e não há esperanças em um futuro próximo (pois o Governo Federal demonstra não possuir nenhum plano de controle e afrontamento do vírus). Padecemos mais ainda à distância, conforme demonstram estudos recentes como os de Saraiva, Oliveira e Morejon (2020) sobre a deterioração do trabalho docente entre professores universitários.

O Instituto Península (2020) vem acompanhando por meio de pesquisa online a partir da segunda semana de suspensão das aulas no Brasil a saúde mental de mais de 7 mil professores que participam voluntariamente da pesquisa. Na etapa mais recente de divulgação de resultados no mês de novembro de 2020 ficou consolidado o aumento da sensação de estarem cansados e sobrecarregados (de maio para novembro o percentual pulou de 36% e 35% respectivamente para 53% e 57%). Também é notável o baixo percentual de professores que se sentem calmos (12%) e felizes (7%). Contudo, a deterioração da saúde mental na escola e a consequente medicalização é anterior à pandemia. Permanece, então, a pergunta: mas afinal, que mal-estar é esse que assombra a escola?

Escola e normalização

Foucault (2000) argumentava que a escola era um dos principais dispositivos de normalização constituído pelos poderes, ou seja, espaço privilegiado de técnicas de domesticação e docilização dos corpos. Primeiramente, o que podemos entender por normalização? Segundo o filósofo francês, normalização é o fenômeno de irradiação das normas em todos os setores da sociedade:

[...]A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização *não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização*. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação (p. 302).

A escola como dispositivo normalizador ensina não apenas no estrato racional quais valores devem ser tomados por “normais”, mas também ensina corpos a “se portarem” dentro da moral e técnicas de poder vigentes. Ensinamos os corpos das crianças a fazer fila de meninos e meninas para irem para o recreio, assim como ensinamos desde cedo como marcha um soldado cabeça de papel. Os corpos se generificam, se domesticam, se docilizam porque são subjetivados e normalizados.

Todos esses corpos escolares que se rebelam e que tendemos a tomar como fenômenos por si só são encaminhados ao setor de orientação pedagógica ou direção e havendo reincidência e não conformidade nas posturas, comumente são direcionados a psicólogos e psiquiatras neste agenciamento maquinal escolar de fazer salsichas humanas que muito provavelmente “patologizarão” e medicalizarão o aluno inadequado. Quantos de nós se perguntam quais os contextos familiares, sociais e econômicos dos alunos problema? O aluno encaminhado raramente voltará do psicólogo ou psiquiatra sem estar patologizado (e conforme a época, um diagnóstico se torna uma espécie de febre contagiosa que parece se espalhar nos diagnósticos, pois se por algum tempo os alunos “problemáticos” eram invariavelmente diagnosticados como bipolares, agora parece que padecem massivamente de TDAH).

O poder, para Michel Foucault, é a ação sobre a ação, e para isso ser possível é necessário produzir saberes; o enquadramento do aluno em alguma patologia é então o preâmbulo necessário para o fim almejado, qual seja, a medicalização do corpo que assim finalmente será docilizado. Na outra ponta da relação, os professores esgotados mentalmente e sempre à beira de sofrerem um ataque de pânico ou ansiedade, depressão profunda ou mesmo da Síndrome de *Burnout* se automedicam. Nos questionamos agora se ao medicarmos universalmente o corpo escolar, atacamos as causas ou os efeitos. Senão atacamos as causas, quais seriam elas e onde estariam?

Presença e ausência na medicalização

A escola estoica³ propunha aos seus adeptos que efetuassem exercícios espirituais (estes que nos estudos foucaultianos estão compreendidos dentro do conceito de “cuidado de si”) para que pudessem se inserir e criar o estado de presença fundamental para a plenitude da potência com e sobre a vida, a *prosoché*, espécie de atenção à vida que vincula pensamento e corpo a tornar-se presente ao que se passa nos encontros. Conforme Hadot (2014, p. 25): “A atenção (*prosoché*) é a atitude espiritual fundamental do

³ A Escola Estoica foi uma linha pensamento filosófico socrática que nasceu em torno do século III a.E.C. (antes da Era Comum) na Grécia até meados do século III d.E.C. no Império Romano. Os estoicos foram muito influentes na política romana e influenciaram os primeiros cristãos do império. Também foram muito provavelmente a linha de pensamento da filosofia ocidental com maior adesão popular.

estoico” porque ela é “uma vigilância e uma presença de espírito contínuas, uma consciência de si sempre desperta, uma tensão constante do espírito” cuja função é produzir mais potência, com a *prosoché* o “filósofo sabe e quer plenamente o que faz a cada instante”.

Para alcançar a presença, os estoicos precisavam superar duas categorias do tempo que esvaem as forças e potências do pensamento e do corpo⁴: o passado e o futuro. Argumentavam os estoicos que ao nos ressentirmos de algo que se passou, não apenas efetuamos um dispêndio inútil de energia – uma vez que não há como alterar o que já aconteceu – como isso nos furta o presente, mantendo-nos distantes dos encontros do agora, único plano de experiência de vida sob nossa agência. Em relação ao futuro, defendiam que ao projetarmos, sonharmos e vivermos olhando para o porvir, também corremos o risco de não vermos o que se passa no agora e nos ausentamos. Há uma anedota da Grécia Antiga sobre Platão que daria conta dessa dimensão da ausência que apontavam os estoicos: contava-se que Platão, de tanto olhar para o seu Mundo das Ideias que pairava inatingível aos sentidos, caiu num buraco enquanto caminhava. Estar presente é não tentar mover a imóvel pedra do passado e não cair nos buracos em nossos caminhos enquanto olhamos para as nuvens.

Ao menos dezesseis séculos depois, o filósofo alemão Karl Marx (2004), ao materializar a dialética hegeliana e seu conceito de alienação, tratava sob outro viés o que entendemos por ausentificação, agora produzida pelos dispositivos do capitalismo que tornam nebulosa ao trabalhador a sua compreensão de presença nas engrenagens do capital e do mercado. Na ordem de extração das potências de força de trabalho, a ausentificação da consciência do proletário se afigurava fundamental para que a ordem exploratória do capitalismo se mantivesse invisibilizada e, portanto, longe de ser interpelada, questionada e modificada posteriormente pelo proletariado. O problema da presença é sobretudo uma questão de economia das forças e potências.

Neste sentido, a medicalização cada vez mais abrangente de professores e alunos transformaria o padecimento psíquico da comunidade escolar em

⁴ Importante ressaltar que no pensamento grego, no qual se inclui o estoicismo, pensamento e corpo formavam uma unidade e não eram consideradas substâncias distintas. Essa divisão emerge e se torna proeminente no Ocidente a partir da dominância do pensamento cristão oficializado como religião oficial do Império Romano no século IV d.E.C.

causa, obliterando sua condição de efeito. Assim sendo, quais seriam as causas? Respondemos sem hesitar: o capitalismo neoliberal exacerbado pelo neofascismo – ou mesmo sendo apenas sua outra face, como sugere Lazzarato (2019), que emergiu como resposta das crises mais recentes do capitalismo. O mal-estar psíquico contemporâneo, que tem nas escolas públicas uma de suas sedes mais facilmente perceptível, é desdobramento da erosão econômica, política e social que o Brasil enfrenta nos últimos anos sob as técnicas e valores neoliberais, tendo sua condição agravada desde a ascensão à presidência do candidato de extrema-direita Jair Bolsonaro. Entretanto, não defendemos reducionismo nesta questão, pois sempre houve problemas de ordem psíquica entre alunos e professores, mas o crescente sucateamento das políticas públicas em educações levadas à cabo por políticas neoliberais de austeridade, potencializadas pela pauta moralista e virulenta do bolsonarismo em conjunto com a pandemia de Covid-19 e seus discursos e práticas negacionistas (uma aproximação com a necropolítica de Mbembe nos parece possível inclusive) degradaram enormemente o problema da saúde mental no ambiente escolar.

Nosso argumento central nesse ensaio é que a medicalização generalizada – em grande parte, lembremos, automedicalização – aumenta a olhos vistos com a deterioração das condições materiais e econômicas da área da educação exemplificada pela perda gradual de direitos dos trabalhadores da educação e do aumento do desemprego entre as famílias do alunado. Voltemos para o problema do diagnóstico agora sob o argumento da raiz subjetivo-econômica do capitalismo: o aluno diagnosticado com TDAH ou bipolaridade é tomado como um átomo cujo traço essencial e definidor de si é a sua conduta, entretanto, se colocarmos uma lupa em suas circunstâncias existenciais encontraremos muitas vezes condições socioeconômicas problemáticas que atentam diretamente contra qualquer possibilidade de sua estabilidade afetivo-emocional.

Sob o prisma da medicalização dos professores, a perda massiva de direitos, a baixa remuneração e a diminuição do poder aquisitivo de seus salários pela falta de reposição de inflação, gerando o famoso efeito cascata, operam como dispositivos na máquina de guerra do capital que impõe ao professorado profunda derrota em relação à governamentalidade neoliberal que objetiva a desarticulação da categoria que gradualmente se sente menos apta à luta, aderindo cada vez menos aos movimentos grevistas sob preocupações e interesses individuais (os ganhos e perdas pessoais

pesam mais que a luta coletiva no cenário contemporâneo já que a punição por uma greve, por exemplo, se dará de modo individualizado na carreira funcional do professor).

A desarticulação que as táticas do neoliberalismo que acoisa os trabalhadores com perdas de direitos e salários achatados, é impulsionado atualmente por pressões de ordem moral pelo neofascismo, conluio entre atores políticos, militares, policiais, latifundiários e neopentecostais. Esta aliança conservadora e moralista adiciona mais um ingrediente na desagregação da categoria dos trabalhadores de educação, atacando-os discursivamente ao lançar suspeições sobre a categoria por pretensamente “doutrinar” as crianças, ridicularizando-os, tornando-os suspeitos e inimigos de primeira ordem, levando, não raro, a agressões verbais e físicas. Exemplo desta nova camada de deterioração da saúde mental na educação é o projeto Escola Sem Partido criado pelo procurador do Estado de São Paulo Miguel Nagib em 2004 sob inspiração estadunidense, transformado no projeto de lei federal de número 867 no ano de 2015, através do deputado do PSDB do Distrito Federal Izalci Lucas. O Escola Sem Partido⁵ parte da premissa de que as escolas estão contaminadas por uma política “ideologizante” de esquerda, e assim sendo, não respeitariam a premissa de ensino neutro previsto pela Constituição Federal.

Neste cenário de pobreza e vulnerabilidades socioeconômicas dos alunos e esfacelamento da noção de coletivo entre profissionais da educação, a produção de ausência quimicamente conduzida (medicalização) das relações emergiu como dupla solução: a causa do mal-estar é obscurecida e toma-se o efeito por causa (assim não se interpelam os processos da máquina de guerra do capital) por um lado, e por outro oferece “alívio” e bem-estar sintético e anestesia existencial àquele que padece.

Nietzsche (1993) diagnosticava como decadência das potências humanas na contemporaneidade uma difusa relação de religiosidade e bem-estar que compreendia nova modulação da moral cristã de anestesiamento da vida. Sob essa perspectiva instaurada por Nietzsche, pensamos que a medicalização nas escolas responderia como resposta exacerbada (porque desesperada) do bem-estar individualista que perfura todo o tecido social e distancia-nos eticamente da relação com o outro e, portanto, da possível e

⁵ O projeto foi considerado inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal em agosto de 2020.

potente comunhão de interesses (desejar, lutar e construir novas relações conjuntamente). Do professor que não se engaja na greve por não querer atrapalhar a data de suas férias ao aluno que é tornado um zumbi dopado em sala de aula porque sua conduta perturbava o obediente e dócil aluno ansioso pelo ensino tradicional, todos são efeitos e excrescências da máquina de guerra do capital.

O que o protagonismo do aluno pode nos dizer sobre neoliberalismo na escola?

Há alguns anos emergiu a “bem-intencionada” ideia de o aluno tornar-se ator dentro da escola e de seu próprio ensino através do conceito de “protagonismo”. Protagonista é a personagem que possui centralidade em um romance ou filme, ou seja, todas as atenções se voltam a esta persona que toma a frente da história. Assim, cabe aos professores incentivarem essa tomada de autonomia por parte dos alunos, entretanto, nossa suspeição recai sobre as causas e efeitos do protagonismo e o que ele pode nos dizer sobre o neoliberalismo no ambiente escolar.

O que em princípio parece salutar (o protagonismo como processo de autonomização do aluno) parece-nos ser sintoma do modo de subjetivação neoliberal que modulará o “empreendedor de si” em sua versão para o alunado. A individualização e expectativa que o protagonismo joga sobre o aluno representa a supressão, esquecimento e invisibilização do montante de alunos que pelos mais variados motivos não estarão aptos ou à vontade para exercerem esse papel. Sob a perspectiva estrutural, o protagonismo desresponsabiliza todo o aparato educacional pelo “sucesso” ou “fracasso” do aluno, uma vez que ele foi incentivado a ser protagonista e tomar as rédeas de seu destino educacional. O protagonismo individualiza e responsabiliza o aluno e acirra a subjetividade neoliberal causadora do adoecimento mental no ambiente escolar.

Efetivamente, o protagonismo não é o ponto central do problema, ele é dispositivo e desdobramento do centro nevrálgico de adoecimento e medicalização da escola, a saber, as táticas de poder neoliberais. Sob nossa perspectiva, o aluno protagonista é compreendido como modulação do axioma do “empreendedor de si” – fundamento do que Foucault (2008) diagnosticou como nova estratégia de poder a partir da

ascensão nos anos 1970 do neoliberalismo –, que conforme argumenta o autor, não se trata apenas de teoria econômica, mas também modo de subjetivação, ou seja, formação de valores e modos de ver e se relacionar com o mundo e percebê-lo⁶.

Presença e pandemia sob o neofascismo

Como se produz presença? Essa se afigura a pergunta fundamental que aponta um caminho para a ruptura com os processos medicalizantes que permeiam a sociedade contemporânea. A resposta mais simples seria identificar no físico o fundamento da produção de presença, entretanto, a questão afigura-se mais complexa do que esta. Com a popularização dos *smartphones*, a presença física deixou cada vez mais de ser o fundamento constituinte da presença, pois é facilmente perceptível o sequestro da atenção que o dispositivo é capaz de operar. Contudo, fazemos uma breve e importante ressalva: o real não é moral de antemão, assim sendo, o telefone celular e a Internet não são bons e nem ruins por si sós, o que determina seus efeitos são os agenciamento e investimentos dos poderes que eles constituem. Somente no âmbito da potência podemos determinar se um agenciamento é bom (porque aumenta nossa capacidade de afetar e ser afetado) ou se é ruim (porque diminui nossa capacidade de afecção).

Se nossa hipótese de que o capitalismo gera a ausência como fundamento subjetivo-afetivo do embotamento e distanciamento das relações está correta, os *smartphones* operam como engrenagens dentro da máquina do capital capturando o que pensamos ser a substância da presença, ou seja, a atenção. Não nos cabe aqui aprofundarmos o conceito de atenção, por isso o tomemos em seu sentido mais corriqueiro, a saber, tratamos da capacidade de percepção e concentração em determinados encontros, fatos e objetos; espécie de direcionamento consciente e inconsciente da inteligência e do corpo para determinados elementos inseridos em um fluxo de tempo.

⁶ Lazzarato (2019) irá além e dirá que além de econômico e subjetivante, o neoliberalismo é materialidade como as ditaduras sul-americanas a partir de 1973 com Pinochet no Chile e o extermínio da população negra que segue em marcha provam.

A economia da atenção⁷ passou gradativamente a ser operacionalizada em inúmeras relações para além do *marketing* como estratégia de modulação, formação e captura do desejo, se tornando campo privilegiado de investimento das novas estratégias dos poderes na era das redes sociais. Com a captura da atenção, o distanciamento ético-afetivo veio antes do distanciamento físico e o advento da pandemia mundial da Covid-19, no entanto, esta agravou o quadro já em processo de embotamento do circuito de afetos que os encontros colocam necessariamente em seu horizonte. A atenção passou a ser o ponto de inflexão dos poderes: quanto tempo uma pessoa passa olhando um anúncio do tênis da marca X? Quantos *tweets* do presidente alguém curtiu? Como fazer para que o usuário do YouTube não pule o anúncio que alimenta toda a engrenagem de financiamento do site? A atenção foi sequestrada, e com ela subtraiu-se a presença como horizonte imediato na experiência.

O advento da pandemia de Covid-19 se alastrando pelo mundo inteiro, teve no Brasil o primeiro caso no início de março. A comunidade científica recomendou então aos governos ao redor do globo o distanciamento social como modo de prevenir e tornar mais lenta a contaminação, assim evitando o estrangulamento dos serviços de saúde locais. Deste modo, muitos países efetuaram períodos de isolamento social e a área da educação subitamente foi instada a ter que se “reinventar” no plano digital da Internet.

Muito embora a presença não possa ser tomada como fenômeno de percepção física, a ausência dos encontros pessoais causou uma maior automedicação entre os professores como apontam estudos recentes (ALVARENGA *et al.*, 2020; MONTEIRO; SOUZA, 2020; MORAES CRUZ *et al.*, 2020; INSTITUTO PENÍNSULA, 2020; SARAIVA; OLIVEIRA; MOREJON, 2020). Se de um lado foi instaurado o necessário distanciamento físico por conta do vírus Sars-Cov-2, por outro, a ascensão do neofascismo encabeçado pelo atual presidente brasileiro Jair Bolsonaro e apoiadores, constituíram narrativas negacionistas que promoveram a exposição à doença por parte da população e a tortura psíquica como projeto de poder uma vez que o fascismo, qualquer que seja sua modulação, caracteriza-se por ser política

⁷ A origem do termo e campo de estudos da Economia da Atenção é ainda motivo de disputas: há os que afirmam que o tema emerge do *marketing* num artigo de 1997 de Michael Goldhaber sobre economia da Internet; outros pesquisadores apontam para discussões no campo da política econômica cujo marcador inicial se daria no artigo lançado no ano de 1969 por Herbert A. Simon intitulado “Designing organizations for an information-rich world”.

da tristeza mediada por uma espécie particular do par sadismo (fazer sofrer por)/masoquismo (sofrer por) psíquico. A destruição do outro – que era sobretudo física no fascismo histórico – passa a ser também narrativa e psíquica. O caráter agora volátil da presença física como fundamento do estar presente com a ascensão das redes sociais e popularização da Internet deslocou o campo de batalha dos poderes e adicionou-lhe outra camada cada vez mais importante de disputas que é o campo digital.

O que fazer ou agora é inútil revoltar-se?

Neste cruzamento existencial dramático que nos encontramos atualmente de individualismo exacerbado pelo neoliberalismo, economia da morte e da tristeza do neofascismo, negacionismo e *tanatopolítica* da pandemia em solo brasileiro com relações cada vez mais mediadas por dispositivos conectados à Internet, coloca-se no horizonte a urgência de pensarmos como gerar presença. Conforme acreditamos, sem presença se afigura impossível criar outros circuitos afetivos que nos coloquem em comunidades de afecção mútua. Assim sendo, acreditamos, ao modo foucaultiano, que onde há poder, há resistência possível (mesmo que, senão fundamentalmente, em relações assimétricas de agência).

É necessário criar redes que produzam atenção para assim produzirmos presença, abrindo espaço para que *algo se passe* nesses encontros. O filósofo Baruch Spinoza (2014) defendia em sua *Ética* que estamos sempre em encontros (seja com os estados dos nossos corpos, seja com os objetos, outras pessoas, desejos, vontades etc.) e definia um bom encontro – em sua filosofia, sinônimo de alegre – como aquele que nos causa uma *afecção* Afeto de potência, ou seja, a passagem de um estado intensivo para outro onde a potência de afetar e ser afetado é ampliada; já o oposto do bom encontro, o mau encontro, é aquele no qual a potência de afetar e ser afetado é diminuída – daí a definição do (neo) fascismo como política da tristeza uma vez que seu gozo provém da eliminação, subjugação, obstaculização e/ou opressão do outro que não se enquadra nos modos garantidos e preconizados pelos regimes de poder.

Se nossa intenção e estratégia é criarmos encontros que produzam presença e assim abram circuitos outros de afetos, estes devem ter como dispositivo disparador alguma ordem de afeto compartilhado como, por exemplo, o gosto por literatura num grupo de leitura on-line, o interesse por algum jogo determinado, algum tema de pesquisa que interesse os participantes, a predileção por alguma

série. Os exemplos são infinitos, o que nos é importante ressaltar aqui é que a presença, dispositivo ético-político fundamental, demanda algum laço afetivo conector e talvez nosso grande desafio contemporâneo seja como constituir algum afeto-base com aqueles que nos tornam continuamente seus inimigos e objetos de ódio.

Retomando, por fim, a questão da medicalização na comunidade escolar, temos um último e derradeiro cuidado a ser tomado para não escorregarmos na trapaça da religião do bem-estar: se por um lado parece-nos fundamental a constituição de redes de promoção da presença e consequente circulação de circuitos outros de afeto, devemos rejeitar essa demanda como simples questão de bem-estar pessoal. Afetos não são necessariamente alegres e a luta das pessoas por melhores condições de vida, ou mesmo de questionamento e ruptura com a causa de nosso mal-estar (aqui identificados contemporaneamente no casamento entre neoliberalismo e neofascismo), só se afigura possível quando constituímos comunidades e/ou multidão.

A comunidade, a multidão, o corpo feito de vários corpos indicado por Spinoza não subsume as individualidades e individuações em prol da construção de um tipo geral; o que deve constituir a comunidade, multidão ou grande corpo é um desejar em conjunto: não importa minha pequena queixa, o meu problema particular se este não remete a um problema de grupo, importa o que eu, como parte dessa multidão, desejo em conjunto. A comunidade escolar medicalizada e individualizada pelos poderes necessita de uma política outra de potência, de circuitos outros de afetos, sem jamais perder de vista que as causas que identificamos com o regime neoliberal potencializado pelo neofascismo contemporâneo se desdobra de um lado na subjetividade e de outro na materialidade de políticas públicas de sucateamento da educação e de retirada de direitos dos trabalhadores da área.

Em resumo, desejarmos juntos, lutarmos conjuntamente e rompermos com os valores neoliberais e neofascistas que nos subjetivam passa por criarmos presença segundo uma ordem de redes e comunidades. Respondendo finalmente à pergunta que dá título a esta seção se seria ainda inútil revoltar-se dizemos resolutamente que não. Entretanto, precisamos criar processos que nos tirem do circuito de despotencialização promovido pela medicalização como estratégia de poder. Somente assim poderemos encontrar outros caminhos e outros afetos que não mais nos anestesiem, mas que curem e regenerem nosso tecido social e nossa saúde mental.

Referências

ALVARENGA, Robson *et al.* Percepção da qualidade de vida de professores das redes públicas e privadas frente à pandemia de Covid-19. **Revista CPAQV** (Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida), Piracicaba, v. 12, n. 3, p. 1-8, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 143-170.

HADOT, Pierre. **Exercícios espirituais e filosofia antiga**. São Paulo: É Realizações, 2014.

INSTITUTO PENÍNSULA. **Sentimento e percepção dos professores brasileiros nos diferentes estágios do Coronavírus no Brasil**. São Paulo: Instituto Península, 2020.

LAZZARATO, Maurizio. **Fascismo ou revolução: o neoliberalismo em chave estratégica**. São Paulo: n-1, 2019.

MARX, Karl. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

MONTEIRO, Bruno Massayuki Makimoto; SOUZA, José Carlos. Saúde mental e condições de trabalho docente universitário na pandemia da COVID-19. **Boletim de Conjuntura**, Boa Vista, v. 3, n. 9 2020.

MORAES CRUZ, Roberto; ROCHA, Ricelli Endrigo Ruppel da; ANDREONI, Solange; PESCA, Andrea Duarte. Retorno ao trabalho? Indicadores de saúde mental em professores durante a pandemia da COVID-19. **Revista Polyphonia**, Goiânia, v. 31, n. 1, p. 325-344, 2020.

NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1993.

SARAIVA, Ilyushin Zaak; OLIVEIRA, Nadja Simone Menezes Nery; MOREJON, Camilo Freddy Mendoza. Impactos das políticas de quarentena da pandemia Covid-19, Sars-Cov-2, sobre a CT&I brasileira: prospectando cenários pós-crise epidêmica. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, Edição Especial, p. 378-396, abr. 2020.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

Modos de narrar a experiência de pesquisar com crianças na atenção psicossocial¹

Michele da Rocha Cervo

Introdução

Percorrer o universo das crianças é mergulhar em descobertas, desconstruir concepções cristalizadas, como habitar um país onde as crianças pouco falam, pois as palavras são fabricadas e pronunciadas pelos adultos. Quando nos deixamos afetar pelo fluxo dessa produção, vemos quão variada é a própria linguagem e conseguimos colher fragmentos das narrativas da criança sobre sua experiência na condição de sofrimento e no encontro com o local que oferece tratamento. Aqui apresentamos a narrativa como um modo de fabricar territórios de escuta, a partir de uma pesquisa com crianças em um Centro de Atenção Psicossocial para a infância (Caps i), localizado numa capital da região sul do país, onde crianças foram escutadas sobre sua experiência de uso de medicamentos.

As crianças dizem sobre o modo como os diagnósticos e o sofrimento as constituem, sabem das interferências institucionais, conhecem o estigma, mostram-nos a experiência se produzindo na polifonia das vozes. Em contrapartida, nós, adultos e trabalhadores, muitas vezes permanecemos surdos a essas novas palavras, insistindo na maquinaria de fabricar termos e práticas que ignoram a experiência das crianças. Insistimos em deixá-las de fora do seu processo de cuidado, enxergamos patologias e não agires; formatamos modos de ser criança e de cura e não permitimos a expressão de modos de viver e a construção de mapas afetivos e trajetos de cuidado com a participação das crianças. Falamos sobre as crianças e não COM elas.

Bárcena (2010) fala da existência de um mito em torno da infância, na relação com a dor ou o adoecimento, a partir do qual ocorre uma espécie de canonização social das crianças que sofrem, gerando uma importante e lucrativa indústria. Nesse processo, acaba se produzindo uma anulação

da criança: tanto como sujeito quanto como sujeito-doente, onde a sua experiência de sofrimento oculta a possibilidade de crescimento existencial (BÁRCENA, 2010). A discussão do que é a infância acompanha as pesquisas e problematizações de muitos autores. Kohan (2005) situa sua produção no campo da Filosofia da Educação, buscando compreender a infância desde Platão. Retrata a infância como aquela singularidade silenciada que não pode ser assimilada pelo sistema.

Em Benjamin, Kohan (2005) resgata a dimensão da experiência, pois, assim como há a negação da infância, há a negação da experiência. Para Agamben (2005), a infância está atrelada à linguagem e, dessa forma, durante a infância cada ser humano se apropria da linguagem, utiliza o sistema de sinais para criar um discurso com sentido, constituindo-se um sujeito da linguagem. A experiência seria a diferença entre o que é dado e o que é aprendido, entre o que temos e o que não temos ao nascer. É através dos diferentes encontros que a criança vai tecendo sua infância e constituindo a experiência, algo que acontece entre sujeitos, entre a criança e mundo, entre a criança e as formas de adoecimento. Assim, infância e experiência se apresentam como condição de possibilidade da existência humana, sem considerar a cronologia nem a idade (KOHAN, 2005, p. 244).

Considerando as diversas possibilidades de conceituar a infância e a criança, neste estudo tomamos a infância não como uma fase ou como uma etapa da vida passível de quantificação. A infância assume a marca de uma intensidade – intensidade de duração –, tornando-se muito mais do que uma etapa da vida, uma potência, uma força vital (KOHAN, 2004). Essa configuração torna-se importante para analisar quais produções são engendradas no contato entre a política e a micropolítica em torno da questão da infância. Entendemos a micropolítica como sendo aquele movimento que interrompe a história, o contínuo, para produzir linhas de fuga, produzir um novo início, numa relação processual, em constante movimento (KOHAN, 2004).

As instituições sujeitam os indivíduos, ao mesmo tempo que os seus mecanismos objetivam esses indivíduos através dos jogos de verdade – tomando-os como objetos silenciosos de modos de investigação que pretendem alcançar o estatuto de ciência, de práticas que dividem –, eles também os subjetivam. O sujeito não está dissociado da experiência de si mesmo que é induzido a ter em determinadas instituições. Nesse sentido,

¹ Parte da discussão apresentada nesse artigo, também compõe outra escrita enviada para avaliação em periódico científico da área de Psicologia, ainda sem retorno de avaliação.

utilizando algumas reflexões do campo da educação, Kohan (2005) toma a experiência de si a partir de cinco dimensões: a perceptiva, aquilo que é possível perceber de si; a discursiva, aquilo que é possível dizer de si; a moral, aquilo que é possível julgar de si, segundo normas e valores; a cognitiva, aquilo que é possível pensar de si; e a de governo, aquilo que é possível fazer consigo mesmo. Dessa forma, a experiência de nós mesmos está imersa em um complexo jogo de práticas discursivas e não discursivas.

Ser sujeito-criança “da saúde mental” é participar de um jogo onde as forças instituintes e instituídas se presentificam. O jogo da verdade praticado nesse contexto não produz um sujeito qualquer (KOHAN, 2005).

[...] a verdade da infância não está no que dizemos dela, mas no que ela nos diz no próprio acontecimento de sua aparição entre nós como algo novo. E isso tendo em conta ademais que, embora a infância nos mostre uma face visível, conserva também um tesouro oculto no sentido que faz com que jamais possamos esgotá-la (LARROSA, 1998, p. 83).

Assim como crescer, para a criança, não se dá em um único sentido, as formas de cuidado também não podem operar na direção da cura, como um ideal de normalização. Ao percorrer com as crianças algumas terapêuticas, torna-se necessária a invenção de direções e sentidos buscando potências de vida e existências.

A infância se produz em encontros-experiência, na medida em que determinado conhecimento, considerado como um dado constituído dentro de um regime de verdades, não é mais atribuído ao sujeito e, sim, essa passa a se constituir no próprio dado. Segundo Barros e Passos (2001) o sujeito passa pelo dado, como numa ultrapassagem, fazendo das crenças e invenções sínteses e sistemas. As crianças seguem tecendo seus sistemas e sínteses, como num emaranhado de fios, onde lhes são oferecidos conjuntos de dados referentes a sua própria infância, à loucura, às normas sociais. Nada garante que a ação de lhes atribuir informações-dados produza certos tipos de infância, e até mesmo a cura; pois a experiência no próprio dado é singular e produtora de subjetividade. Os autores abordam Deleuze para falar da experiência, pois para ele a “experiência é uma sucessão movimentada de percepções distintas” (BARROS; PASSOS, 2001, p. 148)

O encontro resulta na singularidade, na criança como acontecimento. “É quando uma questão de dinâmica (de atividade) entra em jogo que o acontecimento tem lugar, porque ele (o acontecimento) é sempre produzido por corpos que se entrecrocaram, se cortam ou se penetram, a carne e a espada” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 78). Com o encontro as forças se manifestam e o acontecimento tem lugar, de modo que aquilo que resulta de um encontro é invariavelmente singular.

A criança deixa de ser um polo aglutinador e passa a ser “um campo de forças, de intensidades, de relações diferenciais, de elementos indiferenciados”, o que interessa são as forças que agem e reagem e como elas fazem. Cabe ressaltar que, por atravessar um campo com forças distintas, o que acontece se passa ali, naquele momento e em nenhum outro mais, pois ali estão dispostos alguns elementos e combinações, criando condições de possibilidade para a expressão de uma ou outra infância.

Infância e saúde mental

O lugar da infância no campo da Saúde Mental, fez parte da produção do saber e do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006). Olhar para a infância, a partir de uma perspectiva histórica, percebe-se como certos fenômenos foram surgindo, como a patologização e a medicalização da infância, assim como o cenário onde as práticas de cuidado foram produzidas, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental infanto-juvenil implementadas no âmbito do SUS. Constatamos que as transformações nas concepções de infância foram, ao mesmo tempo, engendrando mudanças nas instituições que participam da produção dessas infâncias, seja pelo viés da educação, da assistência social ou da saúde.

Com a mudança na ordem econômica e social e o estabelecimento do capitalismo liberal-burguês, ocorre um reordenamento das cidades, dos serviços públicos, produzindo mudanças no modo de ser das populações: o que antes era coletivo começa a ser individualizado, ocorre uma privatização das condutas, e os médicos se engajam nessa reestruturação, recomendando comportamentos e ações. Observa-se com isso uma mudança nos sentimentos relacionados à infância, que foi sendo construída no decorrer da história. Essa mudança em parte se refere a um certo olhar estrangeiro, que produziu

um movimento de patologização dos comportamentos até então existentes e inerentes a determinadas culturas (FOUCAULT, 2001; RIZZINI, 2004).

A atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde tem em seu histórico a crítica ao ideário protecionista circunscrito num modelo de institucionalização, que contribui para a segmentação e não integração dessa população. Ao longo da história da assistência a essa população, os avanços políticos e econômicos contribuem para a construção de concepções acerca da representatividade desse público para o desenvolvimento do país. Com isso, um conjunto de medidas asseguradas pela lógica higienista, com inspiração normativo jurídica, é engendrado nesse discurso hegemônico da criança como o futuro cidadão da sociedade, ficando o cuidado dessas crianças e adolescentes atrelado, na sua grande maioria, à tutela das instituições filantrópicas e caracterizando-se pela permanência em instituições fechadas, como orfanatos, asilos e abrigos (BRASIL, 2005; PEREIRA, 2003; RIZZINI, 1995).

Nesse período (final do século XIX e início do século XX), a assistência se organizava para atender aos deficientes, fosse essa deficiência de ordem social (pobres), mental ou moral (delinquente). Dessa maneira, as possibilidades de singularização dos sujeitos estavam mais distantes. Esse processo normativo que institucionalizou a assistência foi também o gerador de exclusão, produzindo um contingente de crianças e adolescentes desassistidos e abandonados.

Até aquele momento, tínhamos, como modelo de assistência vigente, o modelo do asilamento e da institucionalização. Seria necessário, assim, tomar esses marcos legais da redemocratização para operar algumas mudanças nos modelos de atenção. É através do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sendo produzida a “efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária” (BRASIL, 2005).

Algumas ações contribuíram para a garantia e redirecionamento da política de cuidado em saúde mental. Entre essas ações estão as Conferências Nacionais de Saúde Mental, a lei nº 10.216/2001 – lei da Reforma Psiquiátrica – (BRASIL, 2001), a Portaria 336/GM de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), e a Portaria 3.088/2011 da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde -SUS), que inclui as Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI). A lei da Reforma Psiquiátrica deu a institucionalidade necessária para que houvesse o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. A infância e adolescência entrou tardiamente na agenda política, somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental (COUTO; DELGADO, 2015).

Observamos que, a partir desses importantes marcos políticos dentro da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), pela primeira vez tem-se um equipamento para cuidar das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave dentro de uma política nacional de Saúde Mental, os Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (Caps i). Ao mesmo tempo em que avançamos com a reforma psiquiátrica brasileira RPB, afirmando um modo de cuidar na singularização, com a doença (transtorno) sendo colocada entre parênteses. Assim, surgem movimentos que produzem e afirmam o lugar de cuidado, criando outras estratégias de inscrição do transtorno. São modelos de atenção disputando a organização do cuidado e compreensão da criança em sofrimento psíquico.

Em estudo realizado por Untoiglich (2009), a autora afirma que em cada época há a construção de novas coordenadas sobre o normal e o patológico, observadas atualmente pelo crescente número de diagnósticos direcionados à infância. A infância vem sendo alvo de novos ordenamentos de produção subjetiva, afirmando-se como uma produção que acompanha a transformação social. A literatura aponta um movimento de valorização da psiquiatria, onde a procura cada vez maior por esse tipo de atendimento reforça a ideia de não compreensão e não aceitação do comportamento das crianças e adolescentes diante de determinadas situações.

Essa procura por auxílio psiquiátrico é feita de acordo com os sintomas apresentados pelos indivíduos; porém, o que a psiquiatria propõe, como nos diz Cruz (2010), é eliminar esses sintomas, silenciá-los para que a queixa deixe de existir. Esse movimento da psiquiatria é encontrado em outras leituras, com Foucault (2001), Castel (1987) e Costa (2007), contribuindo para a problematização do lugar dessa abordagem, historicamente responsável pelos processos de disciplinarização e controle da sociedade. Essa problematização será importante para a constituição do movimento da reforma psiquiátrica. Contudo, o que se percebe, de forma cada vez mais intensa, é a prática de enclausuramento do sofrimento por meio da medicalização do corpo, individual e social (CRUZ, 2010).

Compartilha-se da crítica apresentada por Cruz (2010), ao referir o uso banal do medicamento – e por banal entende-se aqui as situações em que o medicamento é a via mais fácil para apaziguar o sofrimento do indivíduo, restringindo todas as situações ao uso do medicamento como a única forma de alívio para os sujeitos. O fenômeno da medicalização une-se ao da patologização, ou seja, muitas vezes o diagnóstico acaba assumindo a identidade do sujeito, ocorrendo um fenômeno contemporâneo da manicomialização, onde o sujeito não está mais enclausurado em uma instituição ou clínica, mas em seu próprio rótulo, e, por conseguinte, em sua própria identidade.

Nosso cotidiano apresenta inúmeras situações em que essa discussão é pertinente, sendo o diagnóstico e, posteriormente, a medicalização, uma forma de expressão que os encaminhamentos de crianças e adolescentes podem assumir ao chegarem às unidades de saúde. A infância abordada pelas teorias clássicas da psicologia do desenvolvimento relaciona-se com uma continuidade cronológica, uma infância das classes hegemônicas, cuja existência é marcada pelos efeitos de sucessão de etapas no tempo. É essa infância a que ocupa os espaços das políticas públicas, dos estatutos, das escolas, entre outras instituições.

Entretanto, segundo Ceccim (2001), o desenvolvimento de uma criança pode ser pensado, não em relação às exigências do futuro, mas às experimentações em que pode exercer as suas potências, compondo-se com outras pessoas, como pais e irmãos, por exemplo. As práticas contagiadas por compreensões como essa se abrem para a diferença e possibilitam a produção de infâncias diferentes. A noção desenvolvimentista da criança cria um acoplamento às características esperadas conforme a faixa etária em que se encontram, mas elas não existem somente nesse movimento – “ser criança é aceitar a aventura de se compor com as aprendizagens, deixar seu corpo descobrir experiências, explorar ambientes, percursos e emoções” (CECCIM, 2001, p. 98). Ser criança não dá à criança um estatuto de não saber, de habitar uma realidade não existente; ela realiza experiências, não em busca de um equilíbrio, mas pela vivência da experimentação. Ela se liga nas chances de trajeto e segue traçando cartografias, explorando outros territórios, construindo outros mapas no próprio percurso. Segue a produção de si movendo-se pelo produto de encontros e acasos. A produção de infância pode seguir as linhas cronológicas, nas quais a criança vai aceitando os agenciamentos construídos pela sociedade, pelos pais, pelas inúmeras instituições presentes no corpo social, materializando as expectativas dos adultos que gerenciam essas forças.

Bárcena (2010) ao se referir à infância e sua relação com a educação, retrata o caráter normativo que o saber pedagógico carrega, o que muitas vezes acaba bloqueando a experiência da infância como acontecimento. Ele segue dizendo que “muitas vezes nossa palavra excessivamente direcionada a elas nos faz duvidar da experiência intempestiva da infância como um acontecimento” (BÁRCENA, 2010, p. 09).

O lugar da infância deixa de ser aquele tomado como fase de desenvolvimento – pueril, infantil, dócil – para assumir-se como expressão de um confronto político com aquilo que ficou preso no passado ou que não encontrou destino nas narrativas hegemônicas. Ao falar de lugar, passado e presente, Benjamin (2012) se vê interrogado pela questão do tempo, onde, como uma espécie de paralisação do fluxo temporal, evidencia o sentido político das suas ideias. O movimento que Benjamin faz, de crítica a um certo modo de fazer e inscrever a história, influenciado pela Modernidade e pela indústria, evidencia o “estatuto minoritário do olhar das crianças”. Segundo Ferreira, a partir das leituras de Benjamin, a percepção minoritária das crianças está presente em uma consideração política de inacabamento da infância, numa crítica a certa prática pedagógica e psicológica que colonizou a experiência da infância e da juventude (FERREIRA, 2015).

Em Benjamin (2012), o itinerário da experiência encontra a narração como uma forma de manter a história e carregar dimensões políticas. A narração é entendida como um processo inacabado, sempre em produção no *entre* tempos e espaços, onde narrar torna-se intercambiar experiências. As narrativas podem ser consideradas como camadas depositadas ao longo do tempo. No texto “O Narrador”, Benjamin (2012) sinaliza a ideia de percorrer a distância no sentido de um encontro, sob a possibilidade de estranhar o outro e se produzir nesse outro. Nesse sentido, narrar como uma aproximação do olhar da criança, numa dimensão ainda de experiência menor, numa língua menor, lugar minoritário na trama social. Nesse autor encontramos a narrativa de um pensamento em processo, que encontra na linguagem sua expressão, pois a experiência tem que ser também experiência na linguagem. Uma história que não pode ser narrada, colocada em palavras, não é passível de ser comunicada e, portanto, de nada serve (PEREIRA, 2006, p. 65).

Seguindo as pistas de Benjamin, realizou-se uma pesquisa que se colocou para a criança como talvez aquilo que se rememora da lembrança de estar sob tratamento, uma possibilidade de ampliar o sentido daquilo que se viveu e vive, e de recolocar o encontro com a palavra e o desconforto, com o efeito já instituído da experiência com certas palavras. Movimento que se faz possível ao suspender a cronologia do tempo, imprimindo a compreensão política de tempo histórico.

Pesquisar COM crianças

A proposta metodológica que sustentou o estudo seguiu a política de pesquisa entendida como o *pesquisar com*, deslocando o eixo central da ciência, hegemonicamente alicerçado em práticas de totalização e dominação, para a produção de redes polifônicas, compostas por saberes, práticas, entidades, atores diversos, sempre em movimento de construção de mundos e sujeitos. Essa política de pesquisa favorece o acontecimento, entendido como produção de sentidos e emergência de novas práticas a partir do movimento que se inaugura no tecido social (TAVARES; FRANCISCO, 2016).

Na pesquisa-intervenção com crianças, o sentido do pesquisar é entendido como um movimento entre o buscar saber e o querer transformar. Nessa perspectiva, pesquisador e criança não se cristalizam nos lugares preconcebidos de serem isoladamente quem pergunta e quem responde, mas, a partir de um questionamento instaurado intencionalmente pelo pesquisador, buscam compartilhar sentidos para essas questões afetando-se mutuamente e produzindo um conhecimento que faça sentido a eles (PEREIRA; MACEDO, 2012, p. 19).

Segundo Benjamin (2002), a experiência da infância configura um misto de singularidade e inserção cultural. Brincando, as crianças criam para si um pequeno mundo de coisas, com elementos garimpados no vasto mundo físico e social em que estão inseridas. Esse pequeno mundo dá a conhecer a forma ativa e genuína como as crianças percebem e recriam a cultura, a política, a economia, a educação. A experiência da criança nos fornece pistas para compreender como as instituições – entre essas a loucura, a saúde, o sofrimento – fazem-se dobrar nos modos de subjetivação, permitindo a produção de experiências comunicáveis do seu padecimento, numa dada cultura e tempo histórico.

Para encontrar as crianças, foram construídas estratégias e mapeados os seus trajetos, contando com a participação da pesquisadora nos grupos com crianças, grupos com pré-adolescentes, espaço de ambiência, os leitões de retaguarda e as reuniões de equipe. A participação da pesquisadora adulta foi sendo experimentada, modificada e explicitada a partir das diferenças de lugares, das expressões de linguagem e a trama lúdica inventada e vivida nos encontros. Esse movimento criado a partir do acompanhamento das atividades propostas às crianças no serviço permitiu compreender quem eram essas crianças que por ali circulavam e eram coproduzidas por esse território. Ao entrar em contato com o cotidiano, tanto das crianças quanto dos fluxos e práticas do serviço, percebemos que grande parte das crianças faziam uso de medicamentos, algumas questionavam os profissionais sobre os seus efeitos, outras relatavam que não produziam efeito algum, e os de menor idade faziam a associação entre medicamentos e comportamento.

A questão “O que dizem as crianças sobre a experiência da loucura ou do sofrimento, o que as crianças têm para nos dizer sobre a sua experiência” conduziu a construção dos dispositivos no percurso da pesquisa, marcados nas conversas e questionamentos quanto à participação na pesquisa e o interesse delas em dialogar sobre uso de medicamentos e o aceite ou consentimento em querer fazer parte do estudo. A escuta da pesquisadora, que buscou na forma de ensaios narrativos apresentar questões que contemplaram a experiência de adoecimento, reconhecendo e nomeando as estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com o sofrimento e uso de medicação. Para a criação dos dispositivos buscou-se inspiração em histórias infantis, jogos de tabuleiro, jogos de cartas e baralhos e o Guia Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM).

O desafio de pesquisar com crianças compreendido como processo em devir, e não tomando as crianças como objetos de pesquisa (PEREIRA; MACEDO, 2012). A narrativa possibilitou que diferentes dimensões da experiência possam se encontrar e fazer falar a produção do encontro entre pesquisadora e crianças, percorrendo linhas de errância e trajetos que se forjam no ato de pesquisar.

O estranho no UNO: narrativa e experiência de crianças

A partida já começou e, entre uma carta e outra, conversam sobre a semana e seus trajetos pelos espaços externos ao serviço. É sempre hora de uma partida nesses grupos, existe um desejo e diversão em torno desse jogo. O que o UNO agencia? A pesquisadora se pergunta. Não tem início, meio e fim nesse grupo? Primeira implosão do encontro de mundos: como toda a fluidez dos modos de ser criança, é necessário embarcar no fluxo e fazer-se presença. Qual o lugar da técnica nessa atividade para a criação de laços? O corpo-pesquisadora estranha, esperava uma autorização para estar ali, uma apresentação, talvez. Produz-se desconforto, o corpo constrange-se e se enrijece. Em uma análise apressada, vibrando na existência adulta-técnica-pesquisadora, entende que essa resposta se localiza em uma percepção da criança sem voz e sem escuta, porque o que esperava como ação está dentro de um movimento validado nos processos grupais adultos.

O que nos torna pertencentes a esse grupo é o lugar dentro do jogo, e o que será criado, divertido pelos próximos cinquenta minutos. Entra-se no jogo, cartas são embaralhadas, e a pesquisadora tem entre as mãos algumas delas. O que fazer? Segunda implosão de mundos: não sabe jogar. Mesmo sendo a sua segunda semana de partidas, não absorveu e não compreendeu as regras. Questiona-se se o desafio estava em aprender a jogar ou aprender a estar ali a partir desse jogo, aprender a fazer parte a partir do que ele agenciava. Um corpo que começa a mapear os seus limites e reconhecer os deslocamentos provocados pelo encontro com as crianças.

Algumas regras compreendeu, outras esqueceu facilmente. O esforço concentrava-se em dar conta do desconforto que fora produzido pelo jogar e estar com as crianças. Perde-se entre as cartas e as regras. Os pensamentos fixaram-se na entrada, em fazer-criar um corpo autorizado para estar ali. Recebemos novamente as sete cartas e somos conduzidos por uma outra profissional. Quem embaralha as cartas? *Vamos, vamos Di², distribui logo. É a minha vez de jogar. Não olha minhas cartas.* Entre uma tentativa e outra de espiar a estratégia do outro, as crianças vão marcando e brincando no tempo-grupo. Não, espere sua vez, agora é o Ponciá, alerta

a profissional. *Eba, deu boas!* Uma outra criança fala quando as cartas que estão no centro da mesa, no monte, favorecem que avance no jogo. *Vaaaaiiii, tá dormindo! Anda que eu quero jogar,* diz Milu para o colega. E, assim, vamos tecendo um vai e vem de cartas, palavras, regras, experimentações. O ritmo é quebrado por reivindicações e zoações. *Perdeu, fica aí distraído! Joga, cara... é a tua vez. Vou ganhar, vou ganhar. Unooo!!* É o grito daquele que permanece com uma carta só e indica a possível vitória.

As profissionais atuam como mediadoras, retomando as regras sempre que necessário. Elas sabem as regras, o que impele e imprime ritmo ao grupo são as pulsões dos corpos infantis que vibram, misturam-se com o jogo. Naquele momento, os corpos são o jogo, são UNO. As crianças operam naquele território com o domínio de quem conhece e pactuou seu funcionamento. O jogo é um organizador... em tudo que ele produz, desde a ordem de quem joga, o lado em que inicia a rodada do jogo, a leitura do significado de cada carta, a rapidez de raciocínio, a gestão das suas cartas e do movimento do jogo. Tudo isso para produzir o vencedor, que exige ainda a leitura da estratégia dos outros. Affe, quantos elementos para organizar e gerir!

Com muita frequência a pesquisadora se perde entre tantos signos, embaralha os sentidos. E, agora? O que significa mesmo essa carta? Definitivamente, são informações demais para processar e seguir jogando. Seguimos a rodada, ora a pesquisadora acerta ora se atrapalha. As atrapalhões são muitas, para a diversão das crianças. No desenrolar do tempo, percebe que também está sendo conduzida e orientada pela profissional de referência, ela guia a pesquisadora e as crianças quanto às regras, corrigindo-nos e nos direcionando para o andamento do jogo. Um pensamento invade a cena, não seria esse o grupo onde além da idade as crianças orbitavam em torno do diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade? Sim. E não é que a pesquisadora estava misturada a esse modo de ser?

Era uma espécie de convite para ocupar, por um momento, o lugar que as crianças vêm ocupando nas tramas relacionais, dentro e fora dos estabelecimentos e instituições. O “déficit de atenção” era tamanho que por vezes envergonhava a pesquisadora. E, quando achava que havia superado as suas limitações e arrasaria na jogada... Pah, tinha entendido a regra errada e voltava para a estaca inicial. Ponciá, presta atenção no jogo,

² Os nomes utilizados são fictícios e foram retirados de contos de Conceição Evaristo na obra Olhos d'água (EVARISTO, 2015.).

“você não está prestando atenção. Olha o jogo e suas cartas. Rita, calma, presta atenção, não é sua vez. Agora pode jogar, tem que saber esperar. E para a pesquisadora: essa não pode, tem que ser todas iguais com cores diferentes ou você deveria ter jogado de outra forma.”

Quando o enunciado era direcionado às crianças, carregava o discurso em torno da atenção ou falta dela, localizando esses corpos-experiência a partir de uma pré-existência e da marca de um possível diagnóstico. Dirigido à pesquisadora, porém, a experiência seguia registrada no mandato da norma. Percebendo as diferenças de lugares que ocupavam e os mandatos que carregavam, permitiu-se inverter um pouco os papéis. Viu, Ponciá, eu e você estamos distraídos, estamos do mesmo jeito no jogo, não prestamos atenção, diz a pesquisadora. Risos. Alívio. A ele foi perguntado se era assim na escola também, ao que respondeu que sim. Os professores devem se incomodar. A pesquisadora, por carregar o corpo adulto e uma certa expertise, autorizada por esse lugar construído junto a eles, estava isenta de interferências classificatórias. Por que à pesquisadora não coube a pergunta e nem as observações como “presta atenção!”?

Logo vem o pensamento sobre o lugar que as crianças ocupam e o que se escuta delas. Durante esse tempo-jogo, elas deveriam saber jogar, conhecer e concentrar-se nas regras. A ação de jogar exigia a presença de várias forças: a cognição, o corpo, a atenção, mas os lugares ocupados eram diferentes, há desigualdade entre eles e suas posições. Rita consegue falar sobre sua vida, contando sobre o final de semana e a relação com a irmã. Ponciá e Di conversam sobre o jogo. Todos expressam seu contentamento ou descontentamento em vencer ou não a partida. Sentiam os efeitos da coordenação, aparando arestas, afirmando regras e modos de funcionamento, mas não falam sobre como se sentem durante aquela partida. É preciso nomear tudo? Que efeitos têm essa atividade para a vida deles? Onde está o protagonismo? Na escolha do que fazer naquele dia? Essa seria a autonomia? A escolha da atividade a ser realizada no dia é pactuada por todos. Seria possível outro espaço de protagonismo? Onde seria ou estaria? São questões que sofrem modulações e outras expressões no decorrer dos encontros com as crianças. A presença delas vai torcendo os questionamentos e compreensão sobre essas variadas formas de produzir encontro-clínica-tratamento em Caps i.

Considerações finais

No campo da saúde mental infantojuvenil observa-se as lutas pela defesa da vida, contrárias as práticas de medicalização, que diagnosticam, rotulam em nome da pulverização de diagnósticos e classificações. As crianças e adolescentes fizeram ver as marcas que os diagnósticos imprimem nos modos de ser ou na falta de um nome, identificam o desvio pelo sintoma e resposta durante as interações e relações sociais. A narrativa ocupa um lugar importante quando pesquisamos com crianças, mostrando o percurso metodológico e a potência de cada encontro, que o lugar de pesquisadora é convidado a habitar. A posição de estrangeiridade da pesquisadora, nem sempre confortável e permanentemente aberta ao acontecimento, vai permitindo que a experiência possa ser contada. A criança percorre cada possibilidade com a força da descoberta e curiosidade. Não há obviedade. Não há repetição. É sempre novo de novo. Assim, atravessada por essa linha de existência e pista das *tecnologias de encontrar*, percorreu, no Caps i, grupos de crianças e pré-adolescentes.

Com a contribuição de Benjamin, ao narrar a experiência infantil de caçar borboletas, onde mostra que aquilo que se colocava em jogo era a expressão do devir borboleta no menino e do devir menino na borboleta, colho a oportunidade para apontar que o inacabamento da infância nutre a possibilidade de experimentação das fronteiras. A pesquisa com crianças coloca o desafio de desafinar o tempo cronológico para tecer o tempo do devir e se fazer experiência para a criança e para o pesquisador, tomando o inacabamento da infância como potência de invenção e *ethos* da pesquisa, deslizando espaço e posição narrativa. Trata-se de viver a pesquisa, a docência, o brincar como experiência.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. **Infância e história**: destruição da experiência e origem da história. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.
- BÁRCENA, Fernando. Prefácio. In: SILVA, Léa Stahlschmidt Pinto; LOPES, Jader Janer Moreira. **Diálogos de pesquisas sobre crianças e infâncias**. Niterói: Editora da UFF, 2010.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. Subjetividade e Instituição. *In*: BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 145-152.

BENJAMIN, Walter. Experiência e pobreza. *In*: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica; arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras Escolhidas I. São Paulo: Brasiliense, 2012. p 114-119.

BENJAMIN, Walter. O narrador. *In*: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica; arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras Escolhidas I. São Paulo: Brasiliense, 2012. p 197-221.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>. Acesso em: 04 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria a pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CECCIM, Ricardo Burg. Pediatria, puericultura, pedagogia: imagens da criança e o devir-criança. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2001, p. 87-103.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

CRUZ, Maria Angela Santa. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010; p. 70-85.

DELEUZE, Gilles. O que dizem as crianças. *In*: DELEUZE, Gilles. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997. p. 73-79.

DELEUZE, Gilles.; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d’água**. Brasil: Pallas, 2015.

FERREIRA, Marcelo. Por uma concepção crítica de infância. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 394-403, 2015.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

KOHAN, Walter Omar. Apontamentos filosóficos para uma (nova) política e uma (também nova) educação da infância. *In*: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 27., 2004, 21 a 24 nov. **Anais [...]**. Caxambu: Centro de convenções, 2004. p. 1-12.

KOHAN, Walter Omar. **Infância: entre educação e filosofia**. Belo Horizonte: autêntica, 2005.

LARROSA, Jorge. O enigma da infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. *In*: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria P. (Orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 67-86.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 04 jan. 2020.

PEREIRA, Marcelo de Andrade. Saber do tempo: tradição, experiência e narração em Walter Benjamin. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 61-78, jun./dez. 2006.

PEREIRA, Rita Maria Ribes; MACEDO, Nélia Mara Rezende. **Infância em pesquisa**. Rio de Janeiro: Nau, 2012.

RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.

RIZZINI, Irene. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

TAVARES, Gilead Marchezi; FRANCISCO, Rayanne Suim. Pesquisa como acontecimento: exercícios de escreverCOM. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 136-148, 2016.

UNTOIGLICH, Gisela. **Patologías actuales en la infancia**: bordes y desbordes em clínica y educación. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2009.

Por uma pedagogia do ver/chão: os deslimites de uma educação em saúde

Gisele Vicente da Silva; Ricardo Burg Ceccim

Introdução

Escrevemos a partir da experiência de uma trabalhadora pedagoga na saúde e as aprendizagens possíveis no cotidiano de um Caps AD IV – “Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas e sustentação para Consultórios de/na Rua”, onde se coloca um certo perfil intensivo de relação com fármacos, remédios e medicamentos, envolvendo trabalhadores e usuários *do* ou *em relação com o* serviço. Afinal, o que a educação tem com isso? Arremessados adentro de um “nós mesmos”, ficamos a pensar quais tarefas, proposições, intervenções, produções cabem à educação quando pensamos fármacos/ remédios/medicamentos.

Para pensar a relação da educação com os fármacos, remédios e medicamentos fez-se necessário retomar cenas de um cotidiano de aprendizagens outras em um Caps AD IV e seus usuários, majoritariamente pessoas em situação de rua, cujo cuidado exige uma *prática de corpo* (CABALLERO, 2009, p. 19) “no âmbito da terapêutica e da educação em saúde, que desacomode as condutas disciplinares vigentes nas abordagens técnico-profissionais quando indivíduos ou grupos se tornam usuários frequentes ou por um tempo prolongado nos serviços de saúde”.

Foi com essa necessidade de uma *prática de corpo*, que a pedagoga na saúde propôs e mediou a oficina *O Uso da Palavra*. É nesse espaço de produção que a pergunta “o que a educação tem com isso” reverbera aprendizagens diversas em pedagogias de corpo que se agenciam pelo encontro, na produção de invenções de modos de dizer e estar na vida, “desafiando a saúde a reinscrever seu projeto terapêutico em um projeto educativo da saúde” (CABALLERO, 2009, p. 23).

Com periodicidade semanal, a oficina *O Uso da Palavra* no Caps AD IV foi pensada “a partir da convicção de que as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação” (LARROSA, 2002, p. 21) e ainda que a palavra “constitui

o aparelho psíquico, cada vez com um maior número de facilitações (investimentos dos vínculos introjetados), formando uma rede e estrutura interna necessária para a elaboração dos sentimentos, conflitos, marcas de dor e de prazer” (BROIDE, 2006, p. 169). Tal espaço de oficina faz uso da literatura como forma de suscitar palavras sejam elas pela oralidade ou pelo corpo, em ações que envolvem colagens, papéis, cartas, os livros que amamos e as músicas que nos remetem para passados possíveis de tradução e para futuros à espera de linguagens em horizontes.

Nossas aprendizagens para tais *usos de palavras* provocaram *deslimites* quase impensáveis fora da literatura. Foi na Gramática Expositiva do Chão (Manoel de Barros, 1999) que as nossas palavras encontraram também uma *poética do deslimite* (SUTTANA, 2009, p. 26) a partir da “relação do homem com o espaço onde vive [...] que transcende suas demarcações naturais e se mescla com a experiência”, aprendizagens dos deslimites de *espaços de dizer a educação e a saúde com a boca de outros-em-nós*.

Falamos de vozes que não findam e se fortalecem e pluralizam “dando ao olhar que ali procure estabilidade a sensação inquietadora de que nada está começando nem se dispõe a terminar” (SUTTANA, 2009, p. 29), assim a palavra, como forma de deslimite, não produz fronteira/periferia/margem. *Inestancável*, a palavra transpõe o nível dos discursos estabelecidos em saúde. Tais aprendizagens nos chegam em caleidoscópios. Fragmentárias, nos escapam, gaguejam e vociferam com dor e coragem já que é da voz a vida que se viveu, e para podermos dizê-las em texto julgamos necessária a composição de cenas/imagens/invenções que deem conta de vidas que *entrem no mundo pela palavra*.

Uma escuta pedagógica começa no deslimite chão

Cena 1: Partido ao meio, arrastando consigo perdas irreparáveis e insuperáveis, Jorge peregrina calçadas que gritam suas partes amputadas e que ainda doem e latejam e fisgam tudo o que ele já perdeu e que permanecem em deslimite. Conta que foi exatamente nesse momento que, com os olhos fixos no chão encontrou aqueles mosaicos em forma de setas quase proféticas e que ele sabia, o levariam a um desespaço de sua dor.

A vida em um Caps AD IV *a céu aberto* oferece amplo espaço de pensar uma *estética do chão* porquanto construção sensível que intenciona fabricar uma compreensão singular da *linguagem da rua* como dispositivo de aprendizagem para trabalhadores e trabalhadoras da saúde. A vida de um Caps *a céu aberto* renasce a todo tempo. Assim, uma *linguagem da rua* não é uma, mas muitas: são todas as palavras que tivermos a potência de inventar e criar. O exercício de imaginar uma escuta pedagógica que comece no chão é um processo que passa pela ideia da experiência em vida e rompe os limites de utilidade deste. O deslimite pode ser o processo que faz da imprecisa educação em saúde um estado sempre transformado que não deixa com que as coisas findem, sendo então reinventadas numa produção fabril, que se faz a todo instante.

O processo de constituição do Caps AD IV Céu Aberto de Porto Alegre se deu *nesse chão* em cenas de uma cidade que levou trabalhadores à rua antes da abertura oficial do serviço, em 29 de março de 2019, onde

[...] para desenhar o espaço e a forma de atendimento, foi realizado um projeto de cartografia e aproximação com a população local que já vivia na região da cidade. Foram envolvidas entidades representativas, associações e entidades que já trabalhavam na região. Em mais de três meses de trabalho, foram aprofundados os conhecimentos preparatórios para a organização do espaço e foram estabelecidos os primeiros vínculos com os moradores de rua e usuários de álcool e drogas, principais populações presentes no entorno (AESC, 2020).

Essa *cartografia do espaço da rua* pode hoje ser conferida já na entrada do Caps: sem cercas ou balcões, no mesmo nível da rua, o espaço se mostra uma continuação do chão da calçada, cuja estrutura física condiz com a proposta do Caps AD IV de ser, realmente, um “céu aberto”, inserido numa região de Porto Alegre, com áreas de grande vulnerabilidade socioeconômica e concentração da população em situação de rua, de acordo com o Plano Municipal de Saúde da cidade. Narram os trabalhadores que para realizar tal cartografia percorreram ruas e calçadas, e experimentaram pavimentos, solos, superfícies em chão fértil de vozes.

O relato de Jorge, no espaço da oficina *O Uso das Palavras*, sobre como chegou ao Caps, *com os olhos fixos no chão* e ainda *aqueles mosaicos em forma de setas* diz de práticas realizadas *antes de nós* em outro espaço

de grupo oferecido pelo Caps AD IV que produziu mosaicos ao longo das calçadas e nos postes das ruas no entorno do serviço. Jorge ainda relata que não lembrava a última vez que tinha tido acesso a um serviço de saúde e que, em tratamento medicamentoso há três meses, notava no corpo um bem-estar que havia esquecido ser possível.

O que a educação tem com isso? Uma aprendizagem possível em setas, em palavras como “escuta”, “acolhimento” e a sigla SUS, e na composição em fragmentos de azulejos coloridos, que Jorge procurou seguir *juntando suas partes amputadas*, suspeitando ele que seus deslimites se renovavam naquele espaço de escuta e cuidado, cujas terapêuticas também incluíam remédios, que ampliavam seus horizontes e o levavam a outros espaços, já que, uma vez sem dor e inserido no cuidado em rede de serviços de saúde e assistência social incluiu-se também em uma *escola de chão* e em espaços de cultura e geração de renda, adentrou *a si mesmo*, marcando seus trajetos não somente pelo andarilhar *quase sem rumo*, Jorge faz uso das suas palavras para pensar seu próprio cuidado e inserção em redes.

Por uma pedagogia do ver

Cena II: Mário estava frequentando o Caps AD IV e a Oficina O Uso das Palavras com o objetivo de reduzir o uso de álcool e, uma vez reduzindo o uso, gostaria de entrar em contato com a filha que há muitos anos não via. Sua voz trêmula narrava histórias de saudade dos netos e o lembrava da possibilidade de ser um avô presente. Mário sabia o que fazer e era escolarizado o suficiente para dar conta com maestria de seu tratamento, de circulação pela cidade que incluía albergues, centros de convivência e seu trabalho na reciclagem. Porém um diagnóstico recente de glaucoma exigiu de Mário e da equipe de trabalhadores repensar estratégias de cuidado, já que os colírios prescritos para o problema “não estavam fazendo efeito”.

A cena mobilizou parte da equipe do Caps, do Hospital Banco de Olhos e do Consultório de/na Rua. Muitas consultas e colírios testados, além da dificuldade em manter um tratamento medicamentoso na rua já que alguns colírios necessitavam armazenamento em geladeira, o que tornava os desafios de Mário maiores. Três meses se passaram e as histórias de Mário na oficina relataram o medo de não enxergar, de não poder ver os netos e,

mais ainda, medo de perder sua independência para aquilo que mais fazia em seu cotidiano: peregrinar.

A peregrinação é uma palavra muito usada para as pessoas em situação de rua, já que, nas palavras deles, “quem não peregrina não alcança a cidade”. A trabalhadora pedagoga se senta junto dele na calçada em frente ao Caps no intuito de uma atenção individual e prolongada. O chão faz isso, prolonga o tempo em escutar e escutar melhor, já que dois corpos na calçada, lado a lado, multiplicam nossa capacidade de trabalhador da educação/saúde em *se colocar no lugar do outro*.

Na calçada, além de escutar melhor, percebi uma capacidade ampliada em *ver*. Recorri a uma leitura recente que reverbera em mim, A Sociedade do Cansaço, de Byung-Chul Han (HAN, 2015), em especial o capítulo 5, *A pedagogia do ver*. Em *A pedagogia do ver*, o autor provoca para o fato de haver três tarefas¹, em vista das quais a gente precisa de educadores: “devemos aprender a ler, devemos aprender a pensar, devemos aprender a falar e a escrever” (p. 28). A meta desse aprendizado seria, segundo Nietzsche (citado pelo autor), a “cultura distinta”, e ainda, aprender a ver significa “habituar o olho ao descanso, à paciência, ao deixar-aproximar-se-de-si” (p. 28), isto é, capacitar o olho a uma atenção profunda e contemplativa, a um olhar demorado e lento.

Em tempos de uma “sociedade de desempenho”, de um “empreender a si mesmo”, de histórias de “superação”, de quem se “reinventou” em plena pandemia de Covid-19, desempenhando a própria sobrevivência (individual/capitalista), talvez um pensamento: *o que a educação tem com isso?* Nessa escrita em particular, uma educação em saúde/pedagogia do corpo e nossa relação com os fármacos/remédios/medicamentos suscitados nas terapêuticas dos serviços de saúde mental, talvez precisemos revisitar nosso *ver*. Aprender uma *pedagogia da corporeidade*, uma *geografia do deslimite*, a abundância de *ver/ouvir/proferir* palavras para lermos/pensarmos/falamos/escrevermos com olhos que descansam e contemplam desde o chão. Aprender a “não reagir imediatamente a um estímulo, mas tomar o controle dos instintos inibitórios, limitativos” (HAN, 2015, p. 29), onde o “reagir de imediato e seguir a todo e qualquer impulso já seria uma doença, uma decadência, um sintoma de esgotamento” (p. 29).

¹ Nietzsche, em O Crepúsculo dos Ídolos.

A partir da prática em *deixar-aproximar-se-de-si*, com uma ideia de *pedagogia do ver* ambos, trabalhadora e usuário, *puderam ver*: não foram os colírios prescritos e as idas ao oftalmologista o centro do cuidado, foi nosso olhar de descanso e contemplação na calçada que pode ver que era a forma como Jorge aplicava o remédio que provocava a ineficácia do tratamento. A potência do trabalho multiprofissional e *entre profissões* (CECCIM, 2005) fez com que Jorge juntamente com a pedagoga e a farmacêutica do Caps AD IV aprendessem e ensinassem o simples ato em pingar no globo ocular um remédio *da forma correta*, ou seja, sem encostar no olho, evitando assim a contaminação do medicamento. Jorge cumpriu seu tratamento medicamentoso, voltou a enxergar bem e ao final daquele ano foi morar com a filha e os netos.

Nesta cena, a pergunta “o que a educação tem com isso” associada aos usos/desusos de fármacos/remédios/medicamentos, juntamente com a intervenção da trabalhadora pedagoga nos apontou para pistas que sugeriram que abandonássemos por ora a ideia de um saudável que desempenha/prodiz e passássemos a observar/contemplar/ver. Nós, no impulso em mediar/impulsionar/normatizar corpos que desempenham ativamente tarefas/funções/práticas deixamos escapar *ações livres/inventivas de ordens diversas*. Uma *Pedagogia do Ver*, ao *deixar-aproximar-se-de-si os deslimites do chão* suscita a potência de *pensar disperso* numa quantidade infinita de objetos/possíveis/inclusões: traços de contemplação que poderiam desacelerar essas produções de *descabentes* (ARANTES, 2017), das prescrições medicamentosas sem acompanhamento, sem escuta, sem ver.

Desaprendentes somos todos nós quando dispostos às práticas/projetos educativos em saúde, a pedagogia do *ver ao rés do chão* nos privilegia nomear o espaço das coisas. “Como a palavra é o homem e homem se faz pela palavra”, muitas vozes percorrerão nossas palavras, “ora andarilhos, ora loucos, ora como vagabundos de rua cuja marca mais forte é a de terem a boca (palavra) encostada no chão” (SUTTANA, 2009, p. 30). O trabalho da pedagogia com a palavra, como aqui revelamos, não se confunde com psicanálise ou linguística, tem o formato educacional, ainda que se venha preferir designar como aquele da educação especial de perspectiva inclusiva.

Narrar-se: a prática de locomover-se em todas as direções

Cena III: Antônio chega ao Caps IV para a oficina O Uso das Palavras trazendo consigo uma angústia enorme, nas suas palavras, havia chegado “ao fundo do poço”. Acolhido pelo grupo de participantes da oficina que imediatamente puseram seus corpos em estado de escuta, Antônio fala. Contou que havia recaído no uso de álcool depois de dois meses abstinente, que estava na Praça Florida “esperando o tempo passar” e por impulso/vontade/deslize bebeu cachaça que estava sendo compartilhada entre os demais que como ele, esperava o tempo na expectativa de alguma generosidade. Sua desesperança e aflição nem estavam no fato da “recaída”, mas na perda de um de seus sapatos. Antônio perdera um sapato e agora, sem par, andava com “um pé de cada”, o que segundo ele “é inadmissível um homem sem um bom par de sapatos”. Os participantes da oficina respondem a história de Antônio com empatia, o acolhem com cuidado e tentam palavras de consolo sem sucesso. Antônio chora e relembra o que já perdeu ao longo dos anos: casa, carro, família e principalmente os bons sapatos que teve e que podia escolher conforme a ocasião.

A narrativa como recurso de *narrar-se* constitui uma prática recorrente no espaço de oficina *O Uso das Palavras*. Não entraremos aqui na conceituação de narrativa para a educação, embora seja imprescindível mencionar que há muitos estudos sobre a narrativa como produto cultural; sistema simbólico; constituição de subjetividade; construção de realidade; comportamento etc. (VYGOTSKY 1979; MATURANA; VARELA, 1997; SCHOLLES; KELLOG, 1997; ROGERS, 1984; MORAN, 2011). Uma ideia de narrativa entra neste texto para dizer que as pessoas que frequentam o Caps AD IV possuem *corpos que vertem corpos* em histórias de vida, emoções, dores, memórias e alegrias que necessitam, a partir da prática de *narrar-se*, organizar cuidadosamente a possibilidade de *um corpo meu/um eu corpo/outros corpos em nós* em histórias de *carne em língua/de palavras em ossos/de olhos em terra*, que já estão lá no corpo e no pensamento.

Narrar-se como ação/produção “ficcional ou não, traz sempre implícita a ideia da invenção. Aquele que narra transforma uma experiência em linguagem, atividade que, por sua vez, leva à compreensão e ao entendimento da experiência em si” (GAI, 2009, p. 137). A partir da *invenção* propomos (trabalhadora pedagoga e participantes da oficina) práticas pedagógicas em saúde através de narrativas outras *fabuladas/forjadas/modificadas/* para histórias/memórias/experiências que pesavam corpos já cansados. Passamos a *ficcionalar* relatos de recaídas, de perdas, de saudades, de tempos e espaços ociosos e solitários para quem se vê em situação de rua.

Assim, as narrativas de Antônio, Marias e João ganham novas cenas cujos sapatos encontram seus pares aos pés de outros corpos que agora andam juntos e amam e ocupam as mesmas calçadas *a dois*. Antônio ria e refazia seu corpo ao narrar-se como alguém que, ao perder o sapato o encontra no dia seguinte nos pés de outra pessoa, esbarrando assim *com o amor*. Agora sem os pés descalços, permitindo-se ser um *corpo outro*, Antônio sente-se, mesmo que momentaneamente e no tempo da oficina, “que a realidade é um conceito construído [...] este é um ser vivente, ou seja, é o ser que se observa a si mesmo sendo, o ser que se pensa a si mesmo no seu processo de viver, de existir [...]” (GAI, 2009, p. 139).

A oficina *O Uso das Palavras* precisou ser interrompida como as demais atividades em grupos/coletivos do Caps AD IV em virtude da pandemia por Covid-19 que há quase um ano nos toma em incertezas, perdas e rupturas de processos de trabalho/vínculos/presença tão estimado para a saúde mental, em especial para equipes de Caps que primam por um serviço múltiplo, diverso e de muitas vozes que se fortalecem em coletivos. A oferta de cuidado segue de forma acolhedora nesse serviço 24 horas a partir do telemonitoramento, em atendimentos individuais, na retaguarda para crises e urgências, na construção de planos terapêuticos singulares em cuidados compartilhados com a rede de serviços de saúde, assistência social e educação que seguiram e seguem apesar dos desafios, na produção de *horizontes comuns* para as pessoas que necessitam, sejam usuários ou trabalhadores.

A pedagoga trabalhadora da saúde segue pensando a produção de uma *pedagogia do ver/chão* a partir de práticas pedagógicas em saúde cujas questões são as de que “as Unidades de Produção do Cuidado são, ao mesmo tempo, Unidades de Produção Pedagógica” (FRANCO, 2007, p. 427) e estabelece relação à ideia de uma “pedagogia em ato”, característica dos agentes que integram o “quadrilátero da formação para a área da saúde, ensino-gestão setorial-práticas de atenção-controle social”, sugerido por Ceccim (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

São os *traçados/linhas/criações* possíveis de ultrapassagens, de *corpos que vão além* e que “se fazem novas apostas de superação dos entraves à mudança na saúde, uma aposta que acredita que a mudança necessária passa, indiscutivelmente, pela constituição de novos sujeitos/grupos-sujeito e de outras subjetividades, despertadas/convocadas no interior dos serviços

de saúde” (FRANCO, 2007, p. 428). Assim, podemos afirmar que nossas práticas pedagógicas em saúde seguem mirando palavras/narrativas/episódios/cenas/imagens que possibilitem a descoberta de cadernos de poemas, ficções em/para vida, memórias inventadas, corpos em *deslimites*, palavras-ossos, palavras-retina, parlarvas-casulo, cujo trabalho em oficina realizada a partir das palavras/vozes/narrativas é a produção do cuidado em saúde e igualmente uma produção de si.

Referências

ARANTES, Ricardo Lugon. **A constituição da demanda para a neurologia nas vozes das ensinantes**. 2017. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ASSOCIAÇÃO EDUCADORA SÃO CARLOS – AESC Educação e Saúde. **Atendimento e prevenção ao coronavírus. 2021**. Disponível em: <https://www.aesc.org.br/completando-um-ano-Caps-ad-iv-centro-ceu-aberto-reforca-atendimento-e-prevencao-ao-coronavirus/>. Acesso em: 07 fev. 2021.

BARROS, Manoel de. – 1916. Gramática Expositiva do Chão. *In*: BARROS, Manoel de. **Poesia completa**, São Paulo: Leya, 2010. p. 119-141.

BROIDE, Jorge. **A psicanálise nas situações sociais críticas: uma abordagem grupal à violência que abate a juventude das periferias**. 2006. 203 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **Pedagogia das corporeidades: prática terapêutica e educação da saúde**. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 259-278. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407755>. Acesso em: 07 fev. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, set/dez 2007.

GAI, Eunice Terezinha Piazza. Narrativas e conhecimento. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 137-144, jul./dez. 2009.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

LARROSA-BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **De máquinas e seres vivos: autopoiese - a organização do vivo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes Editores, 1984.

SCHOLES, Robert; KELLOG, Robert. **A natureza da narrativa**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

SUTTANA, Renato. **Uma poética do deslimite**: poema e imagem na obra de Manoel de Barros. Dourados: UFGD, 2009.

VYGOTSKY, Lev Semionovitch. **Pensamento e linguagem**. Lisboa: Antídoto, 1979.

MEDICALIZAÇÃO E NOVOS CENÁRIOS À INFLEXÃO SAÚDE E EDUCAÇÃO

4

Medicalização e fracasso escolar:
o contexto de curso pré-vestibular

Processos de adoecimento e a construção da
subjetividade na criança e no adolescente
hospitalizados e/ou em tratamento de saúde

Processo de medicalização da planta *cannabis sativa*

Rede de proteção de crianças e adolescentes em
acolhimento institucional:
sobre desmedicalizar formas de vida

Medicalização e fracasso escolar: o contexto de curso pré-vestibular

Eduardo Barcellos Pantaleão; Roseli Fernandes
Lins Caldas

Introdução

A Psicologia é uma área do conhecimento marcada por sua diversidade de teorias, técnicas e atuações em diferentes campos da vida. Além disso, pode-se afirmar que um de seus principais objetivos, independentemente da abordagem teórica ou área de atuação, é promover saúde mental (CARPIGIANI, 2010). Uma visão complementar a esta é a de Freitas (1996), ao defender que gradualmente há uma busca dos profissionais dessa área por compreender e intervir cada vez mais sobre fenômenos psicossociais. A autora afirma que se pode entender que o acesso a serviços básicos, como saúde e educação de qualidade emanam saúde mental, portanto, é papel desses profissionais compreender como tais fenômenos atravessam a vida da população. Ademais, ressalta-se a importância de se ter uma participação ativa na defesa de direitos de grupos minoritários, assim como pesquisar e intervir mais sobre todas as situações de desigualdade e injustiça social em instituições (FREITAS, 1996).

Então, pode-se afirmar que a Psicologia Escolar e Educacional se trata de uma forma de compreender como fenômenos psicossociais ligados à educação e aprendizagem que atravessam a vida da população e a formação de subjetividade em instituições de ensino. A partir disso, pode-se refletir sobre a importância da elaboração de políticas públicas em diferentes níveis de formação na academia, tendo em vista um de seus objetivos, que é promoção de saúde mental (ARAÚJO; CALDAS, 2012). A partir disso, reflète-se, aqui, sobre o papel que a Psicologia pode ter em cursos preparatórios ao vestibular, identificando como o fenômeno da medicalização pode se manifestar nesses espaços e seu potencial papel na produção do fracasso escolar em vestibulandos.

De acordo com Whitaker (2010), os cursos preparatórios para Vestibular têm a função de ser uma ponte entre o ensino médio e o superior. Todavia, a maioria dos estudos da área estão mais voltados para a formação na infância e adolescência, o que, de acordo com a autora, exige mais pesquisas para

com outras fases da vida que também são atravessadas pela educação, o que parece tornar contemporânea a temática da pesquisa, inovadora e de grande importância. Ainda, a pesquisa de Trigueiro (2015) aponta como essa fase da vida parece gerar muito sofrimento nos vestibulandos. Alguns fatores podem agravar situações que são fontes de ansiedade e angústia na vida dessas pessoas. Entre eles, pode-se apontar a hiper competitividade nesse meio, em que se zela pela competição antes da cooperação nos estudos, bem como a grande pressão social para aprovação no ensino superior, que parte muitas vezes da família do vestibulando.

De acordo com Bohoslavsky (2015), há também uma série de lutos e angústias relacionadas à perda da infância e escolha de carreira. Portanto, pareceu ser pertinente pesquisar mais a fundo sobre como a Psicologia pode zelar pela saúde mental de vestibulandos nesse meio. No que se refere à medicalização, Collares e Moysés (1994), a definem como o fenômeno de transportar e tratar situações de natureza social para o campo médico. No contexto da educação, isso pode implicar numa “epidemia” contestável de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como aponta Souza (2014).

De acordo com o DSM-V (2014), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que prejudica principalmente a função cognitiva de atenção no indivíduo, podendo dificultar funções como a distribuição da atenção a partir de diferentes estímulos, assim como o estabelecimento de foco em determinada tarefa. Portanto, mesmo em situação de dificuldade de aprendizagem, o TDAH, sozinho, não seria capaz de impedir a aprendizagem, mas sim dificultar condições que são externas a quem tem dificuldades, ou seja, pode-se afirmar que toda e qualquer dificuldade em aprendizagem é multicausal, portanto, as intervenções devem ser múltiplas, envolvendo tanto as esferas individuais quanto institucionais que atravessam os indivíduos, incluindo aqueles que são diagnosticados com TDAH.

O Cloridato de Metilfenidato, comercializado como Ritalina ou Concerta, trata-se de um fármaco estimulante do Sistema Nervoso Central que é indicado para quem tem TDAH, assim como pode ser indicado para quem apresenta estados depressivos, por aumentar o nível de dopamina no cérebro. Isso pode resultar no estímulo de funções como atenção e, conseqüentemente, memória, assim como um estado de excitação de humor (CORDIOLI, 2006). Contudo, de acordo com Trigueiro (2015), ainda se discute sobre seu potencial

de oferecer um aprimoramento cognitivo, sendo que sua pesquisa apontou que esta é uma das principais expectativas que os indivíduos depositam nesse tipo de medicamento. Ademais, tais fármacos são classificados como tarja preta e podem causar, a longo prazo, ansiedade, insônia e até mesmo desordem emocional semelhante à esquizofrenia, sintomas estes, descritos na própria bula dos remédios à base de Metilfenidato. Portanto, pode-se refletir sobre que efeitos eles podem ter para quem os consome sem o devido acompanhamento profissional, assim como a discrepância entre a realidade e a expectativa depositada neles.

O que a pesquisa de Souza (2014) aponta é que parece haver um movimento de profissionais da saúde mental no sentido de gerar uma “epidemia” de diagnósticos que não levam em consideração o contexto em que o indivíduo diagnosticado está circunscrito, o que pode gerar estigmatização em relação ao TDAH. A medicalização é, nesse contexto, o fenômeno que individualiza problemas que são, também, coletivos e decorrentes do ensino e os trata como exclusivamente orgânicos, podendo resultar em intervenções medicamentosas inadequadas para algumas pessoas. No que se refere ao fracasso escolar, é possível afirmar que isso engloba questões como o abandono dos estudos, o não aprendizado efetivo e desmotivação, entre outros fatores. Neste sentido, Souza (2014) dá destaque ao fato de que um dos frutos do problema em pauta é a ausência de significado e sentido que os alunos atribuem ao estudar.

Portanto, com base nos conceitos definidos acima, acerca dos cursos pré-vestibular, medicalização e fracasso escolar, geraram-se algumas perguntas que nortearam o andamento das seguintes perguntas de pesquisa: Qual o papel da medicalização na produção do fracasso escolar em vestibulandos? Qual a incidência do consumo de medicamentos como caminho de aprovação no Vestibular, em cursinhos? Há diferença estatística entre quem os consome com e sem diagnóstico de TDAH? Há diferença estatística do tempo que se estuda nessas instituições no consumo desses medicamentos?

A partir dos problemas de tal pesquisa, elaborou-se como objetivos gerais verificar os índices do consumo de medicamentos em estudantes de cursos pré-vestibular, conscientizar estudantes e professoras(es) sobre a situação existente nesse contexto e sugerir possíveis intervenções clínicas e institucionais para melhorias na aprendizagem destes estudantes e sua passagem para o ensino superior, zelando por sua saúde mental. Já os

objetivos específicos foram investigar as causas da procura de medicamentos por parte dos vestibulandos, caracterizar os efeitos que tais medicamentos exercem na saúde mental do usuário durante seu consumo e levantar as concepções de profissionais da área educacional e da saúde mental a respeito da situação presente nos cursos pré-vestibulares, problematizada pelo projeto de pesquisa.

Referencial teórico

De acordo com Bohoslavsky (1991, apud TOLEDO, 2014), a escolha de carreira é uma tarefa afetivo-emocional, afetada tanto por fatores internos quanto externos do vestibulando. Trata-se de uma fase da vida marcada pela ansiedade da escolha de carreira, bem como lutos da infância, adolescência e do poder de escolha. Para o autor, a pessoa deve ter autonomia sobre suas escolhas, não devendo lhe ser imposta uma visão do que seria certo ou errado nisso, pois o que determina tais escolhas está fortemente ligado ao seu desenvolvimento e fenômenos psicossociais que o atravessam. Portanto, pode-se refletir sobre a importância da atribuição de significado e sentido aos estudos, pois isso faz parte da formação da subjetividade e parece ser um fator de grande relevância para saúde mental, principalmente no que se refere ao contexto dos cursinhos.

Leontiev (1998, apud ASBAHR; SOUZA, 2014) afirma em suas obras que o sentido pessoal nos estudos deve se dar a partir de uma relação dialética entre a atividade humana e a consciência, expressando então a subjetividade do indivíduo, que por sua vez, estabelece uma relação com os significados sociais e a sua atividade. No entanto, a pesquisa de Asbahr e Souza (2014) sugere que estudantes de escolas brasileiras não conseguem estabelecer tais relações, e que atribuem ao mercado de trabalho o objetivo de seus estudos, deixando-os alienados ao longo de todo o processo de educação, ou seja, hoje em dia, formam-se indivíduos preparados para o mercado de trabalho, porém esta formação pode gerar pessoas desumanizadas e alienadas.

Uma visão complementar a essa é a de Vygotsky (1995, apud ASBAHR; SOUZA, 2014) que ao longo de suas obras enaltece a importância dos processos sociais, históricos e culturais no desenvolvimento do ser, assim como seu aprendizado ao longo da vida. No contexto socioeducacional

atual, percebe-se uma grande presença da exclusão escolar, no tratamento de um estudante como diferente por apresentar algum tipo de padrão comportamental distinto do esperado. Tais estudantes são tidos em grande parte dos casos, por parte de sua família, do corpo docente e colegas como “diferentes”, interferindo em seu processo de sociabilidade e de aprendizagem. É esse tratamento que muitas vezes é fruto do fenômeno da medicalização na educação (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Representante de outra concepção teórica na psicologia, Winnicott (1975) defende que o ambiente é um fator importante para o processo de amadurecimento do indivíduo. O autor propõe que um ambiente que pode oferecer um espaço de *holding* pode ser vital para o zelo do verdadeiro *self* e que o brincar pode ser um elemento-chave para que isso ocorra. Pode-se compreender que o contato com o verdadeiro *self* é um fator de saúde mental, e que a atividade do brincar torna-se importante na medida em que se entra em contato com os recursos egóicos e infantis, podendo resgatar em si sua criatividade como forma de lidar com os desafios e frustrações vindas do ambiente (WINNICOTT, 1975).

Compreende-se também que o sentido do brincar não se restringe a uma atividade feita exclusivamente na infância, mas também pode se manifestar de outras formas, ao longo da vida, que é atravessada pelo amadurecimento (WINNICOTT, 1975). Por isso, reflete-se sobre estas questões: será que é possível pensar em como oferecer um *holding* para essas pessoas no contexto de curso pré-vestibular? Será que é possível resgatar a criatividade do indivíduo tanto nessas instituições quanto na clínica? As respostas para tais perguntas poderão ser encontradas mais adiante, nos resultados e discussões da presente pesquisa.

É possível afirmar que a formação na academia atualmente está mais voltada para a aprovação no Vestibular, o que pode eliciar um sentido alienante aos estudos. Além disso, parece ser um sistema que dificulta o processo pelo qual o estudante possa expressar sua criatividade em sua formação e desenvolvimento. A pesquisa de Trigueiro (2015) apontou como a busca de medicamentos, como forma de aprimoramento cognitivo, interferiu nesses processos, podendo ter contribuído para a *construção* de pessoas alienadas e desumanizadas. Para Meira (2012), a medicalização pode ser um dificultador na reflexão sobre o sentido e significado nos estudos pelo seu princípio de padronizar comportamentos, o que pode resultar em estudos que

não desenvolvem crítica, podendo levar à alienação. Também pode afetar as relações que o estudante estabelece com todos aqueles que compõem seu ciclo acadêmico, como seus colegas, familiares e professoras(es).

É importante ressaltar a diferença entre a medicação e medicalização. Uma intervenção medicamentosa pode ser benéfica para uma pessoa quando há um acompanhamento profissional do consumo de medicamentos, sendo extremamente necessário que se tenha outras intervenções tanto clínicas quanto institucionais sobre aquela pessoa, pois a própria está circunscrita num contexto social, pois o propósito dos medicamentos para saúde mental é tratar sintomas, e não causas. Vale ressaltar, mais uma vez, que dificuldades e sofrimentos tendem a ser multicausais, portanto, as intervenções, quando necessárias, devem ser múltiplas (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Apesar da medicalização envolver um leque extenso de possibilidades para se manifestar, é certo que se houve algum determinante social, pedagógico, político ou econômico negligenciado, ocorreu esse fenômeno. Em todos os casos, a medicalização pode mais prejudicar o indivíduo do que auxiliá-lo (MEIRA, 2012). Portanto, o propósito da presente pesquisa não é desdenhar dos casos de TDAH, nem desmerecer os medicamentos que afetam o SNC, mas sim refletir sobre o papel que os diagnósticos e intervenções medicamentosas têm tido no contexto socioeducacional atual, bem como propor intervenções clínicas e institucionais para que se promova saúde mental nesses cenários.

Além disso, de acordo com Whitaker (2010), os cursinhos representam o fracasso de um sistema de ensino que visa a preparação do estudante, única e exclusivamente para o Vestibular. Paradoxalmente, trata-se de uma instituição cuja finalidade é fundamentada nos mesmos valores de tal sistema, não abrindo margem para reflexões no processo de aprendizagem. Isso é algo considerado por muitos autores, apontados por Whitaker (2010), como uma prática antipedagógica. No entanto, ressalta-se a importância dos cursos pré-vestibular, uma vez que, dentro do contexto socioeducacional presente, tornam-se um meio importante de admissão ao ensino superior.

Então, considera-se os cursinhos como palcos de grande sofrimento emocional por parte dos estudantes, que têm seus lutos, perdas e angústias proporcionadas pela escolha de carreira e pelo sistema do Vestibular. Portanto, propõe-se, a partir das considerações teóricas da presente pesquisa, a reflexão do como a Psicologia pode contribuir para que tais

instituições, que são importantes no contexto socioeducacional atual, sejam também um espaço que se promova saúde mental junto ao ensino, visando num melhor preparo para a vida do estudante tanto dentro quanto fora da academia (BOHOSLAVSKY, 2015).

Metodologia

A pesquisa foi realizada no contexto em que autoridades de saúde decretaram estado de pandemia mundial de Covid-19, pelo o Sars-CoV-2, bem como o isolamento social como principal medida de prevenção do vírus. Para zelar pela saúde dos participantes da pesquisa, foram feitas adaptações na coleta de dados em relação ao que havia sido proposto no projeto inicial de pesquisa. Tratou-se de uma pesquisa quanti-quali, uma vez que foram coletados tanto dados numéricos e estatísticos quanto buscou-se uma compreensão mais aprofundada dos significados de tais dados, bem como outras informações que estão além do espectro estatístico.

A pesquisa qualitativa, conforme Bogdan e Bilklen (1994), é um meio pelo qual o fenômeno a ser estudado é revisto em sua totalidade e complexidade. Nesse modelo de pesquisa o fenômeno é colocado em pauta de modo que o contato entre ele e o investigador seja direto, o que se mostra importante para uma pesquisa no contexto educacional, pois o contato direto com os participantes e o levantamento de seus aspectos individuais se fez necessário (BOGDAN; BILKLEN, 1994). A pesquisa quantitativa também se mostrou importante na medida em que esta é capaz de levantar dados estatísticos que podem servir para quem se interessar pelo tema, bem como levantar dados numéricos como forma de identificar o quanto isso se expressa no contexto estudado. Por isso, a pesquisa foi quanti-quali, pois foi possível levantar números e estatísticas, assim como explorar e caracterizar seus significados no contexto da mesma (BOGDAN; BILKLEN, 1994).

A coleta de dados da pesquisa foi dividida em três etapas. Já a amostra da pesquisa foi escolhida por conveniência e todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada etapa da pesquisa e afirmaram por escrito concordar com os termos. A divisão das etapas de coletas de dados foi a seguinte:

a) Foram aplicados dois questionários via Google Forms, sendo que o primeiro continha perguntas objetivas e dissertativas acerca do tema.

O público destinatário de ambos foi estudantes de cursinho. A divulgação com o link do primeiro formulário foi feita por mensagem, que foi enviada e repassada entre estudantes de cursinhos.

- b) Foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com estudantes de cursinhos. Para isso, foi elaborado um roteiro prévio às entrevistas, que foi mais elaborado ao longo delas. Para participação desta etapa da pesquisa, os interessados preencheram o segundo formulário no Google Forms, o qual solicitava informações acerca de sua disponibilidade para entrevista.
- c) Foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com profissionais da Psicologia. Para isso, também foi elaborado um roteiro prévio às entrevistas que foi mais elaborado em seu decorrer. Nesse caso, os participantes foram convidados pelo pesquisador a colaborar com a pesquisa.

É importante ressaltar que todas as entrevistas ocorreram na plataforma Zoom Meetings e foram gravadas. Isso constava no TCLE e todos os participantes concordaram por escrito com a gravação de sua voz para fins acadêmicos de pesquisa. A análise dos dados coletados também foi dividida em três etapas:

- a) Os dados quantitativos foram organizados em gráficos. Para analisar as diferenças entre grupos com e sem diagnóstico de TDAH foi usado o teste do qui-quadrado e para os demais dados foi usado o teste t de Student. Para todas as análises estatísticas foi considerado o nível de significância de 5% com o uso do programa Microsoft Excel.
- b) Os dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, foram transcritos como facilitadores para sua análise. O primeiro método de análise desses dados foi a análise de conteúdo, que conforme Bardin (1995, apud OLIVEIRA *et al.*, 2003), consiste na explicação e destrinchamento do discurso e seu significado, considerando o contexto em que este fora emitido.
- c) O segundo método de análise de dados qualitativos foi a hermenêutica dialética, que de acordo com Minayo (1992, apud GOMES, 2004), reúne os dados coletados com o contexto histórico-social em que a pesquisa ocorre, relacionando-o com a fundamentação teórica da pesquisa.

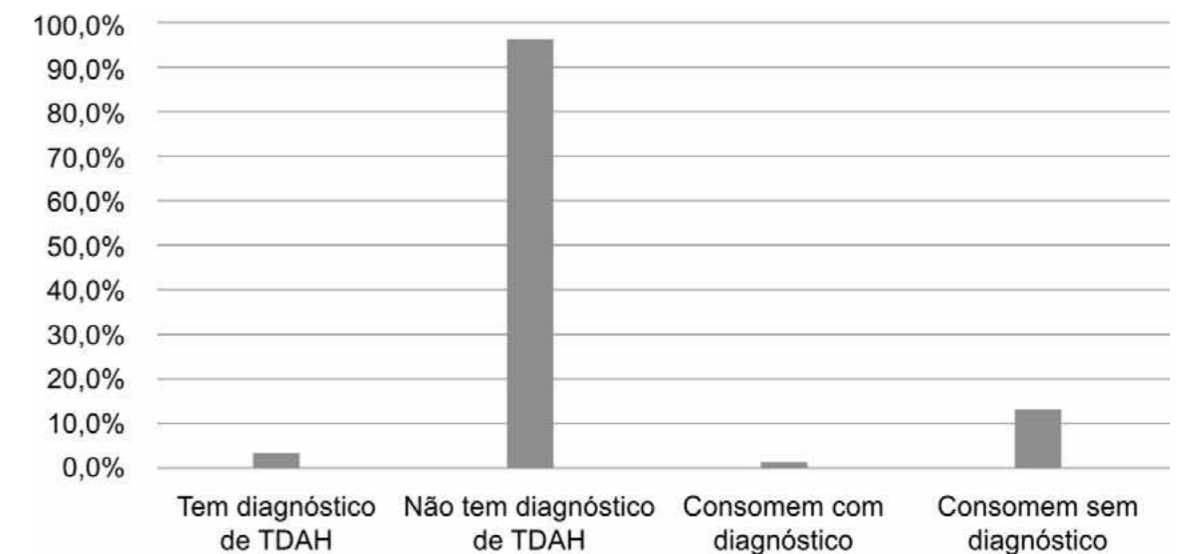
Ressalta-se que tanto a análise de conteúdo quanto a hermenêutica dialética são metodologias que ocorrem em etapas, que foram devidamente seguidas para elaboração da discussão da pesquisa. Foi esclarecido no TCLE que todos os participantes teriam direito a acessar os resultados da pesquisa e que seus dados permanecerão armazenados por cinco anos. Também foi destacado seu direito de se retirar do estudo conforme sua vontade, sem que isso lhes trouxesse quaisquer prejuízos, embora nenhum participante o tenha feito. Também foi indicado o serviço-escola da Universidade Presbiteriana Mackenzie para aqueles que se mostraram interessados em buscar por atendimento psicológico gratuito, oferecido por parte dos estudantes de Psicologia da instituição sob supervisão de professores. O TCLE constava no início de todos os formulários do Google Forms, sendo exigida sua leitura e concordância para prosseguimento da pesquisa. Além disso, o termo foi enviado para os e-mails dos participantes para que tivessem acesso a ele.

Resultado e discussão

A primeira etapa da pesquisa, que foi a aplicação de um questionário via Google Forms, teve um total de 134 respostas, das quais 114 foram de participantes do sexo feminino, que equivale a 85% do total de participantes e 20 do sexo masculino, que equivale a 15%. De todos, 45,5% dos participantes tinham 18 anos, 27,6% tinham 19 anos, cerca de 14% tinham 20 anos e os demais estavam em outras faixas etárias.

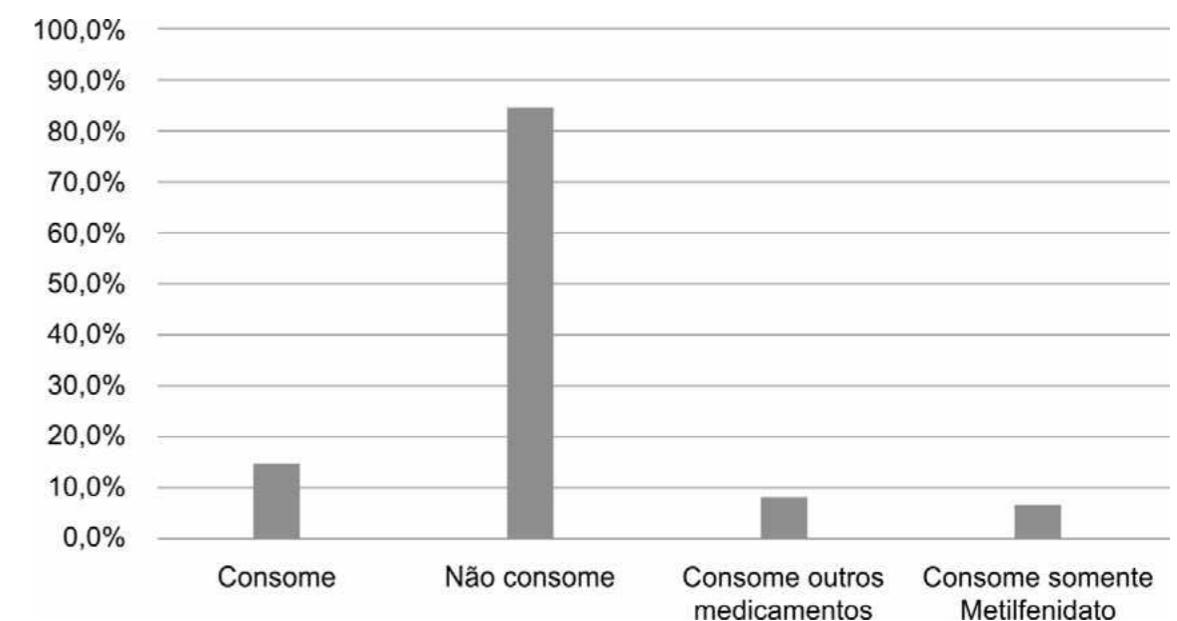
A pergunta 1 solicitava que o participante indicasse há quanto tempo estudava em cursinho, sendo que cerca de 65% estudavam há mais de um ano e aproximadamente 35% estudavam há menos de um ano. No que se refere a pergunta 2, que foi sobre o(s) curso(s) que desejam fazer no ensino superior, as respostas foram muito variadas: 63,4% dos participantes afirmaram desejar cursar Medicina, cerca de 9% afirmaram o desejo pela Psicologia, 3,7% pelo Direito e os demais optavam por outros cursos ou não tinham certeza. A pergunta 3 procurou identificar quantos participantes já foram diagnosticados com TDAH, e seus resultados podem ser encontrados no gráfico 1, em conjunto com o índice de consumos com e sem tal diagnóstico. Já a questão 4 investigou sobre o consumo de medicamentos no cursinho e seus resultados se encontram no gráfico 2.

Gráfico 1 - Índice de consumo e TDAH



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Gráfico 2 - Índice do consumo de medicamentos



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Ao todo, cerca de 15% dos participantes consumiam medicamentos como forma de auxílio nos estudos, sendo que dentre esses, cerca de 55% os consumiam sem diagnóstico de TDAH. As respostas da pergunta 4 também

foram muito variadas, em que 85% dos participantes afirmaram não consumir nada, enquanto 6,7% afirmaram consumir ou já ter consumido Ritalina e/ou Concerta no cursinho. Os demais apontaram ter consumido outros tipos de medicamentos, sendo eles ansiolíticos, os quais não foram especificados pelos participantes, antidepressivos como Cloridato de Sertralina, Cloridato de Venlafaxina e o estabilizador de humor Lítio. Também foram indicados outros estimulantes, dentre os quais Lisdexanfetamina, Vimpocetina, Sulbutiamina e Modafinila.

A pergunta 5 solicitou que os participantes assinalassem as alternativas, que eram a respeito do consumo de medicamentos para melhorar a performance estudantil, com as quais mais se identificavam. 63,4% afirmaram acreditar que eles podem ser nocivos para a saúde mental a longo prazo, enquanto cerca de 27% afirmaram acreditar que tais medicamentos podem contribuir para o rendimento nos estudos. Vale ressaltar o fato de que cerca de 2% assinalaram ambas as alternativas. Ainda, cerca de 23% afirmaram que os medicamentos à base de Metilfenidato já lhes foram indicados no cursinho e aproximadamente 39% afirmaram ter colegas no cursinho que os consomem. A última questão de múltipla escolha do questionário levantou quantos participantes já leram a bula de tais psicofármacos, sendo que cerca de 79% afirmaram não ter lido.

Um dado que chamou a atenção foi o fato de que dentre os que afirmaram consumir ou já terem consumido Ritalina e/ou Concerta, cerca de 33% afirmaram não ter lido a bula de tais medicamentos, enquanto dentre quem afirmou não os consumir, 9,6% afirmaram já ter lido sua bula, ou seja, houve participantes que afirmaram não os consumir, mas leram sua bula, o que permite levantar uma reflexão acerca do porquê disso. Considerando que houve relatos de indicação desses medicamentos no cursinho e conhecidos de participantes que os consomem, pode-se levantar como possibilidade que há casos de pessoas que se interessaram, mesmo que minimamente, em se informar mais sobre eles. Além disso, o que levou 9,6% de participantes, que após ler sua bula, decidiram não os consumir? É possível que a informação tenha levado a algum nível de conscientização.

Ao realizar as análises estatísticas, na variável idade e consumo, foi possível concluir que esse fator não influenciou no consumo dos medicamentos, pois o valor não foi estatisticamente significativo ($p = 0.84$).

Um dado que chamou atenção é o fato de que a variável TDAH não influenciou no consumo dos medicamentos, pois o valor também não foi estatisticamente significativo ($p = 0.11$). Contudo, a variável tempo que estuda no cursinho influenciou no consumo de medicamentos, uma vez que o valor foi estatisticamente significativo ($p = 0.04$), ou seja, o tempo foi fator determinante para seu consumo. Portanto, foi possível responder duas das perguntas propostas no projeto de pesquisa. No que se refere às questões dissertativas, a primeira era destinada para quem já consumiu medicamentos como forma de auxílio nos estudos, em que foi indagado sobre os efeitos sentidos por eles. Foi possível observar relatos de participantes que afirmaram ter desenvolvido insônia, dores de cabeça, aumento de estresse e náuseas. Também houve relatos de aumento na atenção e concentração, em que uma parte de tais relatos eram seguidos por descrições de insônia e estresse. Foi relatado também como atribuição de seus efeitos a reincidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e desenvolvimento de ansiedade, depressão e ataques de pânico.

A segunda pergunta dentre as questões dissertativas buscou investigar quais os benefícios e malefícios que os participantes acreditavam que tais medicamentos poderiam oferecer. De forma geral, apontaram como benefício o aumento de concentração, mas como malefício, um aumento de sintomas ligados a ansiedade. Alguns apontaram também que o uso deles poderia trazer muitos malefícios principalmente para quem os consome sem prescrição. Ainda foi possível observar como tais medicamentos afetaram colegas de cursinho dos participantes.

Três relatos pareceram ser importantes para serem destacados no presente artigo. A participante A.L. afirmou que tinha colegas que amassavam e inalavam Ritalina, além de observar alunos que vendiam tais medicamentos para outros. Ela também afirmou que tinha estudantes que alegavam não ter TDAH e que recorriam aos medicamentos mesmo assim. Outro relato que chamou a atenção e que pareceu ser importante de ser destacado foi do participante S., que também afirmou ter observado colegas inalando Ritalina e que observou consequências como ansiedade. Outro relato destacado foi o da participante S.G., que ressaltou o fato de que a intervenção medicamentosa à base do Metilfenidato não deve ser o único auxílio para os casos de TDAH.

Por fim, foi indagado se gostariam de fazer algum último comentário a respeito da temática, em que, de forma geral, participantes destacaram que sabem de casos de estudantes que se atribuem um diagnóstico pela dificuldade nos estudos sem consultar um profissional antes. Também houve cumprimentos ao pesquisador por abordar essa temática com os estudantes, pois parece ser uma discussão que não é muito abordada nessas instituições, bem como tiveram relatos de participantes que se interessaram a pesquisar mais sobre a temática e afirmaram que iriam procurar se informar mais, o que parece ir ao encontro com um dos objetivos da presente pesquisa, que é promover conscientização entre os vestibulandos.

A segunda etapa da coleta de dados foi a realização de entrevistas individuais e semiestruturadas com estudantes de cursinhos. Ao todo, foram quatro entrevistas cuja finalidade foi levantar as concepções de estudantes acerca da temática da pesquisa e aprofundar nas questões relacionadas às suas relações com os estudos, bem como caracterizar os efeitos que tais medicamentos exerceram nos casos em que foram consumidos. Dois dos entrevistados relataram ter consumido Ritalina ao longo de sua vivência no cursinho e um relatou ter conhecido colegas que os consumiam. Apenas um dos entrevistados afirmou desconhecer-los por completo, contudo, vale ressaltar que este ingressou no cursinho no início do ano da coleta de dados, e teve pouca vivência na instituição por conta do afastamento social, em razão da pandemia.

Todos os participantes afirmaram que gostam de estudar, principalmente as disciplinas pelas quais mais possuem afeição. Foi interessante levantar como essa relação se deu no contexto do ensino em modalidade a distância, dadas as circunstâncias em que a pesquisa aconteceu. As respostas mediante isso foram de dificuldade para se adaptar no começo da pandemia e como foi desafiador equilibrar os estudos junto com as situações pelas quais todos tinham de lidar devido ao cenário proporcionado pelo Sars-CoV-2. Ao indagar se o participante fazia algum acompanhamento psicológico, todos negaram. Foi possível levantar que, para alguns deles, o papel de psicólogas(os) ainda é estigmatizado e comparado ao trabalho de *coaches*. Então, soube-se que há cursinhos que contratam esses profissionais para realizar atendimentos para os estudantes.

O que chamou a atenção em tal relato é que o trabalho dessas pessoas pareceu individualizar questões que são psicossociais e responsabilizar o indivíduo pela sua situação, como um relato que afirmou o que era dito por essas pessoas: discursos como “você têm que regrar sua vida” (sic), tópico que será discutido mais à frente. A análise das entrevistas permitiu perceber que os entrevistados que estavam familiarizados com os medicamentos à base de Metilfenidato tratavam do assunto com certa naturalidade, como se fosse parte de seu cotidiano. Isso se evidenciou principalmente quando o participante T.M. afirmou que soube deles por meio de uma “conversa normal” (sic) com colegas de cursinho. Quanto aos participantes que os consumiram, percebeu-se que ambos souberam do medicamento por meios diferentes. A participante V.L. tomou conhecimento deles por meio da Internet, o que permite refletir sobre o acesso que se pode ter a essas informações, enquanto o participante V.H. soube por meio de um parente que o consome em seu trabalho, o que também permite refletir acerca da medicalização no mercado de trabalho.

É importante destacar a pesquisa de Asbahr e Souza (2014), que apontou como estudantes de ensino fundamental atribuem ao mercado de trabalho o significado de seus estudos. Com a ciência de que há medicalização tanto nos cursinhos quanto no mercado de trabalho, foi possível apontar que a medicalização está fortemente ligada à alienação nos estudos. Além disso, é possível refletir que o sentido alienante do estudar, na infância, repercute nas outras fases da vida também. O conteúdo custo-benefício foi um dos mais presentes nos discursos de quem os consumiu. Ambos pareceram acreditar que até houve benefícios em consumi-los, contudo, os malefícios pareceram prevalecer nos dois casos. A desregulação no sono, aumento de ansiedade e até mesmo o fato do medicamento ser tarja preta foram fatores que levaram a participante V.L. a parar de consumi-los em sua vivência.

Mesmo o participante V.H. que afirmou não se arrepender de ter recorrido a eles, apontou os riscos da automedicação, outro conteúdo presente nos discursos de todos os entrevistados. Nenhum dos participantes desta etapa da pesquisa fazia acompanhamento profissional, e três deles, incluindo quem já os consumiu, afirmaram sentir a necessidade de recorrer a algum profissional da Psicologia. Foi interessante observar também que o participante H.T., que relatou não sentir tal necessidade, afirmou ter bastante suporte familiar, o que parece ressaltar o papel da família, como instituição, como apoio durante esse processo de escolha profissional e frequência a cursinho pré-vestibular.

Ao comparar os dados obtidos nas entrevistas com o questionário, foi possível verificar que o sentido atribuído aos estudos, por parte dos estudantes de cursinho, está mais voltado para a aprovação no Vestibular, pois os símbolos associados aos estudos e ao consumo de medicamentos se volta à admissão no ensino superior e inserção no mercado de trabalho, ou seja, a medicalização nos cursos pré-vestibular parece se manifestar como um meio de acelerar a passagem dos estudantes nessas instituições, sem que se desenvolva crítica e reflexão em seus estudos, bem como a prevalência pela busca de um suposto sucesso acadêmico antes do zelo pela saúde mental.

A bibliografia levantada na pesquisa foi capaz de evidenciar que a saúde mental parece estar fortemente ligada ao sentido e significado nos estudos, que pode ser um dos antídotos ao fracasso escolar. Um estudo de Asbahr (2014) destaca considerações teóricas a respeito do sentido e significado à luz da Psicologia Histórico-Cultural. Uma possível compreensão de significado está ligada aos fatores sociais, políticos e econômicos que atravessam a população. É a partir da construção do conhecimento, fator eliciador da atividade humana, e sua relação com os símbolos da sociedade que as experiências do ser moldam seus significados.

Enquanto isso, o sentido está ligado aos motivos que antecedem à ação humana, a qual é norteadada pelos significados que o indivíduo estabelece a partir da relação dialética entre a ação e sua consciência. Portanto, os determinantes sociais estão diretamente ligados com os sentidos e significados que as pessoas estabelecem em suas ações no mundo (ASBAHR, 2014). Nesse sentido, vale refletir acerca do apontamento de Whitaker (2010) sobre o sistema do Vestibular existir no cenário socioeducacional brasileiro há mais de cem anos. A sociedade no presente contexto é construída nos moldes desse sistema, sua educação está voltada para a formação que preza pela aprovação nas provas de admissão no ensino superior.

Ressalta-se que, além da medicalização nos cursinhos, a presente pesquisa também pôde investigar mais acerca do sofrimento nessa fase da vida. Como já indicado na bibliografia, a sociabilidade é um fator de desenvolvimento que parece ser fundamental para os estudos. Um conteúdo muito presente nas entrevistas foi a competitividade, como sendo um elemento que elicia sofrimento e parece contribuir para a medicalização também. Levanta-se a seguinte reflexão: se ao invés de buscar por medicamentos como forma de aprovação no Vestibular, os estudantes pudessem recorrer aos seus próprios colegas para que se tenha um auxílio mútuo nos estudos?

É institucionalizada no ensino brasileiro toda a lógica de competitividade e da exigência de estudos que estejam voltados para o sentido alienante de ensino. Ademais, como afirma Whitaker (2010), o atual contexto socioeducacional não está voltado ao desenvolvimento de crítica nos estudos. Portanto, parece ser muito importante que as instituições de ensino prezem pela cooperação nos estudos antes da competição, pois a troca de sentidos é capaz de ressignificar os estudos, contribuindo para a aprendizagem (ASBAHR, 2014).

Enfim, a terceira etapa da coleta de dados se tratou de duas entrevistas semiestruturadas com profissionais da Psicologia, sendo que um deles atua como psicoterapeuta e outra é orientadora profissional. Ambos afirmaram que um de seus principais referenciais teórico-práticos está mais voltado para a Psicanálise. A finalidade das entrevistas foi investigar as concepções de tais profissionais acerca da temática, bem como fazer um levantamento de possíveis intervenções clínicas e institucionais para psicólogas(os) mediante a situação levantada na presente pesquisa, buscando-se zelar pela saúde mental dos vestibulandos.

Ao indagar sobre o consumo de medicamentos como forma de auxílio nos estudos nas entrevistas, foi destacado que, por parte da amostra atendida pelos profissionais, não havia recorrência de tal fenômeno. Contudo, foi possível observar que existe, muitas vezes, um movimento da família do vestibulando procurar intervir nos atendimentos, buscando por alianças com o profissional, com intenções de direcionar tais atendimentos e escolhas profissionais. Então, é possível refletir sobre o papel que a família, como instituição, tem exercido para com a medicalização e pressão social em vestibulandos. Outrossim, ambos os profissionais apontaram que, em suas experiências, puderam observar que existe, também, o consumo de drogas não apenas como forma de buscar um aumento na performance nos estudos, mas como forma de lidar com a angústia e ansiedade dessa fase da vida. Houve relatos de vestibulandos que recorreram ao uso excessivo de maconha, bebidas alcólicas e Metilendioximetanfetamina (MDMA, também conhecida como MD).

A análise das entrevistas permitiu observar como a palavra “competição” e seus sinônimos estão ligadas ao Vestibular e à angústia desse público. A questão dos medicamentos, em específico, não surgiu como pauta principal das entrevistas, contudo, foi possível discutir outros tipos de drogas, quais

os efeitos que a questão psicossocial do Vestibular afeta na saúde mental da população e o papel da medicalização nesse contexto. Um dos entrevistados trouxe a questão do *self* neuroquímico, que se trata da concepção de que o ser humano é apenas um aglomerado de processos orgânicos e que todos os seus problemas estão ligados ao organismo. Isso pode gerar um afastamento do verdadeiro *self* ser fonte de sofrimentos psíquicos muito intensos para a vida e da necessidade de recorrer à medicalização.

Ambos os profissionais apontaram a importância de psicólogas(os) manterem atenção mediante questões sociais ligadas à pauta da medicalização na educação, como indica o relato: “Acho que a medicalização é um sintoma de um modo de organização social que precisa de pessoas anestesiadas, ou aceleradas [...]” (sic), ou seja, independentemente da área de atuação ou abordagem teórica, parece ser importante para os profissionais da saúde mental compreender como isso se manifesta na população. Portanto, com base nas entrevistas com profissionais da Psicologia, a presente pesquisa propõe algumas possíveis ideias de intervenções clínicas e institucionais mediante a medicalização nos cursinhos. Vale ressaltar que, para chegar em intervenções mais elaboradas e precisas acerca da situação, é necessário que a temática seja mais explorada, implicando na necessidade de mais pesquisas dentro das “ciências psi”. O que se levanta aqui, no momento, são ideias e possibilidades que podem, em alguma medida, beneficiar os vestibulandos, os cursos pré-vestibular, profissionais e estudantes da área.

Para a clínica, parece ser pertinente destacar a importância de oferecer um espaço de escuta e acolhimento para um público que lida com muitas questões que geram muito sofrimento nessa fase da vida, bem como manter atenção às questões ligadas ao consumo de medicamentos e compreendê-las como fenômenos psicossociais. A partir de manejos clínicos que visem refletir sobre o resgate da criatividade do vestibulando e na oferta de um *holding*, pode-se articular intervenções terapêuticas que possam desconstruir a concepção de um *self* neuroquímico, aproximando o indivíduo ao verdadeiro *self* (WINNICOTT, 1975).

Intervenções que possam resgatar o lúdico no indivíduo, que levantem reflexões a respeito de seu papel mediante as pressões sociais e familiares, bem como compreender a dinâmica de suas relações na instituição parecem ser fatores que podem promover saúde mental. Mesmo na clínica, parece ser importante também elucidar como fatores psicossociais podem estar envolvidos nessa situação, tanto para a pessoa que está sob atendimento

quanto para a sua família, considerando o que fora descrito acima sobre o papel que famílias têm desempenhado nesse meio. Já as possíveis intervenções institucionais podem envolver um trabalho em modalidade grupal de Orientação Profissional. Um grupo existe a partir de um laço social, e a situação do Vestibular parece ser um fator que pode unir os vestibulandos de modo a elaborar intervenções psicossociais de grupos (AFONSO, 2007).

Uma proposta da modalidade grupal de trabalho é que os membros do grupo podem partilhar suas experiências, ideais, sentimentos e saberes. A Orientação Profissional pode surgir nessas instituições como forma de oferecer um espaço, dentro do cursinho, para que os estudantes possam expressar sua criatividade nesse contexto, algo que parece ser importante tanto para a promoção de saúde mental quanto para fins de aprendizagem. O trabalho da(o) psicóloga(o) em Orientação Profissional nesse caso pode envolver a elaboração dos lutos e angústias relacionadas à escolha de carreira e fim da infância e adolescência, bem como manter atenção às questões ligadas ao consumo de medicamentos para poder elucidar os membros do grupo acerca disso. Também pode ser pertinente levantar reflexões acerca dos campos profissionais que os membros desejam seguir, bem como discussões sobre o papel que o grupo pode ter em cooperar com a passagem por essa fase da vida para se chegar aonde deseja.

Ademais, um dos fatores que mais pareceram ser importantes no antídoto à medicalização nos cursinhos é a promoção da cooperação nos estudos. A lógica que pareceu imperar nos cursinhos é da competição como forma de sucesso acadêmico. Portanto, a elaboração de um grupo psicossocial parece ser capaz de contribuir para sua redução, em alguma medida. Esses são trabalhos que profissionais da Psicologia podem exercer em sua atuação, com base em estudos e pesquisas que respeitam o espaço que o público atendido precisa para se expressar, assim como podem adotar intervenções que levem em consideração o contexto social em que os estudantes estão inseridos. Não parece se encaixar nas competências que um coach pode adotar em seu trabalho para pessoas que apresentam tamanha dificuldade.

Por fim, parece ser importante destacar também que todo sofrimento decorrente dessa fase da vida não necessariamente exige intervenções psicológicas. Dependendo dos fatores psicossociais, das dinâmicas das relações do estudante e sua relação com os estudos, mesmo que se tenha sofrimento, isso não necessariamente exige auxílio profissional.

Considerações finais

É importante refletir sobre como o sentido e significado que se atribui aos estudos têm um papel ativo para a construção de subjetividade e melhores processos de aprendizagem, tanto na academia quanto na vida. Nesse sentido, a pesquisa pôde fazer um levantamento de como a medicalização surge na vida dos vestibulandos como um empecilho para isso. É papel dos profissionais da Psicologia compreender a totalidade e complexidade acerca do sofrimento pelo qual esse público lida, bem como os fenômenos socioeducacionais que estão por trás disso. Apesar dos medicamentos à base de Metilfenidato ainda serem controversos, pode-se concluir que alguns de seus efeitos ainda são desconhecidos, o que ressalta a importância de compreender seu papel na atualidade e como a sociedade os entende e os consome.

A situação de pandemia do Sars-CoV-2 dificultou e limitou algumas das propostas e andamentos da presente pesquisa, contudo, foi possível explorar novos caminhos e cumprir boa parte de seus objetivos, bem como responder ao principal problema que norteou todo seu andamento: Qual o papel da medicalização na produção do fracasso escolar em vestibulandos?

Apesar de entender a importância de que o leitor reflita a partir dos resultados apresentados, compreende-se que deve ser esclarecido que a medicalização pareceu surgir como uma forma de manter um sentido alienante aos estudos e que prejudicou a saúde mental dos participantes que relataram sobre seu uso. A relação direta entre um fator e outro se evidenciou quando se percebeu que quanto maior o tempo em que os participantes frequentavam cursinho, maior era o consumo de medicamentos, um dado cujo resultado foi estatisticamente significativo. Vale ressaltar que um dos objetivos que não foram cumpridos foi a conscientização do corpo docente destas instituições, assim como o levantamento de suas concepções acerca da temática.

Parte da coleta de dados proposta no projeto envolvia entrevistas individuais e semiestruturadas com professoras(es) de cursinhos, porém, nas tentativas de contato com tais pessoas, foi esclarecido que eles estavam lidando com muitas adaptações e cargas de trabalho maiores por conta da pandemia e o ensino em modalidade a distância. Uma parte da coleta de dados do projeto seria a realização de Grupos Focais com os estudantes de cursinho, ao invés das entrevistas. Seria um meio de

colocar em prática uma modalidade grupal de trabalho nessas instituições, contudo, a situação da pandemia também impossibilitou sua realização. Por isso, foram realizadas as entrevistas individuais e semiestruturadas com esse público.

Todavia, foi possível aprofundar mais a relação dos estudantes com os sentidos e significados que atribuem aos estudos nas entrevistas individuais, assim como investigar as repercussões da pandemia e o ensino em modalidade a distância nisso. Ressalta-se que mesmo na situação de isolamento social, houve relatos de consumo de medicamentos. Outrossim, conforme o estudo de Asbahr (2014), o sentido e significado nos estudos possuem relação direta e indissociável com a história da sociedade, ou seja, pode-se levar em consideração que o contexto da pandemia afetará a construção de tais símbolos na sociedade.

Por fim, ressalta-se a importância dessa temática ser mais pesquisada, pois uma das principais lições que a presente pesquisa deixou foi que os vestibulandos precisam de mais espaço e lugar para serem ouvidos. Afinal, são protagonistas de um processo árduo e a Psicologia parece poder contribuir bastante para com essa situação.

Referências

AFONSO, Maria Lúcia Miranda. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**: um método de intervenção psicossocial. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Marcos Vinícius de; CALDAS, Roseli Fernandes Lins. Psicologia e Educação: expectativas, desafios e possibilidades. *In*: MOLINA, Rinaldo; ANGELUCCI, Carla Biancha (Orgs.). **Interfaces entre psicologia e educação**: desafios para a formação do psicólogo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 45-62.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. Sentido pessoal, significado social e atividade de estudo: uma revisão teórica. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 265-272, mai./ago. 2014.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. “Por que aprender isso, professora?”: sentido pessoal e atividade de estudo na psicologia histórico-cultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 169-178, set. 2014.

BOGDAN, Robert; BILKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional**: a estratégia clínica. 13. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

CARPIGIANI, Berenice. **Psicologia**: das raízes aos movimentos contemporâneos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). *In*: FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. **Série Ideias**, São Paulo, n. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf. Acesso em: 22 dez. 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos**: consulta rápida. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. Contribuições da psicologia social e psicologia política ao desenvolvimento da psicologia social comunitária. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 63-82, jan./jun. 1996.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 79-108.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, jan./jun. 2012.

OLIVEIRA, Eliana. *et al.*; Análise de conteúdo e pesquisa na área de educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p. 11-27, mai./ago. 2003.

SOUZA, Beatriz de Paula. Puxando o tapete da medicalização do ensino: uma outra educação é possível. **Estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 299-316, jan./abr. 2014.

TOLEDO, Liliane de Paula. **Para além da escola e da empresa**: contribuições para o atendimento em orientação de carreira. 2014. 241 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2014.

TRIGUEIRO, Emília Suitberta de Oliveira. Adolescentes e o doping intelectual: elementos para o debate. *In*: Seminário internacional A educação medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos. 4. 2015. Salvador. **Anais [...]**. Salvador: UFBA, 2015. p. 1-10.

WHITAKER, Dulce Consuelo Andreatta. Da “invenção” do vestibular aos cursinhos populares: um desafio para a orientação profissional. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 289-297, jul./dez. 2010.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

Processos de adoecimento e a construção da subjetividade na criança e no adolescente hospitalizados e/ou em tratamento de saúde

Ricardo Burg Ceccim

Introdução

No Brasil, a primeira vez que se formula uma política pública educacional para crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde é em 2002. O documento de política foi designado como Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar (BRASIL, 2002). Tal documento foi elaborado pela então Secretaria de Educação Especial, do Ministério da Educação (MEC). Além da equipe de gestão do MEC, representada pelas professoras Aricélia Ribeiro do Nascimento e Idê Borges dos Santos, e da consultora do MEC em Educação Especial, Dra. Soraia Napoleão Freitas, uma equipe de quatro professores organizados em torno de um convite aos autores do livro *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (CECCIM; CARVALHO, 1997). Esses quatro professores foram Ricardo Burg Ceccim, Eneida Simões da Fonseca, Helena de Oliveira e Aromilda Grassotti Peixoto. Alguns antecedentes conduziram ao nome do primeiro, professor da Faculdade de Educação, da Universidade Feral do Rio Grande do Sul. Além de um dos organizadores do livro *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*; havia reunido duas pesquisadoras nacionais ao Programa de Extensão Universitária “Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar”, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a pediatra, Helena de Oliveira, e a pedagoga, Eneida Simões da Fonseca; havia orientado uma dissertação de mestrado em educação sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar, da pedagoga Stefanie Kulpa (KULPA, 2001), e outra sobre Cartografia do trabalho docente em Educação Especial, da pedagoga Aromilda Grassotti Peixoto (PEIXOTO, 2001). A autoria no documento de política pública, somada a textos anteriores de Ricardo Burg Ceccim e Eneida Simões da Fonseca (CECCIM; FONSECA, 1999a, CECCIM; FONSECA, 1999b), colocou tais pesquisadores na história das classes hospitalares e atendimento pedagógico domiciliar à criança ou adolescente em tratamento de saúde no Brasil.

Na produção sobre classes hospitalares e atendimento pedagógico domiciliar à criança ou adolescente em tratamento de saúde, Ricardo Burg Ceccim lançou conceitos como Escuta Pedagógica (CECCIM *et al.*, 1997), Necessidades Intelectuais (necessidades respondidas por atendimento pedagógico-educacional ou ensino) da criança sob internação hospitalar (CECCIM, 2000) e Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar (CECCIM, 1999; CECCIM, 2000), colocando os saberes em pedagogia e das licenciaturas como parte das ações de direito em prol do desenvolvimento afetivo e cognitivo de crianças e adolescentes, assim como parte da determinação dos processos de cura e bem-estar, portanto, obrigatórias em face da atenção ao direito de aprender e tornar-se capaz de inteligência.

Já a professora Eneida Simões da Fonseca, responsável pela primeira pesquisa de base nacional sobre o assunto (FONSECA, 1999), idealizou e tornou realidade o Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar, cuja primeira edição ocorreu no ano 2000, junto à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, instituição da professora, hoje com 10 edições, o portal Escola Hospitalar: atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados (ESCOLA HOSPITALAR, 2007) e o Informativo Semestral “Atendimento Escolar Hospitalar”, edição bilíngue português-inglês, hoje com 20 anos e 39 números, veiculado pelo Projeto “Atendimento Escolar Hospitalar: saberes partilhados”, do Departamento de Estudos da Educação Inclusiva e Continuada, da Faculdade de Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do qual é editora (UERJ, 2019).

Posto este preâmbulo, cumpre explicitar que o título do presente posicionamento, constou da chamada à participação no I Seminário Internacional “Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar e Domiciliar”, realizado em 27 e 28 de agosto de 2019, junto à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, onde a noção de “Processos de adoecimento e a construção da subjetividade na criança e no adolescente hospitalizados e/ou em tratamento de saúde” foi solicitação de debate. Nos processos de adoecimento de crianças e adolescentes que requerem hospitalização ou resguardo em domicílio para tratamento de saúde, a escola, além de lugar na construção da subjetividade, interfere no desejo de cura. A escola, como território do afetivo e do cognitivo em movimento, compõe processos de subjetivação e presença social. A necessidade de atender à “paixão de aprender”, inerente aos devires da infância e da adolescência, exigem, ainda mais, profissionais de educação quando crianças e adolescentes estão

afastados da escola por motivo de hospitalização ou resguardo domiciliar por motivo de saúde.

A escola no hospital ou as “coisas de escola”, como na linguagem de Noal-Gai (2015), envolve(m): pertencer a um coletivo, a classe escolar; estar na lista de chamada, junto àqueles cuja ausência faz falta; ter compromissos de estudo porque só se fica inteligente ao aprender; dispor de vários materiais expressivos para usar em diversas circunstâncias; ter professor/a se interessando pelo desenvolvimento de dotes afetivos, cognitivos, motores, comunicativos; congregar atenção ao organizar uma fala, um texto, uma conta, uma fórmula; ver um espaço coletivo com suas produções em exposição por paredes e corredores; ter seu nome e seus rabiscos como assinatura entre tantas prescrições e boletins de hospital e tratamento; habitar um território que só existe e se constitui por agentes em aprendizagem e desenvolvimento.

Paixão de aprender e desejo de cura configuram encontro pedagógico e terapêutico. Difícil conceber esse encontro sem a escola e coisas de escola. Trata-se da compreensão das evidências de conteúdo cognitivo e afetivo ao aprender. Trata-se, também, de um perfilhamento diverso ao inatismo, ao espontaneísmo e ao desenvolvimento sem base cognitiva (o mesmo que dizer que não há como crescer sem aprender, desenvolver-se sem educação, crescer e desenvolver-se sem aprendizagem). Vamos à escola porque precisamos aprender, vamos à escola porque precisamos ser ensinados, faz diferença aos processos de subjetivação ir/pertencer ou não ir/não pertencer à escola. É nesses termos que se enseja o presente texto como contribuição aos professores e à formação de professores em classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar, desdobramento da Política Nacional de Educação Especial ou das tramas da educação especial, saúde e processos inclusivos.

A política nacional de educação especial

Em 2002, a Política Nacional de Educação Especial correspondia aos termos da Integração Escolar e, por isso, havia alguma confusão ao se pronunciar “Classe Hospitalar”. Classe Hospitalar se colocava em referência às classes de escola (Classe Escolar), como quando dizemos “os colegas da minha classe”, “a professora da minha classe”, “os alunos da minha classe”, “dou

aula em uma classe de 1º ano” etc. Uma Classe Hospitalar não era uma Classe Especial do tipo dos ambientes escolares abertos por motivo de classificação das capacidades inteligentes ou comportamentais de crianças e adolescentes. Nos termos da política de Integração Escolar, as classes especiais deveriam ser extintas, constituindo-se nas escolas estratégias de apoio à integração de alunos em classes escolares comuns (não especiais, ainda que com estratégias de apoio especializado). Em hospitais ou em domicílios não são possíveis classes comuns e não se trata de inserir alunos nas classes de escola, mas de evitar os prejuízos intelectuais da ausência à escola, evitar a produção de deficiências intelectuais pela falta de oferta pedagógica e educação intelectual.

Em 2008, a Política Nacional de Educação Especial se apresenta como “Educação Especial na Perspectiva Inclusiva” (BRASIL, 2008), mostrando que “o movimento mundial pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica”. Tal movimento foi desencadeado “em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação”. A concepção de educação inclusiva passa a se referir a uma perspectiva fundamentada “na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola”. Reconhece que “as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las”, assim como reconhece que a educação inclusiva deve assumir “espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão”.

Mediante o referencial da “construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas”. A noção de escola passa a uma noção referencial, pois são sistemas educacionais inclusivos que devem operar na sociedade, preservada a noção de tarefa pedagógico-educacional aos docentes (ensinar a aprender, construir a autonomia em aprendizagens, desenvolver habilidades afetivas e cognitivas, não se tratando de expansão do individual, antes os processos coletivos, de amizade, de parceria, de *sympathia* que nos colocam em ato de comunidades aprendentes).

O mesmo documento de política coloca que “para atuar na educação especial, o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área”. A especificidade está em reconhecer que não são possíveis apenas as pedagogias da escolarização regular. A formação específica é aquela que viabiliza a atuação de professores “no atendimento educacional especializado”, isto é, quando se requer mais que saberes generalistas do ensinar e aprender predominante nas populações escolarizadas em seu acesso regular às escolas comuns. Igualmente, essa formação em conhecimentos específicos deve possibilitar o aprofundamento do “caráter interativo e interdisciplinar da atuação”. A política, então, relaciona: salas comuns do ensino regular, salas de recursos, centros de atendimento educacional especializado, núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, classes hospitalares e ambientes domiciliares. Em todos esses ambientes a oferta dos serviços e recursos de uma educação “especial”. Poder-se-ia arrolar: ensino individualizado, projetos pedagógicos singulares e arranjos educativos particularizados. Sempre em interface e conexão com a “escola como referência” e no interior da “escola em rede de integração”. Classes ou escolas sem resquício de segregação, sem tolerância à exclusão, sem margem à discriminação. Muito antes pelo contrário: em luta pela dessegregação e não segregação, em afirmação da inclusão, em oposição às formas de discriminação e estigmatização.

As crianças doentes, hospitalizadas e/ou em tratamentos de saúde que impedem a frequência regular à escola estão nesse grupo, pois a não frequência à escola regular, demanda uma abordagem “especial”, ainda que não especializada. Esses fatores arrastam valores e crenças relativos ao ser saudável (higienismo), ao dispor de capacidades (capacitismo), à perfeição humana (eugenismo), ao contágio biológico (preventivismo), à dependência da clínica (medicalização) etc. de modo que o alunado de crianças e adolescentes doentes, hospitalizados, sob resguardo domiciliar para tratamento de saúde pertence aos valores e crenças da educação especial, desde que na perspectiva inclusiva das diversidades humanas. Constata-se de modo não paralelo à pedagogia e licenciaturas que a oferta em classes hospitalares se expandiu. Os cursos de pedagogia e licenciatura continuam não contemplando a pedagogia hospitalar, exceto quando há professor pesquisador do tema que, então, insere alguma carga horária de conteúdos programáticos (em geral sem a oferta de experiências) ou

insere experiência via programas e projetos de extensão. Entretanto, há evidência médica e de enfermagem que a pedagogia escolar reduz o tempo de internação, melhora a resposta terapêutica e conforta a criança ou adolescente hospitalizados ou em resguardo domiciliar (SANDRONI, 2011).

Ao mesmo tempo em que medicina e enfermagem cresceram na precocidade de diagnósticos, precisão de tratamentos e sofisticação dos processos de cuidado e terapêutica, cresceram as demandas por classes hospitalares, chegando a constar em lei a obrigatoriedade dessa oferta (BRASIL, 2018). Assim, o conceito de classe hospitalar se confunde com recreação, ludopedagogia, terapia ocupacional, psicologia comportamental, humanização em enfermagem hospitalar, palhaços de hospital, brinquedoteca, psicomotricidade etc., havendo uma variedade de abordagens, sempre mais potentes e interessantes quanto mais debatemos o assunto. Sem dedicação a tais ou quais perfis de classes hospitalares e modelos vizinhos ou complementares, deve-se reconhecer as relações entre mediação pedagógica e subjetivação e mediação pedagógica e cognição proporcionadas pela classe hospitalar.

A mediação pedagógica em classes hospitalares: aprendizagem, desenvolvimento e subjetivação como experiência cognitiva e afetiva em ambiente educacional hospitalar

Doença e hospitalização produzem significado às vivências de aprendizagem, ao desenvolvimento e à constituição de si. Um particular perfil de afetos, de experiências compreensivas, de experiências de subjetivação e de experiências culturais caracterizam as emoções presentes no ambiente hospitalar e/ou nas experimentações do adoecimento. O adoecimento e a hospitalização interferem na experiência subjetiva, sendo papel de um educador em ambiente hospitalar mediar o processo pedagógico da aprendizagem de crianças e adolescentes para que aprendam a desenvolver habilidades expressivas (intelectuais, motoras e artísticas), trabalhando a convivência, a interação, a comunicação (verbal, escrita, semiótica), a imaginação criativa, o alívio do medo e o alívio da insegurança, envolvendo apreender informações e sensações particulares sobre a vida, a saúde e a doença, assim como apreender competências particulares para amizades e presença em ambientes coletivos.

A mediação pedagógica envolve particular ocupação com a aprendizagem, o desenvolvimento e a subjetivação, segundo o recurso da experiência cognitiva e afetiva em ambiente educacional, mesmo que em estrutura hospitalar. Na medida em que é mediação, não transmissão, a classe hospitalar não está aprisionada em um currículo antecedente ao encontro pedagógico de cada grupo particular de alunos. Cada sala de aula se faz em ato, a cada dia. É por isso que demanda por professores e não cuidadores. As “ensinagens” vão sendo recolhidas das motivações e necessidades que vão se apresentando, das sensibilidades que vão sendo demandadas, das vivências que são observadas, das situações que são experimentadas. Aprender a escrever, por exemplo, ou a escrever aos modos da poesia e da literatura é dispor de um instrumento de mandar recados para amigos, para familiares, para namorados/as, para profissionais de saúde, para a sociedade. Aprender sobre tempo e espaço, por exemplo, é aumentar a autonomia de gestão das horas e lugares entre antes, durante e depois da internação, dos exames, dos efeitos de tratamentos. Aprender física explica aparelhos e tratamentos radiológicos. Aprender química explica inúmeras reações naturais. Não é questão de consciência ou racionalização, é disposição de instrumentos de uso, localização de potências suas em “ser mais”, “ser outros”, “ser vários”.

Uma peculiaridade das crianças e adolescentes que passaram por doenças e tratamentos com hospitalização ou resguardo em domicílio é que proferem verdadeiras aulas aos pares de escola quando retornam, sabem de leucócitos e plaquetas, sabem de interações alimentares, sabem de profissões e fazeres do setor da saúde, sabem de especialidades médicas e sabem de grandes personagens da literatura, da política e da ciência que tiveram doenças graves, motivaram pesquisas e deram nomes a serviços de saúde. É bom lembrar, entretanto, que incursões no campo da literatura, como Guimarães Rosa, Machado de Assis, Chico Buarque, Frida Kahlo, Clarice Lispector, Ana Cristina Cesar e Paulo Leminski, entre outros, permite saber mais de doenças, vidas, mortes e tratamentos.

A mediação pedagógica oferece possibilidades intelectuais, motoras e artísticas por meio de exercícios didáticos, jogos expressivos, manufatura de objetos, experimentos científicos, composição de misturas. A mediação pedagógica possibilita dinâmicas de grupo e exploração das interações simbólicas pela fala, canto, emissão/imitação de ruídos, pela redação de textos, poemas, roteiros teatrais, pela pintura, desenho, dobraduras, pela

expressão corporal, gestualidades, sinais... A mediação pedagógica é mais potente e intensa que a religiosidade (que envolve a fé, mas não a operação de atos no mundo imediato), que a moralidade (que envolve crenças, mas não a imanência de si), que a esperança (que envolve metas e promessas, mas não a invenção de inéditos viáveis), que a superação (que envolve ritos e mitos de sobrevivência, mas não a vida dos riscos, incertezas e abertura aos estranhamentos), por exemplo. Trata-se de convocar a presença ativa nas coisas do aprender.

Classe hospitalar: escuta pedagógica e atenção escolar

O estigma das doenças que levam à hospitalização e/ou ao afastamento da escola, assim como as manifestações físicas de doenças e tratamentos, como queda de cabelo, aspectos da coloração da pele, uso de sondas e aparelhos, limitações à locomoção ou às práticas esportivas entre tantas condições possíveis incide sobre emoções e expectativas de futuro. Nesse sentido, a classe hospitalar lida diretamente com necessidades intelectuais relativas à cognição e ao desenvolvimento, devendo projetar “escuta pedagógica” e “atenção escolar”.

Falamos em “escuta pedagógica”, uma vez que necessidades intelectuais são relativas às rotas cognitivas, às conexões de aprendizagem e à construção de saberes formais que, por sua vez, qualificam a presença da criança e do adolescente nas letras, números, histórias, espacialidades e textualidades para a tessitura do mundo e de mundos. Podemos pensar na biblioteca da classe hospitalar, na caixa de jogos e sucatas, no globo terrestre e nos vários tipos de mapas, nas maquetes e nos recursos eletrônicos, nos relógios, nos envelopes, nos frascos, nas planilhas, nas siglas, nos cartazes.

Falamos em “atenção escolar” porque esta é a referência psicossocial às crianças e aos adolescentes no mundo letrado, nas culturas escolarizadas (ou em escolarização), no mundo global e no mundo das artes intelectuais (os tantos modos expressivos a serem interpretados e/ou emitidos). Podemos pensar nas aulas de português e literatura, nas aulas de matemática e ciências, nas aulas de estudos sociais, nas aulas de línguas e computação, sem infantilismos ou vitimismos, mas aquisições, conquistas, inovações.

Aprendizagem e desenvolvimento: subjetivação

A aprendizagem, segundo a psicologia da educação, é formada por várias dimensões da individuação (do tornar-se aquilo se é). Essas dimensões são a afetiva, a cognitiva, a motora e a da comunicação/interação, indissociáveis e componíveis da constituição de si. A mediação pedagógica exerce aí papel fundamental:

- são selecionados os objetos de aprendizagem,
- são construídos caminhos de aprender,
- são proporcionadas experiências de coletivo e desafios de pensamento,
- são transferidos recursos para manifestações expressivas,
- são organizadas experiências de aprendizagem que exigem processos cognitivos, afetivos, motores e de comunicação/interação de forma integrada.

Segundo a psicologia da educação, aquilo que é operado em um plano agencia outro, o que resulta no construtivismo permanente de si, dos entornos significativos e do mundo. A subjetivação emergirá de emoções, de interações, da imanência de si, da mediação familiar, das vivências psicossociais e da mediação pedagógica, único componente que pode ser profissional e deliberado. A articulação entre processo de subjetivação e mediação pedagógica está no fato em que o desenvolvimento da estrutura cognitiva humana é um processo que se dá na apropriação de experiências de interação, inserção cultural e pertencimento histórico. Desenvolvimento psíquico e aprendizagem cognitiva são processos concomitantes, interdependentes e recíprocos.

No processo de desenvolvimento e aprendizagem, a criança ou adolescente não faz seleção do que aprender, não existem saberes prévios suficientes às seleções, o mundo e suas informações são descobertas, de um lado um processo afetivo é ativo como cognição, de outro a linguagem faz essa interface. Na experiência do adoecimento e hospitalização, o professor de classe hospitalar é mediador do processo de ensino, lidando com afetos emotivos e com múltiplas linguagens expressivas. A ação docente deve proporcionar zonas de desenvolvimento e operar aprendizados dentro das zonas de desenvolvimento. Para a ação docente envolve conhecer os saberes prévios daqueles em aprendizado, planejar o processo de aprendizagem com o objetivo de mobilizar potências da criança e do adolescente, coordenando um processo de construção de/do conhecimento.

A aprendizagem, o desenvolvimento e a subjetivação: o intercruzamento de corpo organismo e corpo sem órgãos na paixão de aprender e no desejo de cura

Dentre os principais autores do desenvolvimento da criança e do adolescente, em voga na pedagogia, estão Piaget, Wallon e Vygotsky (DAVIS *et al.*, 2012), que caracterizam o período que nos leva do nascimento à entrada na maioridade, mas não se trata, nas classes hospitalares, de perguntar por fases ou etapas, como se fossem evolutivas, sucessivas ou em espiral. Pois, ao longo das experiências afetivas e cognitivas, uma inteligência de si e de mundo se compõe, exigências intensivas se colocam e afetam diretamente as expectativas de vida, saúde, doença, corporeidade, subjetividade e morte.

O processo de desenvolvimento depende tanto da nossa capacidade biológica quanto do ambiente que nos circunda e afeta. Um corpo organismo nos dá determinados recursos, mas aquilo que ativa todas as nossas potências é o que nos acontece, nos inscreve, nos acolhe e nos mobiliza. Professor/a e escola funcionam como um “corpo sem órgãos” que se acopla ao corpo organismo doente ou em tratamento, de modo que se pode ser vibrante, estar em coletivo, viver a paixão de aprender e o desejo de cura com conforto e segurança em um corpo que se multiplica e expande, não apenas toma remédios, faz exames e recebe aplicações terapêuticas de poder biológico. Um corpo sem órgãos (CECCIM; MERHY, 2009) acoplado ao organismo inventa histórias em inéditos viáveis (ALVES; MUNIZ, 2019), em éticas do brincar (NOAL-GAI, 2015), em devires de infância e adolescência (CECCIM; PALOMBINI, 2009).

Não queremos que crianças e adolescentes percam quaisquer de suas capacidades sensíveis e nem que as superem como abandono da força afetiva de que as experiências de adoecimento e hospitalização são portadoras, queremos que a conservação dos afetos como motor da entrada no mundo de relações sejam potência de vida, de abertura aos “outramentos” e ao tornar-se potente com matérias expressivas e de domínio do mundo. A capacidade de afetar e ser afetado não pode ser perdida, ela é componente do processo de desenvolvimento e da construção do conhecimento. A mediação pedagógica pode criar intencionalmente condições para favorecer esse processo e construção, proporcionando a aprendizagem de novas ideias, novas conexões, novos valores, novas habilidades de pensamento e ação.

As sensibilidades, a atenção e os questionamentos da professora/do professor são garantia da oferta de atenção às necessidades intelectuais do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Nunca será “atualizar” o desenvolvimento no sentido de “atualizar” capacidades inatas, mas “agenciar a presença”. A presença é descobrir quem se é, o que requer domínios de várias naturezas, dentre eles os intelectuais, de manejo de saberes, de tornar os saberes propriedades suas. A única maneira de dominar os saberes é tê-los disponíveis à sua aquisição.

Emoções e desejo no adoecimento e hospitalização

No ambiente hospitalar ou na vivência do adoecimento, as emoções ganham grande predomínio e, na infância ou adolescência, são constitutivas do olhar sobre si e sobre o mundo. Se a mediação pedagógica é parte ativa na construção do estar no mundo, no caso da mediação pedagógica com crianças ou adolescentes doentes ou sob internação hospitalar, essa mediação se compõe com o desejo de viver, de estar bem, de curar-se.

É por isso que tal mediação deixada apenas para a enfermagem, a psicologia, a recreação ou a terapia ocupacional, isoladas ou articuladas, favorecem o conforto, a segurança, a alegria, o desenvolvimento psíquico e motor, mas não necessariamente agenciam afetividade e inteligência (a paixão de aprender). Qual é a diferença de estar diante da professora/do professor? Os agenciamentos são outros, as conexões são outras, as redes de vida, comunicação e interação são outras.

Ao observar as reações emotivas, de modo geral, o educador fará uso delas para mobilizar aprendizagens, ativar conhecimentos, alimentar capacidades interpretativas, desenvolver a autosssegurança (conquistar o aprender, perceber que adquiriu conhecimento, reconhecer que detém saberes), a sensação de poder manejar as informações do mundo, além de assegurar o pertencimento à comunidade de pares da infância e adolescência. Afetividade, cognição, uso de recursos expressivos, capacidade de interação e de composição de comunidades são materialidades à mediação pedagógica. Não se trata de conduzir a criança ou o adolescente ao adulto que se quer, mas participar da construção de um tornar-se aquilo que se é.

Agenciar a presença

Uma pragmática da presença (LEVIN-BORGES, 2019) envolve sensações, movimentos, conhecimentos, novas sensações, novos movimentos, novos conhecimentos, exigindo inventar novos meios, novas necessidades e novos recursos que aumentem potências de si e potências da diferença. Há um trabalho com as emoções, com as corporeidades, com as elaborações cognitivas que convergem. Por isso, a dança, o teatro, o jogo, a recreação, as atividades de vida diária não se dissociam, antes se necessitam.

A mediação pedagógica favorece um conjunto cognitivo que se desdobra em aquisições formais e modos de uso de conhecimentos, imaginários, espacialidades, histórias e representações. É a inteligência que permite registrar o presente, rever o passado e projetar futuros. Não etapas do desenvolvimento, mas educação aos modos de escola. Cada etapa da escolarização detém e contempla recursos diversos na relação com o desenvolvimento e a cognição:

- educação infantil,
- séries iniciais do ensino fundamental,
- séries finais do ensino fundamental,
- ensino médio.

A mediação pedagógica está na disposição de situações de aprendizagem para que todos os alunos possam participar e na presença docente às indagações dos alunos, respondendo, indicando caminhos, abrindo meios de exploração das respostas. Às professoras/aos professores em classes hospitalares não se requer qualquer busca pelos etapismos de qualquer psicologia do desenvolvimento, mas os parâmetros da educação escolar, os recursos da educação escolar, os agenciamentos da educação escolar. Não em uma sequenciação de currículos, mas na agregação organizadora dos anos de ensino na escola.

Do ponto de vista da subjetivação, o processo ensino-aprendizagem envolve reconhecer a diversidade cognitiva, assim como as diversidades da criança e do adolescente doentes ou hospitalizados, que podem envolver diversidades de corpo, estranhamentos de aspecto físico, uso de apêndices terapêuticos etc., oferecendo atividades diferentes e a possibilidade de escolha pela criança das atividades que mais a atraiam.

Ter um “grupo de escola”, “de colegas”, ter professora/professor, ser chamado pelo nome, constar da chamada, proporcionar visibilidades, ter a quem se mostrar em coletivo, ganhar destaque, saber que está sendo visto, que suas produções são vistas, ter atividades que valorizam as diversidades, ter oportunidade de expressar-se, dispor das “coisas de escola” para o “tornar-se”: acolhimento, margens à imitação e à diferenciação, descoberta de ritmos e estilos, geração de situações de grupo, emergência de habilidades comunicativas (ler, escrever, contar; narrar, inscrever, dimensionar; explicar, contextualizar, organizar), contato com dificuldades de aprendizagem, estabelecimento de relações de conhecimento, tudo isso é estar bem e vivo. As doenças e tratamentos apenas fazem parte das diversidades de vida entre as tantas diversidades da vida.

Os exemplos de ação educativa no âmbito hospitalar são característicos das práticas pedagógico-educacionais na escola: brincadeiras, alfabetização e letramento, desenho, pintura, contar histórias, recorte e colagem, modelagem, expressão corporal, poesia, música, dramatização, linguagem dadaísta, alfabetos ideográficos, arte em mosaico, reciclagem com sucatas e uso das tecnologias por computação e inclusão digital. Diante das práticas educativas exercidas por pedagogos e licenciados nos hospitais são registradas as avaliações de maior autonomia e responsabilidade das crianças e adolescentes em darem continuidade aos seus estudos e por si próprios, a sensação de liberdade, a melhora do estado físico e emocional e a recuperação mais leve e agradável (SANT’ANNA *et al.*, 2010). Todas essas sensações compõem fatores de subjetivação.

Para concluir

Tendo em vista concluir uma exposição que se pretendeu ágil e de intercâmbio, ao mesmo tempo que aguda e posicionada, faz-se o recurso a uma passagem de “Currículo: cadê a poesia”, organizado pela educadora especial Daniele Noal-Gai e pelo educador em dança Wagner Ferraz na coleção Parafernálias II: educação, saúde, artes. Noal-Gai (2014, p. 198) desafia-nos a conceber o currículo como um moldar bolhas de sabão:

Uma didática não pode enfadar. Uma didática não se presta a deixar mais fáceis os conteúdos. Uma didática não preenche um currículo, pois que faz o currículo. Uma vez que é preciso viver os modos de fazer as coisas – ou a didática das coisas – minimamente, viver esses modos com entusiasmo e saúde. Cuidemo-nos por dentro delas, das didáticas possíveis. Como quem molda bolhas de sabão, moldar a didática. Sim, moldá-la plasticamente. Isso requer entender de generalizações, como das minúcias e miudezas de uma atuação pedagógica. Colocar relevo no currículo, que pode ser moldado como quem molda bolhas de sabão. Tem um estouro, um colorido, um pequeno arco-íris ali. Tem uma vida, um sangue, um testemunho, um incômodo, um perigo. Uma ética que vingará. Aula como acontecimento. Aula como máquina experimental. Aula como atelier pedagógico. Mas o que da aula sem a didática? O que da aula sem a preparação, a preparação do romance, o caos das tintas, as coleções de livros? Seria esta uma ética que quer afirmar: professor prepare-se, desordenadamente e diversificadamente, só assim a aula será para cada um aprender!

Estabelecer a correlação entre educação e saúde na classe hospitalar ou junto às crianças e adolescentes em domicílio por motivo de tratamento de doenças ou outros agravos à saúde desonera esta última das implicações que a doença traz para a saúde (questiona o poder de cura afastado das determinações provenientes do impulso de vida presente na subjetividade). Impulso de vida não é superação das doenças ou da morte, tampouco superação das deficiências como no reencontro com o capacitismo. Impulso de vida não tem conotação moral, religiosa ou de superação. Impulso de vida é força afirmativa de si, de seu ser com suas diversidades de ser, com a imposição de formas de ser e existir, é criar vida. Já não podemos falar de “recriar a vida”, pois esta medida pode ser identificada com moral, religião ou superação. Se criar é impulso, não se encontra com nenhuma forma de “restauração” ou “ressignificação”, versões do capacitismo segundo seus antecedentes morais, religiosos ou de superação.

A pedagogia no hospital/no domicílio faz novas conexões, cria condições em meio ao aprender, sendo assim, é a vida que vai sendo alimentada. Ela compõe encontros que querem a vida. Esse querer é criador de tensão vital. Diferentemente de um querer moral (força de vontade, força de Deus, pensamento positivo), que busca o fim da tensão, podemos entender o aprender como um prazer, bom encontro, confiança na vida, ainda que profundamente singular e única. O aprender como força ou impulso e, nessa medida, codeterminação “das curas” de uma doença ou agravo.

Na medida em que a saúde apareça como negação, oposição ou escape da doença implicará separar saúde de vida. A vida é condição de possibilidade de ações, é condição para a ação. A pedagogia no hospital/ no domicílio apresenta-se como incentivo de potência, a potência reside na condição para a ação, ao mesmo tempo em que a afirmação da vida se torna o critério de avaliação da saúde. Nesse caso, a pedagogia no hospital/no domicílio é uma intervenção de vida e codetermina a ação, o impulso de vida. A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida. A produção de saúde é da ordem do cotidiano, de estilos e formas de viver, que instituem novas formas de vida. Viver desde a afirmação de si, não do encontro com as formas estandardizadas de viver, isto é aprender, isso é o desenvolvimento afetivo e cognitivo.

Referências

ALVES, Rejane de Oliveira; MUNIZ, Cristiano Alberto. Inéditos-viáveis na formação continuada de educadoras matemáticas. **Ciência & educação**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 75-92, 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.716**, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. DOU, 25 set. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília: MEC; SEESP, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC, 2008. [Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela portaria nº 948/2007, entregue ao ministro da Educação em 7 de janeiro de 2008]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. A escuta pedagógica no ambiente hospitalar. Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar. 1.: o trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar; a criança doente também estuda e aprende. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: UERJ, 19 a 21 de julho de 2000. p. 15-18. Disponível em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br/anais.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio, revista pedagógica**, Porto Alegre, v. 3, n. 10, p. 41-44, 1999. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/84/classehospitalarceccimpatio.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: necessidades educacionais. Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar. 1.: o trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar; a criança doente também estuda e aprende. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: UERJ, 19 a 21 de julho de 2000. p. 55-58. Disponível em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br/anais.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. (Org.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B-hFSu7mMhd_eExHRTNqR3hvM1E/view. Acesso em: 22 fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; CRISTÓFOLI, Luciane; KULPA, Stefanie; MODESTO, Rita de Cássia P. Escuta pedagógica à criança hospitalizada. *In*: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. (Org.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. p. 76-84. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B-hFSu7mMhd_eExHRTNqR3hvM1E/view. Acesso em: 22 fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, Eneida Simões da. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v. 7, n. 42, p. 24-36, 1999a. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/62/atendpedagpromocaopsiquicocog.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, Eneida Simões da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. **Integração**, Brasília, n. 21, p. 31-39, 1999b. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/500459456/Classe-hospitalar-buscando-padroes-referenciais-de-atendimento-pedagogico-educacional-a-crianca-e-ao-adolescente-hospitalizados>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 531-542, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; PALOMBINI, Analice de Lima. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia & sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 301-312, 2009.

DAVIS, Cláudia Leme Ferreira; ALMEIDA, Laurinda Ramalho; RIBEIRO, Marilda Pierro de Oliveira; RACHMAN, Vivian Carla Bohm. Abordagens vygotskiana, walloniana e piagetiana: diferentes olhares para a sala de aula. **Psicologia da educação**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 63-83, 2012.

ESCOLA HOSPITALAR. **Home Page Escola Hospitalar**. Atualizada em agosto/2007. Disponível em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br/>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados**: realidade nacional. Brasília: INEP, 1999. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485287/Atendimento+pedagógico-educacional+para+crianças+e+jovens+hospitalizados+realidade+nacional/d976fc6b-5184-4d62-98f0-7feb6a97b697?version=1.4>. Acesso em: 20 abr. 2019.

KULPA, Stefanie. **Entre a cura e a morte, a vida**: cartografia de um encontro entre saúde e educação. 2001. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

LEVIN-BORGES, Renato. **Ética da presença**: individuação na era do indivíduo@lismo. 2019. 62 f. Projeto de Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

NOAL-GAI, Daniele. **Ética do brincar**. 2015. 214 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

NOAL-GAI, Daniele. Pedagogia de cartazes: artes, sensações, vulnerabilidade e aprendizagem. *In*: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 04 a 08 de outubro de 2015. Disponível em: <http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-gt24-3971.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2019.

NOAL-GAI, Daniele; FERRAZ, Wagner. **Parafernália II**: currículo, cadê a poesia? Porto Alegre: INDEPin, 2014. Disponível em: https://issuu.com/indepinstituto/docs/parafernalias_ii_-_curriculo_cade_a. Acesso em: 22 fev. 2020.

PEIXOTO, Aromilda Grassotti. **Produção da vida nos encontros entre educação e trabalho**: uma cartografia do trabalho educativo. 2001. 175 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SANDRONI, Giuseppina Antonia. **Classe hospitalar**: a importância do acompanhamento pedagógico para crianças e adolescentes. 2011. 118 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

SANT'ANNA, Vera Lucia Lins; SOUZA, Elenice Moraes de; CRUZ, Lucimary Gonçalves da; SILVA, Márcia Regina da. As práticas educativas vivenciadas pelo pedagogo nos hospitais: possibilidades e desafios. **Pedagogia em ação**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 47-60, 2010.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Atendimento escolar hospitalar. **Informativo Semestral**, v. 19, n. 38, dez. 2019. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/424143934/Informativo-Newsletter-Jun-2019-1>. Acesso em: 14 mar. 2020.

Processo de medicalização da planta *cannabis sativa*¹

Guilherme Maltez Souza; Luís Henrique Sacchi dos Santos

Introdução

Neste texto², argumentamos que está em curso um processo complexo, marcado pela intersecção de diferentes dispositivos, que está promovendo o deslocamento discursivo da maconha para *cannabis*, como parte de um processo de medicalização alicerçado pelo biovalor que pode ser extraído da planta *C. sativa*. Tal deslocamento exige, igualmente, um empreendimento pedagógico de produção de determinados tipos de sujeitos, bem como de um percurso formativo – que arriscamos denominar, provisoriamente, de pedagogia da *cannabis* – calcado na ciência e, portanto, na expertise dos especialistas e de suas instituições de enunciação³.

Arriscamos dizer que, ao perguntarmos aleatoriamente para diferentes pessoas, em uma rua de maior circulação de qualquer cidade do Brasil, “o que é maconha para você?”, a maioria das respostas iria designá-la como uma droga. É provável, ainda, que a resposta fizesse referência a uma droga que vicia e que, eventualmente, pode “abrir as portas para outras drogas”, “mais pesadas” e perigosas do que a própria maconha. Ora, esta é, em grandes linhas, a sua designação tradicional, amplamente disseminada no senso comum, ao menos no que diz respeito ao modo como a maconha foi constituída em boa parte do século XX – constituição essa que, nos anos mais recentes deste novo século, vem sendo contraposta ou complementada por sua crescente apresentação (também) como um medicamento. A maconha é uma droga não apenas porque contém Tetrahydrocannabinol (THC) – uma molécula isolada em 1964 e que, reconhecidamente, age no sistema nervoso –, que é uma dentre as inúmeras substâncias encontradas na planta cientificamente denominada como *Cannabis sativa*, mas, sobretudo, pela

forma como em termos histórico-sociais e econômicos ela é conhecida (no âmbito da informalidade e, portanto, do não regramento tributário, exceto no que tange aos cálculos que o estado faz em relação aos gastos com a “guerra às drogas”).

Embora os efeitos da maconha sejam reconhecidamente (nos âmbitos social e científico) diferentes da cocaína e do crack, é neste “rol”, das drogas mais perigosas, que ela até pouco tempo habitava em termos institucionais⁴, por assim dizer. Como sabemos, maconha, cocaína e crack são drogas com maior estigma do que álcool e tabaco atualmente, embora todas sejam consideradas “drogas”³. Elas são drogas consideradas como diferentes do álcool e do tabaco, não apenas pelo fato de umas serem classificadas atualmente como lícitas e outras como ilícitas, mas pelas cargas dos dispositivos⁴ jurídico-legal e ético-moral que as instituem e acompanham, bem como pela “carga econômica”, por assim dizer, que a maconha representa a partir do momento em que se passa, numa operação de complexos deslocamentos, a considerá-la como *cannabis*. Tal operação desloca os efeitos da planta *C. sativa* (cujos componentes são purificados/

³ Para a caracterização do modo como entendemos “drogas”, aqui, valemo-nos de uma citação mais extensa do prefácio do livro *Drogas e cultura: novas perspectivas*, organizado por Labate, Goulart, Fiore, MacRae e Carneiro (2008). Nele, Júlio Assis Simões (2008) refere que se trata de uma questão complicada, posto que “... a definição de uma substância como ‘droga’ ou medicamento, como nota o sociólogo Howard Becker, depende em última análise não de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la (BECKER, 2001). A história da proibição de substâncias como a maconha, o ópio e a cocaína mostra uma confluência complexa de processos de estigmatização de populações e de conflitos geopolíticos entre potências capitalistas e coloniais na expansão de formas de controle internacional compulsório e cooperativo destinado a erradicar todos os usos de psicoativos que não fossem considerados médicos ou científicos (SCHEERER, 1993). A medicalização e a criminalização do uso ‘leigo’ de determinadas substâncias foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o ‘problema das drogas’. (...) As considerações feitas até aqui devem ser suficientes para ressaltar que o propalado problema das ‘drogas’ remete, de fato, ao problema mais amplo dos códigos de aceitação e de rejeição de determinadas substâncias, das condições pragmáticas nas quais se dá a definição, aplicação e transformação de categorias classificatórias por meio das quais a existência, a concepção e os usos de determinadas substâncias ganham sentido e eficácia na vida social. Uma determinada substância química se torna uma ‘droga’ em um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e o ambiente, em que operam saberes e poderes. O efeito é resultado do modo como tal ou qual produto atua no sentido de orientar, organizar, educar e expressar uma determinada sensibilidade. Constituídas por variadas interpretações, paixões e interesses, as ‘drogas’ são (ou deveriam ser) um tema por excelência das ciências humanas” (p. 17).

⁴ Por mais que existam diferentes discussões teóricas acerca do termo “dispositivo” na obra de Michel Foucault, para os fins deste texto empregaremos a definição “simples”, apresentada no vocabulário crítico organizado por Tomaz Tadeu da Silva (2000): “nos termos de Foucault, significa o conjunto das práticas, discursivas e não-discursivas, consideradas em sua conexão com as relações de poder. O próprio Foucault forneceu uma lista dos elementos que constituiriam um ‘dispositivo’: ‘discursos, instituições, arranjos arquitetônicos, regulamentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, regulamentos morais, instituições e disposições filantrópicas, em suma, tanto o dito quanto o não-dito (...)” (p. 43-44). Ver também Castro (2011, p. 113-114).

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

² Neste texto empregamos dois tipos de notas: notas de rodapé para explicações e apresentação de conceitos; notas de fim de texto para indicações e fontes consultadas.

isolados na forma de moléculas⁵), que passa a ser não mais somente associada ao vício, aos traficantes e aos viciados, do lado considerado ilegal e imoral, mas (também) a ser vista como geradora de *commodities* que não apenas geram lucro no mercado a partir do biovalor⁶ de substâncias como o THC e o Canabidiol (CBD), mas que têm o poder de tratar ou de atenuar dores e efeitos de determinadas doenças ou de seus para-efeitos, do lado ético e biomédico.

Quando a maconha é mobilizada dentro desses dispositivos (jurídico-legal, ético-moral, histórico-social e econômico) que a constituem como droga, ativam-se campos interespecíficos no debate público: segurança; violência; criminalidade; jurisprudência; dependência química; saúde pública; campanhas educativas; entre outros também próprios das instâncias de governo da população. Além desses dispositivos, entram igualmente em cena as questões relativas à autonomia e aos direitos do indivíduo (vide RIBEIRO, 2016) – como, por exemplo, em relação a quais são os limites das ações e escolhas de uma pessoa ou de um determinado grupo e o que legitima a intervenção do Estado, em diferentes instâncias, para que as pessoas não cometam determinados atos.

Esses limites costumam ser bem definidos quando se trata das substâncias usualmente referidas como drogas, tal como o é pela legislação no âmbito do Direito e da Vigilância Sanitária. Assim, quando chamamos a atenção para a maconha como droga estamos colocando em circulação dispositivos que a conformam e a reiteram no interior daquilo que se pode caracterizar como um “cenário de guerra”, sustentado por sucessivas legislações e políticas de governo (e de Estado) que a constituem única e exclusivamente no seguinte contexto, bastante simplificado: drogas são substâncias que agem no sistema nervoso; alteram estados de percepção; geram dependência

⁵ Lembramos também, a partir de Rose (2007), que o corpo se tornou sujeito de um olhar molecular (*molecular gaze*), posto que tanto a suscetibilidade às doenças quanto as potenciais curas se dão, hoje, no âmbito molecular, da molecularização.

⁶ Por “biovalor” entendemos, a partir de Rose (2007), “... a pletera de modos a partir dos quais a própria vitalidade tornou-se uma fonte de valor [comercial] em potencial: o biovalor como o valor [comercial] a ser extraído a partir das propriedades vitais dos processos vivos” (p. 32). Tais valores comerciais – e o enfatizamos aqui em detrimento da ideia de *valor intrínseco* dos organismos vivos ou da natureza (ver, por exemplo, Gudynas, 2010) –, extraídos das propriedades biológicas latentes dos seres vivos, como a *C. Sativa*, entram no rol daquilo que veio a se denominar como bioeconomia, termo que “abre um novo espaço para formas de pensamento e ação” (ROSE, 2007, p. 33).

química e, portanto, devem ser proscritas. O fato de serem proibidas⁷ torna crime sua produção, comércio e consumo, o que faz com que essas práticas sejam objeto de constante vigilância e controle. O cenário que se forma a partir deste contexto é o que se chama de “guerra às drogas”, ou seja, a forma oficial de os governos e das sociedades lidarem com essa questão é utilizar seu aparato de violência legítima, neste caso, as forças policiais estaduais civis e militares (no âmbito do dispositivo jurídico-legal), bem como educativo social, na forma de campanhas educativas formais e informais⁸ (no âmbito do dispositivo ético-moral). Esses enfrentamentos, resultantes da “guerra às drogas”, parecem ocorrer em espaços bastante específicos quando se fala em drogas ilegais e se aciona o aparato jurídico-legal, pois, neste âmbito, as drogas parecem se encontrar em determinados locais, como as comunidades periféricas de grandes cidades – locais esses que parecem ameaçar e, de certo modo, contaminar o restante da sociedade.

O contexto descrito acima, de uma racionalidade que enquadra e constitui a maconha como droga ilegal entre outras drogas ilegais, cuja produção, comércio e consumo são proibidos por lei, bem como o combate às ditas drogas em comunidades populares, vêm produzindo, como um de seus efeitos, uma série de mortes, algumas das quais recorrentemente apresentadas nas páginas policiais (SOUZA, 2017)⁹. Aqui, para os fins deste texto, não trataremos das mortes que se dão no enfrentamento direto entre traficantes, milicianos e policiais, mas dos para-efeitos, por assim

⁷ O caso da proibição da maconha, mais do que o da cocaína (que precisa ser processada a partir de diferentes processos químicos), é interessante, visto que se trata de uma planta e, como tal, a despeito de suas possíveis especificidades/necessidades agroecológicas, pode, potencialmente, ser plantada em qualquer lugar, por qualquer pessoa. Além disso, o seu uso mais generalizado não envolve processos químicos de isolamento de substâncias ou de moléculas específicas (algo que vem acontecendo em seu processo de medicalização, isto é, de apropriação pelas diferentes práticas de processamento e isolamento científico, bem como formas de dispensação e tratamento), mas seu uso como cigarro, como chá, como ingrediente em determinados alimentos, por exemplo. Assim, literalmente, o objetivo final da ‘guerra às drogas’ em relação à maconha passaria, no limite, pela extinção da planta em suas diferentes variedades.

⁸ Para fins deste trabalho, e de forma bastante genérica, denominamos de ‘formais’ aquelas campanhas que se dão nos espaços e instâncias escolares (currículos, livros didáticos, campanhas, etc.) e de ‘informais’ aquelas que se realizam nos meios de comunicação (como a desenvolvida pelo Grupo RBS, denominada *Drogas/Crack nem pensar*, iniciada em 2009, em SC e RS: <https://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknem pensar/home,0,3710,Home.html>), mas que também reverberam nos espaços escolares e na sociedade de uma modo amplo, provocando debates e aquilo que no discurso cotidiano pode-se chamar de “conscientização”.

⁹ Em outro trabalho, no âmbito de pesquisa de mestrado em educação, foram analisados os discursos presentes no jornal Folha de S. Paulo, em que a abordagem tradicional das páginas policiais se contrapõe à linha editorial que defende uma abordagem (neo)liberal, um *laissez-faire*, do governo em relação à maconha.

dizer, dessas operações no corpo social, ou mais exatamente, no “corpo mesmo” (no corpo individual e na cessação da vida) daquelas pessoas que se encontram nessas comunidades periféricas, locais onde supostamente as drogas se encontram. Não se tratam, portanto, de mortes causadas pelo consumo das drogas em si, como alega-se a partir do dispositivo jurídico-legal, mas de mortes decorrentes das estratégias governamentais de se lidar com elas, combatendo-as num verdadeiro cenário de guerra entre traficantes, milicianos e policiais.

Assim, por exemplo, em 4 de dezembro de 2020, as primas Emily (4 anos) e Rebeca (7 anos) foram baleadas enquanto brincavam na porta de casa, na Baixada Fluminense, “quando policiais militares tentaram abordar duas pessoas que estavam em uma motocicleta”ⁱⁱⁱ. Em 2019, houve comoção nacional pela morte da menina Ágatha Félix (8 anos), que, àquela altura, era a sexta criança morta em decorrência de ações policiais só no estado do Rio de Janeiro. O então governador Wilson Witzel responsabilizou usuários de maconha e cocaína pela morte de Ágatha ao dizer que “aqueles que usam substâncias entorpecentes de forma recreativa, façam uma reflexão. Vocês são responsáveis pela morte da menina Ágatha: vocês que usam maconha e cocaína e dão dinheiro para genocidas”^{iv}.

Mesmo que as crianças mortas em decorrência do confronto estatal contra as drogas não tenham morrido por usar drogas, tanto elas quanto seus usos e usuários foram considerados como os responsáveis pela morte de Ágatha Félix, segundo o ex-governador do Rio de Janeiro. O título do artigo de Cecília Oliveira, no portal *The Intercept Brasil*, sintetiza bem o ponto em que queremos chegar: “a guerra é contra as drogas, mas quem morre são meninas negras como Emily e Rebeca”^v. Não importa, para a argumentação de Witzel, se as crianças não possuíam qualquer relação com a maconha, além de serem parte da população que vive nos espaços (periferias e comunidades populares das grandes cidades) onde supostamente as drogas circulam e, numa equação quase direta, serem pobres e pretos, pois as drogas são a justificativa oficial para que mortes como essas aconteçam. O tráfico, os traficantes e o usuários de drogas (na acepção de Witzel, aqueles que, fora das comunidades de periferia, as consomem) conformam um cenário em que drogas significam a morte, seja de quem for. Assim, nesses diferentes e interseccionados dispositivos que constituem a maconha como droga, temos sempre a sombra da morte.

Nesta última década, contudo, emergem novos dispositivos (medicalização-biovalor) a respeito da maconha, na direção daquilo que talvez possamos chamar de um contraponto, ou mesmo de um gradiente entre os extremos da “droga que faz mal” e da “droga que faz (ou que pode fazer) bem”, isto é, entre a droga ilegal (traficada e cujos tributos não chegam ao estado) e a droga farmacêutica (molecularizada – THC e outros canabinoides –, patenteada e posta em circulação no circuito da bioeconomia, gerando *commodities* para as empresas e tributos para o Estado), aquela que passa pelo crivo das práticas científicas de purificação e pode passar a circular como mais uma droga-medicamento, prescrita por médicos. É nesta direção, de um deslocamento do gradiente “droga que faz mal” para “droga que faz bem”, que um curta-metragem, chamado *Illegal*^{vi} contou a história de Anny Fischer e da luta de seus pais (Katiele e Norberto) para tratar uma síndrome genética rara, chamada CDKL5¹⁰, que tem como um de seus sintomas inúmeras crises convulsivas. Em *Illegal*, Katiele relata que sua filha apresentou as primeiras convulsões logo nos primeiros dias de vida e que, a partir dos três anos da menina, as crises ficaram mais fortes e recorrentes, fazendo com que Anny “perdesse” tudo o que havia conquistado em três anos (em referência à autonomia para andar, se comunicar e se alimentar). A solução encontrada pela família Fischer, a partir de pesquisa sobre tratamentos para casos como o de Anny, foi o óleo de CBD (Canabidiol), uma das substâncias extraídas da maconha. Como até a época em que a história de Anny se tornou conhecida (pelo curta-metragem, lançado em 27 de março de 2014, e por reportagem exibida no Fantástico, no dia 30 de março de 2014), a maconha e todos os seus derivados estavam proibidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Katiele passou “a importar”¹¹, por assim dizer, dos Estados Unidos o óleo de CBD, sentindo-se, conforme ela própria descreveu no curta, como uma traficante.

¹⁰ CDKL5 é um gene responsável pela codificação de proteínas essenciais para o desenvolvimento do cérebro. Mutações genéticas e doenças a elas associadas podem receber o nome do próprio gene, como no referido caso.

¹¹ “Importar” está entre aspas para marcar que a operação realizada por Katiele era ilegal do ponto de vista do dispositivo jurídico-legal, visto a proibição da maconha e de seus derivados no Brasil. Assim, “importar”, aqui, significa que a mãe da menina se valeu de diferentes artifícios, por meio da colaboração de amigos e familiares, para fazer entrar o Canabidiol, considerado de uso ilegal, no Brasil.

Em contraposição ao que foi apresentado anteriormente, mesmo que exista uma atividade ilegal, que fez Katiele se sentir como uma traficante, “a maconha”, aqui em questão, já purificada em uma de suas formulações moleculares (o canabidiol), não é responsável pela produção de mortes – pelo contrário, neste contexto, ela é vista como produtora de saúde, de melhoria das condições de vida e, portanto, de aumento da própria qualidade de vida. Assim, embora não haja uma cura para a síndrome genética de Anny, conforme relatam seus pais, a cannabis (ou seja, a versão purificada da maconha) devolve a ela e à família “qualidade de vida”, pois com o óleo de CBD as crises convulsivas de Anny reduziram de cerca de sessenta por semana para cerca de três ou quatro por mês.

Conforme demonstraram Policarpo, Veríssimo e Figueiredo (2017), a história de Anny não foi a primeira, mas foi a responsável por dar maior notoriedade ao tema, sobretudo devido ao curta-metragem e à reportagem do Fantástico, em março de 2014. Como efeito disso, em abril de 2014, os pais de Anny se tornaram as primeiras pessoas com autorização da Anvisa para importarem um medicamento derivado da cannabis. Tal como vimos fazendo desde o início deste texto, chamamos a atenção para esta transição de termos, entre maconha (“droga que faz mal”) e cannabis (“droga que faz bem”), pois esta última palavra tem sido a mais utilizada na reconfiguração dos dispositivos (incluindo o emergente medicalização-biovalor) que envolvem a constituição da planta como uma droga-medicamento (para além de uma droga ilegal, que continua existindo). Essa transformação, que vai para além de uma mudança nas formas de denominação (de maconha para cannabis), e o esforço para efetivá-la, pode ser exemplificada em um acontecimento recente, que ficou conhecido como “a primeira missa da cannabis medicinal no Brasil”^{vii}, realizada no dia 6 de dezembro de 2020, na Paróquia São Francisco de Assis, na capital paulista, e idealizada pelo padre Ticão, que se destaca como um ativista e defensor da cannabis medicinal. O evento não teve repercussão em veículos tradicionais de comunicação, de modo que nos baseamos no relato do deputado federal Paulo Teixeira (do Partido dos Trabalhadores - PT), em entrevista a Marcus Bruno e Igor Secco, apresentadores do “Santa Cannabis Podcast”, produzido pela Associação Santa Cannabis Medicinal^{viii}, no episódio veiculado em 16 de dezembro de 2020, intitulado “Retrospectiva da Cannabis no Brasil em 2020”. Perguntando sobre a sua participação na missa,

o deputado respondeu que achou muito interessante “porque durante um século a cannabis foi demonizada. Era ela sinônimo de uma coisa do demônio. E a missa teve um caráter de santificá-la, de retirar esse aspecto demonizador”^{ix}. Consideramos este esforço de uma missa para santificar a maconha como um episódio, parte de uma estratégia maior e que atua em várias direções, e que, no limite, procura purificá-la no âmbito biomédico, através da redução da maconha à cannabis, e desta às suas moléculas, como o CBD e o THC, em uma operação de avaliar seu uso a partir do discurso científico.

É neste sentido que vimos entendendo que todos os processos aqui descritos – seja este de “santificação”, sejam aqueles que descreveremos a seguir, como parte dos investimentos de pesquisa e de dadas organizações – constituem parte de um processo que podemos descrever como fazendo parte do próprio dispositivo de medicalização, tal como o descrevem Ignácio e Nardi (2007):

[...] tratamos do dispositivo de medicalização, buscando entender como ele opera mobilizando estratégias e formas de assujeitamento, e por estar ligado às configurações de saber que dele nascem e igualmente o condicionam. É entendido como produtor de tecnologias de si que operam nos corpos como estratégias de controle legitimadas política e socialmente por estarem acopladas aos modos de subjetivação contemporâneos (p. 88-9).

Assim, embora a constituição de sujeitos seja um dos efeitos centrais do processo de medicalização (ou deste dispositivo que estamos propondo aqui: medicalização-biovalor – e de um tipo de pedagogia que, a seguir, descreveremos provisoriamente como uma *pedagogia da cannabis*), nosso foco, neste texto em particular, não é exatamente o detalhamento acerca da produção de sujeitos (embora eles estejam aqui citados), mas (talvez de modo inverso ou complementar) no próprio processo de deslocamento discursivo ou de “conversão ambivalente” da maconha, por meio de diferentes estratégias, em cannabis como um processo de medicalização da *C. sativa*. Tratar-se-ia, assim, de uma forma de ingressar no âmbito dos diferentes dispositivos já mencionados, e, portanto, no âmbito da sociedade contemporânea, marcada como um objeto sociotécnico (ou, se quisermos, um objeto científico, passível de receber investimentos, de ingressar nos laboratórios acadêmicos

e das indústrias farmacêuticas, bem como do *agrobusiness*. Mas, sobretudo, de ingressar nos próprios corpos, por vezes de crianças com o consentimento – e convencimento – de seus pais¹², atuando nos circuitos dos sistemas biológicos).

Em outras palavras, parece-nos, de algum modo, que a forma possível de fazer uma planta, tal como a *C. sativa*, ingressar, de modo sancionado, em nossas sociedades contemporâneas¹³ é – e talvez a despeito ou exatamente devido às suas propriedades medicinais (relatadas desde o passado) ou com potencial para serem utilizadas na forma de medicamentos extraídos como parte do biovalor da planta – torná-la, também, parte de algo que, ao longo do século XX, nos constitui como sujeitos: a medicalização¹⁴. Aqui, recorreremos às problematizações de Rose (2007a,b) para destacarmos que a medicalização teve um efeito profundo em nós, tornando-nos naquilo que somos. Há, ainda, no âmbito deste dispositivo de medicalização (e biovalor) um processo que Conrad (2007) descreve como “algo mais complexo do que apenas a identificação de novos problemas por parte dos médicos, pois envolve movimentos sociais (como os Alcoólicos Anônimos, grupos de apoio, organizações não-governamentais), organizações de pacientes e a indústria farmacêutica, por exemplo, em processos que se assemelham àqueles que Rabinow (1996) denominou como biossociabilidade.

¹² Embora este texto não seja o lugar para este tipo de discussão, poderíamos supor que, no seio de nossas famílias e sociedades contemporâneas (ao menos em relação àquilo que se considera, com muitas ressalvas, como a “figura do brasileiro médio”), sobretudo nestes tempos obscuros de recrudescimento de conservadorismos de todas as ordens, este talvez seja o ato mais transgressivo e de maior impacto e efeito: uma mãe dar um remédio produzido a partir de derivados da maconha-cannabis para o seu próprio filho doente (vide, mais uma vez, a indicação para o curta-metragem *Legal*).

¹³ É importante destacar que isso que referirmos como ‘modo sancionado’ diz respeito a um novo tipo de investimento sobre a maconha, visto que, tal como apontou Carlini (2006), a história da maconha no Brasil passou de planta “útil” – o cânhamo nos 1500 [e pelo menos até o século XIX]- e cujo cultivo foi incentivado pela família real no século XVIII (uso pessoal, não médico – “fumo d’ Angola”, “diamba”), começando a ser medicalizada na segunda metade do século XIX (como maconha ou “*Cannabis indica*”) e demonizada/ criminalizada no século XX.

¹⁴ Neste particular cabe uma citação mais extensa, já publicada por um de nós (SANTOS, 2017): “[Margareth] Lock (2004), embora reconhecendo que a medicalização possa ser buscada no passado (tão longinquamente quanto 250 a.C.), assume que, particularmente na literatura sociológica, se trata de um processo recente, caracterizado pelo ‘desenrolar’ da modernidade no Ocidente. Ela aponta, por exemplo, que, apesar de todos os investimentos na direção daquilo que podemos caracterizar como medicalização, realizados sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, ‘grandes segmentos da população permaneceram intocados por essas atividades’ até aquele momento (LOCK, 2004, p. 117). (...) Em sua problematização acerca da medicalização, Rose (2007b) também adiciona alguns pontos à colocação de Lock, dizendo que, ainda hoje, ‘algumas pessoas são mais medicamente constituídas do que outras – as mulheres mais do que os homens, os ricos de forma diferente dos pobres, as crianças mais do que os adultos, e, é claro, de forma distinta em diferentes países e regiões do mundo’ (p. 700).

Tal como Dumit (2006) sugere, o fato de enfermidades, doenças e distúrbios terem histórias (tal o próprio uso “leigo” da maconha, isto é, sem prescrição médica – mas ancorado nas práticas de diferentes grupos – para determinadas síndromes e sintomas de determinadas doenças, como aquelas destacadas neste texto) e, portanto, se constituírem também em campos de disputa (incluindo a própria “mercantilização da doença” por parte das indústrias farmacêuticas), marca, historicamente, o processo de medicalização da maconha, caracterizado em grandes linhas por sua conversão/purificação em cannabis.

No que se segue, exploraremos a operação de nomeação que se efetiva como parte do processo de deslocamento de “uma droga que faz mal” (usualmente denominada ‘maconha’) para “uma droga que faz bem” (usualmente denominada ‘cannabis’), embora, no final das contas, e a despeito dos distintos processos em operação, estejamos *provavelmente* falando de uma mesma planta, *Cannabis sativa* L. [Linnaeus, 1753] ou de suas supostas variações (*C. indica* e *C. ruderalis*). Trata-se de uma planta extensivamente empregada para a produção de cânhamo, cujos efeitos entorpecentes e medicinais são relatados há centenas de anos por diversas culturas. Esta mesma planta, utilizada pela indústria e conhecida por seus efeitos entorpecentes e medicinais, pode ser vista, hoje, de acordo com seu uso e sua posição em diferentes tipos de redes de produção e de significação, como um fármaco (isto é, um medicamento em sentido amplo), uma droga (quando inalada ou ingerida para fins entorpecentes) ou como produtora de diferentes substâncias ou moléculas que podem ser isoladas e empregadas para fins terapêuticos ou comerciais. Aqui, elegemos explorar, mesmo que de modo incipiente, algumas das redes de produção da cannabis medicinal, sobretudo, posicionando-a como um fármaco e como produtora de diferentes substâncias ou moléculas. Para tanto, na próxima seção apresentaremos alguns materiais atualmente produzidos a respeito da cannabis medicinal, os quais pensamos ser parte do modo como uma certa pedagogia cultural se constitui e se endereçada para determinados públicos contemporâneos (pacientes, médicos e financiadores ou parceiros das causas que atualmente compõem a agenda na luta pela regulamentação, informação e consumo de cannabis medicinal) na direção de constituir novos sentidos (o de cannabis, seja adjetivada ou não de medicinal, como fármaco/medicamento) para o que antes se denominava de modo genérico – e pejorativo, desde o dispositivo ético-moral – como maconha.

Nuances de uma planta: droga-fármaco

Caso tenhamos sido bem-sucedidos na nossa intenção até aqui, os leitores e as leitoras devem estar levantando questões semelhantes àquelas que pretendemos explorar neste texto: como usuários de maconha podem ser responsabilizados pela morte de Ágatha enquanto a mesma planta, se não cura, tem sido vista como de crescente importância, por exemplo, para devolver qualidade de vida à Anny e sua família? Uma explicação possível e bastante usual seria entendermos que “não se trata da mesma maconha”, voltando à ideia de que a maconha que mata Ágatha “não é a mesma” (cannabis) que ameniza os sintomas da doença de Anny.

Tendo dito isso, nosso esforço, agora, é na direção de situarmos e problematizarmos em que lugares a planta ainda é “a mesma”, ou seja, em que lugares ela permanece, de certo modo, na nebulosidade e na indistinção para, a seguir, ser posicionada como “uma coisa *ou* outra” ou mesmo “como uma coisa e outra”. Em outras palavras, nos perguntamos acerca das intersecções em que os dispositivos que a constituem como “uma droga que faz mal” (maconha) e/ou como “uma droga que faz bem” (cannabis) ainda não se estabeleceram completamente – um tipo de limbo da indeterminação que somente tomará a forma de um dado dispositivo na medida em que as formas como se fala e se atua sobre ela (a planta *C. sativa*) começarem a atuar¹⁵. Para que se possa compreender melhor o que buscamos dizer, é importante explorarmos algumas das ambiguidades/ambivalências que acompanham a maconha-cannabis. Assim, se no âmbito do dispositivo jurídico-legal encontramos, em grandes linhas, a diferença binária entre usuário e vendedor-trafficante e no âmbito do dispositivo ético-moral encontramos o viciado e o vendedor-trafficante, no escopo do dispositivo medicalização-biovalor (e, portanto, sob o ponto de vista da saúde, por assim dizer), teríamos, ao mesmo tempo, a reiteração do dependente químico (como uma marca dos dispositivos anteriores) e a emergência do paciente-consumidor de fármacos e tratamentos, do prescritor e da indústria

¹⁵ É claro que mesmo aí já houve uma série de dispositivos que se operaram sobre a própria planta, afinal, ela mesma, de tão importante à época, foi descrita pelo próprio pai da classificação biológica, Carolus Linnaeus, ainda no século XVIII. Portanto, ela não emerge hoje do “próprio mundo vivo”, como uma “simples planta” (como diria Donna Haraway, referindo-se à ideia de que as coisas estariam já dadas no mundo natural), mas entra nestes diferentes dispositivos (jurídico-legal, ético-moral e – como propomos – medicalização-biovalor) já com uma história, tanto científica (como já se disse, devido à sua importância econômica e medicinal no passado) quanto social (os usos e os sentidos atribuídos a ela ao longo do tempo e agora).

farmacêutica ou do bem-estar (chancelada pelos regramentos comerciais transnacionais avalizados pelo estado, com as regras de patenteamento, direitos autorais, tributação financeira, acordos internacionais, commodities etc.). É certo, como já se disse, que há intersecções entre eles e que os dispositivos jurídico-legal e ético-moral são ressignificados nesta articulação com o dispositivo medicalização-biovalor, com novas figuras jurídico-legais e ético-morais emergindo desde aí (como, por exemplo, a judicialização do tratamento com canabinoides; a mãe que transgride a lei para proporcionar alívio à dor ou aos sintomas de seu filho; especialistas nos campo jurídico, antropológico, das ciências sociais, da comunicação, da economia e da medicina enunciando seus conhecimentos desde as regras acadêmicas de circulação do conhecimento; dos familiares ou dos próprios pacientes que se reúnem na forma de associações legais que demandam por direitos) e se inscrevendo, gradativamente, em uma nova normalidade.

Em síntese, entre um caso e outro, entre um dispositivo e outro, a diferença entre droga e remédio, que também carrega consigo as diferenças entre saúde e doença, ou entre vida e morte, ainda reverbera. A maconha-cannabis transita, atualmente, com suas diferentes ambiguidades entre todos esses dispositivos. Essa possibilidade de trânsito é recente e acaba demonstrando que, mais do que pares dicotômicos (viciado-trafficante), estamos diante de gradientes que se realizam de uma ou de outra forma de acordo com os dispositivos mobilizados para se referir à planta. Contudo, embora a maconha possa oscilar entre as diferentes variações nas formas como vem sendo constituída e representada, sua história é marcada por um rastro que reitera e presentifica a sua tradicional identificação como droga (no âmbito dos dispositivos jurídico-legal e ético-moral). Tal identificação carrega consigo a marca das políticas oficiais sobre drogas que foram implementadas ao longo do tempo e que produziram efeitos sociais e diferentes formas de se referir e atuar em relação à planta, aos seus derivados convergentes e aos seus usuários no estabelecimento da diferença entre fármacos e drogas, a partir de critérios biomédicos estabelecidos em cada tempo e que orientam aquelas “drogas” que podem ser prescritas e aquelas que devem ser proscritas (VARGAS, 2006). Tais políticas foram (e continuam a ser) orientadas por uma postura antidrogas, que criminaliza a produção, a distribuição e o consumo daquelas “drogas” classificadas como ilícitas. Há, portanto, uma visão histórica sobre as drogas que “toma como dada ou estabilizada a partilha moral (médico-legal) entre usos lícitos e ilícitos de drogas” (VARGAS, 2008, p. 42).

Uma série de trabalhos, oriundos de pesquisas socioculturais, históricas, políticas e econômicas (RODRIGUES, 2004, 2012), têm demonstrado que, além de representar um gasto ineficiente por parte dos governos (uma vez que a guerra às drogas nunca conseguiu impedir sua disseminação comercial e cultural – LABATE *et al.*, 2008; ESCOHOTADO, 2014), o proibicionismo serviu (e serve), tal como já se anunciou, como mecanismo de controle de determinadas populações. No caso brasileiro, a proibição tem sido a chave para justificar a presença de forças policiais em áreas pobres, periféricas e habitadas majoritariamente por pessoas não-brancas (SOUZA, 2012; SAAD, 2013; TORCATO, 2016), que ocasionam mortes como as das crianças lembradas no início deste texto. As pesquisas que resultaram nas dissertações de Souza (2012), “Sonhos da diamba, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano”, e Saad (2013), “Fumo de negro: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)”, demonstram, por exemplo, a especificidade da maconha no Brasil e como sua interdição serviu como instrumento que visava o controle de populações específicas, como trabalhadores rurais, pobres e negros das periferias urbanas. Ainda, para além das análises históricas empreendidas por Souza (2012) e Saad (2013), entre outros, conforme Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2019, 20% dos presos no Brasil (200.583, de um total de 989.263 pessoas) respondem por infrações à legislação de drogas no país (tanto a lei 6.368, de 1976, quanto a lei 11.343, de 2006, que substitui a anterior). Considerando apenas as mulheres presas, cerca de 50% respondem por infrações às leis de drogas (17.506, de um total de 34.365 mulheres). Os dados disponíveis a respeito da composição da população prisional por “cor/raça” revelam que apenas 32% dos presos são de cor branca, sendo 49% de cor parda e 16% de cor preta, ou seja, infrações à legislação de drogas no Brasil são responsáveis por parcela considerável da população carcerária, que, na sua maioria, é composta por pessoas não-brancas.

Este quadro desigual, fruto da política de combate e proibição às drogas, é sustentado em torno de um consenso moral sintetizado na descrição feita por Vargas (2006, p. 582): “drogas causam dependência, fazem mal, quando não matam pura e simplesmente”. Assim, enquanto persiste esta realidade de mortes, prisões, crimes e violência social, as transformações que ocorrem no campo da cannabis medicinal, que atende crianças como Anny, por exemplo, vêm produzindo novos dispositivos (este que estamos nomeando

como medicalização-biovalor) e mobilizando sujeitos para que conheçam as potenciais terapêuticas desta purificação-conversão-modulação da planta (*C. sativa*). Conforme destacamos, tais alterações vêm ocorrendo em diferentes países do mundo – Hypolito (2018) sobre o Uruguai; Robaina *et al.* (2019) sobre as experiências de Canadá, Colômbia, Israel, Países Baixos e República Tcheca; Vieira (2020) sobre o estado norte-americano do Colorado, para citar alguns –, bem como no Brasil, de forma mais consistente ao longo da última década, não apenas por mobilizações como a Marcha da Maconha^x e a criação de diferentes sites de esclarecimento^{xi} acerca dos benefícios da maconha-cannabis ou mesmo do direito à decisão quanto ao seu uso, tal como, em alguma medida, analisado por Ribeiro (2016), mas, sobretudo, a partir das ações que vêm sendo construídas e promovidas em eventos de divulgação científica e de informação a respeito da cannabis medicinal.

Tais eventos, pensados e endereçados para determinados públicos, fazem parte da formação de uma nova mentalidade acerca da cannabis – observa-se, então, neste processo a reiteração do nome “cannabis” em detrimento de maconha, que praticamente desaparece – e também de novos tipos de sujeitos (especialistas em cannabis, suas moléculas, suas rotas metabólicas e seus usos; prescritores; associações de pacientes ou de familiares de pacientes; bem como dos próprios pacientes), o que se dá por meio de estratégias pedagógicas que colocam em circulação um dado currículo, isto é, um caminho de formação de dados tipos de sujeitos (em vários níveis e instâncias) no contexto daquilo que poderíamos chamar, de modo muito provisório, de uma pedagogia da cannabis. A fim de explicitarmos alguns passos desse caminho de formação, destacamos algumas atividades de formação realizadas apenas no último semestre de 2020, de forma virtual, devido à pandemia de Covid-19.

Tomamos como exemplos os eventos *CNABIS – I Congresso Digital de Cannabis Medicinal*, realizado entre os dias 4 e 6 de agosto de 2020; o *Medical Cannabis Summit – O presente e o futuro da Cannabis Medicinal no Brasil e no mundo*, realizado entre 10 e 14 de agosto de 2020, e, por fim, o *I Simpósio de Inovação em Medicina Canabinoide*, que ocorreu entre 4 e 6 de novembro de 2020. Na direção deste novo dispositivo acerca da “maconha”, ou – mais apropriadamente – da cannabis, tal como vimos explicitando até aqui, é importante situarmos os idealizadores de cada um dos eventos, posto que, diferentemente da forma como usualmente se

compreende a “maconha” no âmbito cotidiano, aqui não estão em cena maconheiros-trafficantes-policiais, mas, antes, organizações, associações, especialistas mundiais e pacientes ou familiares de pacientes interessados em esclarecimentos-conscientização^{xii}, em mostrar os avanços científicos, em capacitar prescritores, em fazer os produtos relacionados à cannabis gerarem lucros aos investidores, às empresas-laboratórios e ao estado. Caracterizamos, inicialmente, os idealizadores do último evento, organizado pelo TimeCannabis, um grupo de pesquisadores e pesquisadoras ligados ao Laboratório de Neuroquímica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)^{xiii}. Já o *CNABIS* e o *Medical Cannabis Summit* foram idealizados por empresas que oferecem um serviço novo no Brasil, que se consolidou a partir das conquistas recentes junto aos órgãos de regulamentação, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a respeito do uso terapêutico de cannabis medicinal. As empresas Dr. Cannabis e CanTeraMed se destinam a pacientes ou potenciais pacientes ou seus familiares, a profissionais da área médica interessados em adquirir conhecimento e expertise sobre o medicamento para se tornarem prescritores e possíveis investidores e apoiadores de um mercado emergente e com potencial de movimentar quantias financeiras na casa dos bilhões¹⁶. O site da empresa CanTeraMed (<https://canteramed.com/>) é bastante objetivo. Em sua página principal (conforme Figura 1) encontramos a frase de abertura “Conexão entre paciente e médico. Acesso legal, simples e seguro à Cannabis Medicinal” e, abaixo, botões para cada tipo de interessado nos serviços da plataforma: “Sou Médico”, “Sou Paciente” e “Investidores”. Na imagem de fundo, a mão de um médico (deduz-se pela roupa branca que cobre o braço em questão) sobre a mão de um possível paciente, ou parente de paciente. O site da empresa Dr. Cannabis (<https://drcannabis.com.br/>) (conforme Figuras 2 e 3) é semelhante no tipo de oferta e mensagem. No topo lê-se “O tratamento com cannabis pode mudar vidas e é legal no Brasil”, em seguida, “MÉDICO, pacientes em busca de mais saúde esperam por você. Acesse conteúdos científicos, realize consultas e prescreva online” e “PACIENTE,

¹⁶ A estimativa em relação ao valor econômico de substâncias-moléculas como o THC e o CBD (portanto, o biovalor, por assim dizer, extraído de organismos como a *C. sativa*) é de cerca de bilhões de dólares anuais. Conforme a *Grand View Research* (uma empresa de consultoria e pesquisa de mercado sediada na Índia e nos EUA), “o mercado global de canabidiol foi avaliado em US \$ 4,6 bilhões em 2018 e deve crescer a uma taxa composta de crescimento anual (CAGR) de 22,2% de 2019 a 2025. A demanda por canabidiol (CBD) para fins médicos e de bem-estar é alta devido a suas propriedades curativas, que são o fator chave para o crescimento do mercado”. Disponível em: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/cannabidiol-cbd-market>. Acesso em: 11 jan. 2021.

encontre médicos qualificados, produtos com canabinoides e todo o apoio e conforto que você precisa para viver melhor”. Logo mais abaixo encontram-se dois outros botões: “Comece aqui” e “Como comprar CBD”. Ao lado, um vídeo curto que repete a cena de uma criança em frente a uma mulher mais velha, talvez sua mãe, exibindo um frasco em que é possível ler as letras “CBD”. Apesar de cada evento ter sido idealizado por um grupo diferente de realizadores, patrocinadores e apoiadores, os temas tratados e os palestrantes convidados parecem convergir para um padrão.

Figura 1 – *Printscreen* da tela inicial do site CanTeraMed.

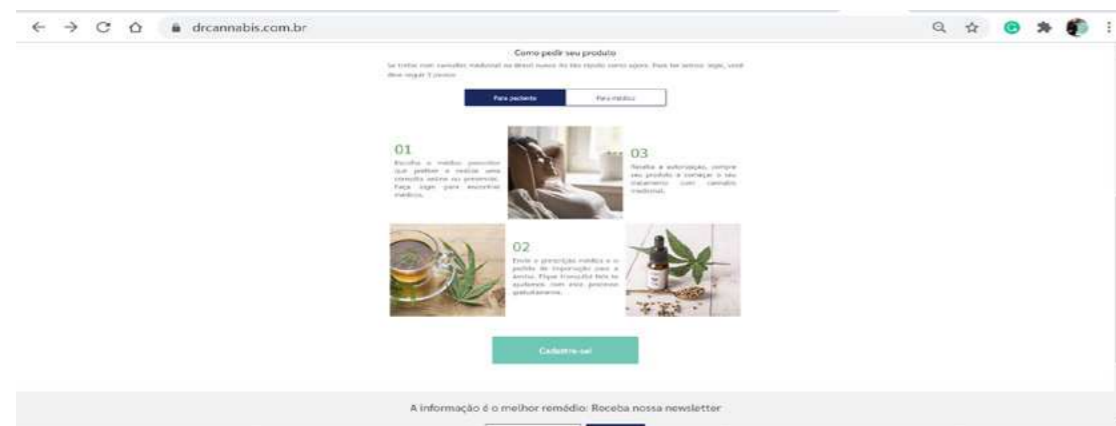


Fonte: Captura de tela pelos autores (2021).

Figura 2 – *Printscreen* da primeira parte da tela inicial do site DR. Cannabis.



Fonte: Captura de tela pelos autores (2021).

Figura 3 – *Print screen* da segunda parte da tela inicial do site Dr. Cannabis.

Fonte: Captura de tela pelo autor (2021).

As programações dos eventos contaram com uma estrutura similar, com uma abertura sobre a cannabis medicinal que trata de sua história “geral”, seus usos históricos desde tempos mais remotos, até as descobertas mais recentes, como aquelas atribuídas ao químico Raphael Mechoulam (Universidade Hebraica de Jerusalém/Israel)^{xiv}, “pai” da cannabis medicinal, responsável por isolar as moléculas atualmente mais estudadas presentes na maconha (THC e CBD) e por revelar a existência do sistema endocanabinoide. Mechoulam participou (por meio de videoconferência gravada) dos eventos *CNABIS* e *Medical Cannabis Summit* e, de modo geral, grande parte das outras apresentações nesses eventos partiram de suas descobertas (ZUARDI, 2006; FRANCISCHETTI; ABREU, 2006; SAITO, WOTJAK; MOREIRA, 2010; FONSECA *et al.*, 2013; PAMPLONA, 2014; CURY; SILVA; NASCIMENTO, 2020, para citar alguns trabalhos que retomam trabalhos de Mechoulam). Simplificando bastante os acontecimentos que tornaram Mechoulam um dos principais personagens da história da cannabis medicinal, podemos dizer que na década de 1960 ele isolou as moléculas do CBD e do THC (1963/1964) e que, no início dos anos 1990, apresentou o funcionamento do sistema endocanabinoide, composto por receptores canabinoides (CB1 e CB2) que atuam nos sistemas nervoso central e imunológico e que interagem com as moléculas da planta. O que ele descobriu foi que internamente produzimos compostos como a anandamida e o 2-araquidonilglicerol (2-AG), endocanabinoides que agem junto aos receptores descritos. Muitas enfermidades que atingem o sistema nervoso central ou o sistema imunológico produzem alterações e disfunções

no funcionamento desse sistema endocanabinoide, as quais poderiam ser reparadas ou atenuadas através do uso terapêutico da cannabis medicinal, pois suas principais moléculas (CBD e THC), atualmente em estudo em várias instituições de pesquisa, agem diretamente nesses receptores, produzindo homeostase, ou seja, equilibrando funções alteradas por enfermidades (como a síndrome que acomete Anny, mas também outras enfermidades, como HIV, diferentes tipos de câncer, Parkinson, Alzheimer, autismos, entre outras). Assim, devido à importância de tais descobertas, é no escopo delas que todas as demais apresentações partiram, mostrando, por exemplo, como outras diferentes doenças produzem alterações no sistema endocanabinoide, as quais também podem ter sintomas e ou mesmo a própria enfermidade amenizada ou controlada mediante o uso terapêutico da cannabis.

Assim, partindo deste quadro amplo da cannabis medicinal, apresentamos algumas das palestras dos referidos eventos, começando pelo CNABIS, que, no primeiro dia, contou com a fala do ex-diretor da Anvisa, Ivo Bucaretsky^{xv}, a qual versou sobre o estado da regulamentação da cannabis (“Anvisa e conselhos médicos: a regulação da cannabis no Brasil”). Outra, acerca do caráter histórico da planta, feita pela jornalista Miriam Sanger (“A história da cannabis no Brasil”), radicada em Israel. O doutor em farmacologia Fabrício Pamplona falou sobre os usos terapêuticos da cannabis (“Apresentações, vias de administração e farmacologia”). Outras apresentações trouxeram especialistas em cada uma das várias doenças que podem ser tratadas com cannabis, de modo que no *CNABIS*, cada uma das doenças abordadas apareceu no título das falas acrescidas do subtítulo “o que sabemos hoje?” (alguns exemplos são: “Doenças neurodegenerativas e cannabis: o que sabemos hoje?”; “Epilepsia e cannabis: o que sabemos hoje?”; “Oncologia e cannabis: o que sabemos hoje?”, “Cannabis, ansiedade e insônia: o que sabemos hoje?” e, assim, sucessivamente para autismo, dor crônica e Parkinson). Também aconteceram exposições sobre a perspectiva de inclusão/prescrição da cannabis por parte dos planos de saúde, sobre interações da cannabis com outros medicamentos, sobre a dosagem adequada para cada paciente e monitoramento do tratamento com cannabis, bem como acerca das associações de pacientes. Também nos chamou à atenção uma exposição sobre “Cannabis no esporte”, na qual a cannabis apareceu como algo diferente tanto da droga quanto do medicamento, pois destacou-se seu uso na forma de suplemento alimentar, ou seja, sendo

administrado a pessoas saudáveis, como atletas de variadas modalidades esportivas, que poderiam se beneficiar com a cannabis adicionada à dieta regular.

No *Medical Cannabis Summit*, além da presença de Mechoulam, a programação contou com a abordagem de temáticas muito similares ao *CNABIS*. A presença de médicos, acadêmicos, parlamentares, representantes de associações de pacientes, além de investidores e profissionais da área da comunicação e educação conferiram ao evento a legitimidade dos *experts*. Destacamos algumas das exposições a fim de ilustrarmos os temas abordados nas apresentações: “A importância da informação como ferramenta para o acesso ao tratamento canabinoide”; “A importância da formação do médico para a prescrição e o acompanhamento do paciente”; “Histórias de pacientes e recursos para tratamento”; “O uso da cannabis medicinal do autismo às doenças raras” e “Acolhimento e acompanhamento de pacientes”. Assim como no outro evento descrito, houve a presença de representantes das associações de pacientes de cannabis medicinal, bem como se discutiu sobre o uso de cannabis no esporte e sobre o estado atual da regulamentação da cannabis no Brasil. Por sua vez, o evento organizado pelo TimeCannabis e pela UFRJ contemplou a mesma gama de *experts* dos outros eventos (com palestras como “Sistema endocanabinoide: descoberta, função e alvo terapêutico”; “O sistema endocanabinoide como regulador homeostático do organismo”; “Influência da dieta sobre o sistema endocanabinoide no Sistema Nervoso Central”; “Efeitos do CBD na cognição e na ansiedade”; “Uso compassivo de cannabis medicinal” e “Investigação do potencial terapêutico de canabinoides em células-tronco neurais humanas”), além de falas de representantes de associações de pacientes.

Em contraste com a perspectiva anteriormente explorada da maconha como droga (no âmbito dos dispositivos jurídico-legal e ético-moral), que resulta em prisão e morte, e que deve ser, além de evitada, combatida, a descrição desses eventos com a presença de *experts* (no âmbito do dispositivo medicalização-biovalor que, como já se argumentou, vem também produzindo intersecções e transformações nos demais tipos de dispositivo), configura o esforço para a constituição daquilo que podemos entender como uma “cannabis purificada”. Isto é, ocorre, no contexto destas diferentes ações, um tipo de reposicionamento de “maconha”, que, agora tornada medicamento com potenciais efeitos apresentados por especialistas e chancelados por instituições científicas e por empresas,

pode transitar com outros sentidos nas diferentes redes de significação e de produção na sociedade. Neste sentido, apresentar os distintos quadros em que a maconha-cannabis é posicionada serve para pensarmos a categoria “drogas” com a complexidade que propõe Vargas (2008, p. 41): como objetos sociotécnicos, “indeterminados até que sejam reportados aos dispositivos que os constituem”. Desde tal compreensão, as modalidades que podem assumir tais objetos sociotécnicos (como matar, tratar ou alimentar) não são intrínsecas ao próprio objeto, mas relativas ao campo em que circulam, seja este orientado por uma racionalidade proibicionista ou, mais recentemente, biomédica (no âmbito do dispositivo medicalização-biovalor, bem como da ressignificação dos demais dispositivos a partir de intersecções). Não queremos dizer que tais racionalidades representam um mero confronto, como se o obstáculo à área biomédica e da cannabis medicinal fosse somente a racionalidade proibicionista dos “antigos”¹⁷ dispositivos jurídico-legal e ético-moral sobre as drogas. É preciso dizer que a própria área médica, em seu sentido mais amplo, também apresenta resistência frente às recentes pressões para alteração de leis e normas vigentes no país quanto ao uso da cannabis – e, portanto, também não é de se estranhar que uma das ações mais destacadas em todos os eventos descritos e nos sites citados seja o endereçamento aos médicos, que, como prescritores, deverão ser formados (a partir de informações científicas atualizadas, frequentemente de medicina translacional¹⁸) para o entendimento dos sistemas (como o endocanabinoide) relacionados às moléculas e os fármacos produzidos a partir da *C. sativa*.

Tal resistência pode ser observada, por exemplo, na parceria estabelecida entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que resultou na produção do documento denominado *Decálogo sobre a maconha*^{xvi}. Nele, as associações se posicionam de forma contrária à cannabis medicinal¹⁹ e, discordando dos palestrantes dos eventos descritos, afirmam não existir qualquer potencial terapêutico na cannabis^{xvii}. O CFM também lançou um livro, chamado *A tragédia da maconha: causas,*

¹⁷ Referimos “antigos”, aqui, no sentido de enfatizar o modo como tais dispositivos vieram operando antes de sua intersecção com a emergência do dispositivo medicalização-biovalor.

¹⁸ Para uma interpretação do que vem ser pesquisa translacional, ver, por exemplo, Guimarães (2013) e Correia *et al.* (2019).

¹⁹ Por exemplo, as associações já referem no primeiro ponto do decálogo que “a *Cannabis sativa* e a *indica* não podem ser consideradas medicamentos e, portanto, não existe ‘maconha medicinal’”.

consequências e prevenção^{xviii}, no qual aborda o tema dentro da perspectiva da droga a ser evitada^{xix}. Em termos de política de governo, também prevalece a postura da abordagem de guerra às drogas. Recentemente, o Brasil votou contra a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para retirar a maconha-cannabis da lista de substâncias psicotrópicas consideradas mais perigosas^{xx}. Até então, a cannabis estava na mesma lista que drogas como a heroína e o crack. Após esta votação, ocorrida em 2 de dezembro de 2020, a maconha passou para outra lista, a de drogas que podem ter algum uso médico controlado, como a morfina. No dia 7 de dezembro, o Ministério da Cidadania e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, lançaram a cartilha “Os riscos do uso da maconha na família, na infância e na juventude”. No site oficial do governo, a notícia é acompanhada pelo subtítulo “O material é baseado unicamente em evidências científicas”^{xxi}. O documento contém 31 páginas e 9 são de referências, que contém artigos acadêmicos, notas e resoluções de Conselhos de Medicina que corroboram a argumentação de que o uso de maconha contém riscos que superam os supostos benefícios do uso terapêutico.

Não é, portanto, sem disputas que acontece a tensão entre maconha-cannabis. Diversos campos e seus interesses entram em cena para definir qual seria a “purificação-conversão-modulação” válida, ou verdadeira, da maconha: ela mata, trata e/ou cura? Essa questão acompanha boa parte da discussão sobre drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Os medicamentos alopáticos modernos, conforme Philippe Pignare, são o alicerce principal da medicina moderna. Um medicamento, em essência, é uma molécula que passou por testes comparados a placebos em estudos em que nem quem prescreve, nem os pacientes sabem quem recebeu a molécula ou o “vazio terapêutico” (PIGNARE, 1999, p. 17). O encontro de uma molécula com o organismo vivo precisa passar por algum tipo de prova que demonstre sua eficácia. Isso acontece para qualquer produto vendido como medicamento e para qualquer enfermidade. Uma molécula candidata a se tornar medicamento deve, portanto, percorrer uma série de caminhos: antes de chegar ao laboratório de estudos em testes contra placebo, a molécula passa por estudos biológicos *ex vivo* (em tecidos extraídos de um organismo), *in vitro* (em células e microrganismos fora do contexto biológico normal), em animais de laboratório e, por fim, há “um salto qualitativo” ao passar para os testes em um organismo humano vivo (p. 28). Em humanos, são mais quatro fases de testes: a primeira em voluntários saudáveis para “avaliar a tolerância

clínica ao novo produto”; em um segundo momento, “a molécula é testada em pacientes acometidos da patologia que se busca combater”; na terceira fase, são incluídos “pacientes mais representativos da população que se irá tratar” e o candidato é comparado a um placebo, “mas também, sempre que possível a medicamentos de referência já comercializados” (esta fase dura cerca de três anos e, se bem sucedida, o medicamento já pode ser comercializado); por fim, a última etapa de testes de um medicamento se realiza para “precisar as vantagens do medicamento” já em circulação. Esses testes são a maneira moderna e contemporânea para “socializar” a ação de uma molécula, ideia/conceito de ação esse que já era encontrado nos gregos, a partir da noção de *pharmakon*, que refere, a um só tempo, a veneno e remédio (p. 32), cuja principal marca da distinção entre um e outro seria a quantidade administrada.

Pequenas notas finais: uma pedagogia da/para a cannabis ou de como se pode aprender a atribuir outros sentidos à maconha

Como se buscou mostrar de modo amplo aqui, a maconha vem percorrendo todos os passos para se tornar um “medicamento moderno” (tal como vimos a conhecer os medicamentos ao longo do século XX), conforme pesquisa apresentada no blog pessoal do doutor em farmacologia Fabrício Pamplona, palestrante em um dos eventos acima descritos^{xxii} e que, em seu espaço virtual, chamado “Tudo sobre Cannabis”, também atua como divulgador científico da cannabis medicinal. O artigo “Sentir-se bem é o maior barato” apresenta um estudo brasileiro pioneiro com resultados promissores para testes com extrato de THC para tratamento de fibromialgia. O título do artigo divulgado por Pamplona, *Ingestion of a THC-Rich Cannabis Oil in People with Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial*²⁰, demonstra como a maconha percorre os caminhos da ciência para ser transformada em medicamento – cannabis. No entanto, devido à carga histórico-social (no âmbito dos dispositivos jurídico-legal e ético-moral), o caminho para o reposicionamento da maconha em cannabis (no cerne do dispositivo medicalização-biovalor) parece exigir maiores esforços, o que implica nas atuais estratégias educativas (na forma de campanhas

²⁰ “Ingestão de óleo de cannabis rico em THC em pessoas com fibromialgia: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo”, tradução nossa.

de esclarecimento e das ações, já destacadas, com vistas à formação de novos tipos de sujeitos e de uma nova mentalidade acerca dos usos de uma planta e seus efeitos)^{xxiii} colocadas em circulação em eventos como os aqui descritos e idealizados por empresas que procuram consolidar-se em um mercado emergente mundialmente.

O quadro aqui descrito pretendeu apresentar um cenário introdutório que parece caracterizar a disputa a respeito do que vem a ser maconha-cannabis, afinal. Existiria algum ponto, num gradiente desta ambivalência controversa, em que a maconha-cannabis seria “apenas” uma planta (*C. sativa*) sob disputa? Como tentamos demonstrar – assumindo a perspectiva de que plantas, como a *C. sativa*, podem se transformar em objetos sociotécnicos, em certa medida, indeterminados (tão somente) até que alguns dispositivos os constituam (em relação aos usos, às grades classificatórias, às experiências leigas, às racionalidades etc.) –, a purificação-conversão-modulação da maconha em cannabis – com reconhecidos usos recreativos (no caso da maconha) e potenciais usos medicinais (cannabis) e, portanto, também com potenciais usos comerciais que extraem seu biovalor e o colocam no circuito das bioeconomias transnacionais – parecem dar sinais de que os investimentos estão sendo altos para, num gradiente de disputas de distintas ordens, tirá-la do lugar da “droga que faz mal” (maconha) para posicioná-la (também, ou mais convincentemente) no lugar da “droga que faz (ou pode fazer) bem” (cannabis). Alguns dispositivos aqui descritos a constituíram e a mantiveram por muito tempo como uma droga, “uma droga que faz mal”. Atualmente, outras mobilizações ocorrem em torno da planta e estão empenhadas em apresentá-la como um medicamento ancorado na legitimidade do saber biomédico. Tais mobilizações foram caracterizadas provisoriamente como uma pedagogia da cannabis (isto é, uma pedagogia que atua na produção de dados tipos de sujeitos – pacientes, pais e familiares reunidos em associações, pesquisadores, assessores jurídicos, assessores de imprensa, prescritores, entre outros – e de estratégias e de “coisas” – jurisprudência, judicialização, patentes, moléculas, *commodities*, associações, portais, eventos, lobbies, financiamentos, tributações etc.), com um percurso – currículo – a ser cumprido, sobretudo na formação de prescritores e na formação de uma mentalidade de resignificação, por parte da sociedades, da maconha em cannabis (ou, mesmo, do quase apagamento da maconha, que emerge, no âmbito do dispositivo medicalização-biovalor, como cannabis).

Referências

- BRASIL. DEPEN. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**. Dezembro, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006.
- CASTRO, Edgardo. **Diccionario Foucault** – temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.
- CORREIA, Cinthya Vivianne de Souza Rocha; REZENDE, Kellen Santos; ROSA, Suélia de Siqueira Rodrigues Fleury; BARRETO, Jorge Otávio Maia; FELIPE, Maria Sueli Soares. Pesquisa translacional no Brasil: temas de pesquisa e sua aderência à Agenda do SUS. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 2, p. 75-86, nov. 2019.
- CURY, Rafael de Moraes; SILVA, Elton Gomes da; NASCIMENTO, Francisney Pinto. O sistema endocanabinoide e o potencial terapêutico da cannabis como antiespasmódico: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetininga, v. 7, n. 2, p. 148-170, 2020.
- DUMIT, Joseph. Illness you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. **Social Science & Medicine**, Boston, MA, v. 62, p. 577-590, 2006.
- ESCOHOTADO, Antonio. **Historia elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 2014.
- FONSECA, B. M.; COSTA, M. A.; ALMADA, M.; SOARES, A.; CORREIA-DASILVA, G.; TEIXEIRA, N. A. O sistema endocanabinoide – uma perspectiva terapêutica. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, Porto, v. 2, n. 2, p. 97-104, 2013.
- FRANCISCHETTI, Emilio Antonio; ABREU, Virginia Genelhu de. O sistema endocanabinóide: nova perspectiva no controle de fatores de risco cardiometabólico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, São Paulo, p. 548-558, 2006.
- GUDYNAS, Eduardo. La senda biocéntrica: valores intrínsecos, derechos de la naturaleza y justicia ecológica. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 13, p. 45-71, jul./dez. 2010.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa translacional: uma interpretação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1731-1744, 2013.

HYPOLITO, Laura Girardi. **A regulação do mercado da maconha como alternativa à proibição: um estudo do caso uruguaio**. 2018. 210 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

LABATE, Beatriz C.; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAMPLONA, Fabricio A. Quais são e pra que servem os medicamentos à base de Cannabis? **Revista da Biologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 28-35, 2014.

PIGNARE, Philippe. **O que é o medicamento?** um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34, 1999.

POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos; FIGUEIREDO, Emilio. A “fumaça do bom direito”: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. **Platô: drogas & políticas**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 13-38, set. 2017.

RABINOW, Paul. **Essays on the anthropology of reason**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1996.

RIBEIRO, Tiago Magalhães. **Governo ético-político de usuários de maconha**. Curitiba: Prismas, 2016.

ROBAINA, Gustavo; PEYRAUBE, Raquel; AGUIAR, Sebastián; LEMOS, Florencia; MUSTO, Clara; BAUDEAN, Marcos; COITIÑO, Mauricio. Uso medicinal da cannabis: modelos regulatórios para o cumprimento de objetivos públicos. **Platô: Drogas & Políticas**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 7-34, jul. 2019.

RODRIGUES, Thiago Moreira de Souza. **Narcotráfico: uma guerra na guerra**. São Paulo: Desatino, 2012.

RODRIGUES, Thiago Moreira de Souza. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: Educ/Fapesp, 2004.

ROSE, Nikolas. Beyond medicalisation. **The Lancet**, v. 369, p. 369-701, fev. 2007b.

ROSE, Nikolas. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007a.

SAAD, Luísa Gonçalves. **“Fumo de negro”: a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890-1932)**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SAITO, Viviane M; WOTJAK, Carsten T.; MOREIRA, Fabrício A. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, Supl. I, p. 7-14, 2010.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. Medicalização e biopedagogias: uma possível agenda de estudos na articulação entre educação e saúde. *In*: SARAIVA, Karla; GUIZZO, Bianca Salazar (Orgs.). **Educação em um mundo em tensão: insurgências, transgressões, sujeições**. Canoas: Editora da ULBRA, 2017. p. 141-181.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Teoria cultural e educação: um vocabulário crítico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SIMÕES, José Assis. Prefácio. *In*: LABATE, Beatriz C.; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-21

SOUZA, Guilherme Maltez. **Dispositivo pedagógico e regulação cultural no discurso antiproibicionista da maconha: análise no jornal Folha de S. Paulo entre 2009 e 2013**. 2017. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOUZA, Jorge Emanuel Luz de. **Sonhos da diamba, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano**. 2012. 195 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História Social. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sociotécnicos. *In*: LABATE, Beatriz C.; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 105-120.

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, dez. 2006.

VIEIRA, Athos. Maconha e raça: impactos da regulamentação do mercado no Colorado. **Platô: drogas & políticas**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 9-38, nov. 2020.

ZUARDI, Antonio W. History of cannabis as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 153-157, 2006.

-
- i. Para uma visão geral das pesquisas empreendidas no Brasil, ver Medicamento que vem da Cannabis, disponível em <https://revistapesquisa.fapesp.br/medicamento-que-vem-da-cannabis/>. Acesso em: 10 jan. 2021.
 - ii. Foi somente em dezembro de 2020 que a Comissão de Drogas Narcóticas da Organização das Nações Unidas atenuou, por recomendação da Organização Mundial da Saúde, a classificação da maconha junto às demais drogas consideradas mais perigosas, reconhecendo, ainda, suas propriedades medicinais. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/mundo/onu-aprova-retirada-da-maconha-de-lista-de-drogas-mais-perigosas/>. Acesso em: 28 dez. 2020.
 - iii. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2020/12/6041002-primas-de-4-e-7-anos-morrem-vitimas-de-bala-perdida-em-duque-de-caxias.html>. Acesso em: 17 dez. 2020.
 - iv. Disponível em: <https://twitter.com/wilsonwitez/status/1176195685437325313>. Acesso em: 17 dez. 2020.
 - v. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/12/07/guerra-contra-as-drogas-corpos-negros-emily-rebeca/>. Acesso em: 17 dez. 2020.
 - vi. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CtJJ1pzMKxs>. Acesso em: 07 jan. 2021.
 - vii. Vide as seguintes matérias, disponíveis em: <https://namastreta.com.br/2020/11/19/padre-promove-missa-da-cannabis-medicinal-em-sp/> e <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/03/nao-vou-dizer-que-deus-e-maconheiro-mas-ele-e-cannabista-diz-padre/>. Acesso em: 7 jan. 2021.
 - viii. A Associação Santa Cannabis Medicinal, fundada em janeiro de 2019, é uma das associações de pacientes que trabalha na mediação entre o paciente, o médico prescritor e os produtores de óleos com derivados da planta. Algumas associações, como a APEPI e a ABRACE-Esperança, produzem seus próprios óleos, pois possuem autorização da justiça para plantar maconha exclusivamente para esses fins. Outras, como a Santa Cannabis, recorrem a “jardineiros”, produtores que plantam clandestinamente e vendem o óleo aos interessados no tratamento através da mediação das associações. Disponível em: <https://www.santacannabis.com.br/sobre-nos/>. Acesso em: 6 jan. 2021.
 - ix. Disponível em: <https://www.santacannabis.com.br/retrospectiva-cannabis-brasil-2020/>. Acesso em: 7 jan. 2021.
 - x. Vide, por exemplo, <https://www.facebook.com/pages/category/Community/Marcha-Global-da-Maconha-Porto-Alegre-861656120611100/>. Acesso em: 03 jan. 2021.
 - xi. Trazemos como exemplo o fórum online Growroom, explorado em pesquisa de Ribeiro (2016). A página existe desde 2002 e comporta um fórum e trata exclusivamente de maconha, seus usos e usuários. Disponível em: <https://www.growroom.net/>. Acesso em: 6 jan. 2021.
 - xii. Vide, por exemplo, a campanha Repense (disponível em: <http://campanharepense.com.br/>), que

reúne sete associações de pacientes de cannabis medicinal do Brasil com vistas a “regulamentar de um modo que realmente ajude as pessoas que precisam dela. Por isso as associações de pacientes de cannabis medicinal do Brasil construíram um documento com as diretrizes que a regulamentação precisa seguir (acesse o documento e conheça suas proposições em: <http://campanharepense.com.br/a-regulamentacao-de-que-precisamos/>).

- xiii. Disponível em: <https://pesquisa.biof.ufrj.br/neurobiologia/Inq/>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- xiv. Além das inúmeras páginas que mencionam o Dr. Raphael Mechoulon na Internet, sempre associadas à cannabis, há o interessante documentário “The Scientist”, acerca de sua trajetória de pesquisa. Disponível em: <https://www.ufpb.br/pexcannabis/contents/videos/o-cientista-the-scientist-legendado-em-portugues>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- xv. Atualmente sócio consultor da Orplavi Consultoria (<https://www.orplaviconsultoria.com/>), que se propõe a prestar serviços especializados em “assuntos regulatórios na área sanitária”, “economia da saúde” e “sociedade & ambiente”.
- xvi. Disponível em: https://static.wixstatic.com/ugd/e0f082_a5d3fbf46aaf4c4dae96adb1a4ca1d58.pdf. Acesso em: 03 jan. 2021.
- xvii. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abp-e-cfm-decalogo-maconha>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- xviii. Disponível em: https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/10/A_Trag%C3%A9dia_da_Maconha_causas_consequ%C3%AAs_e_preven%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 03 jan. 2021.
- xix. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/livros-recomendados/cartilha-expoe-os-efeitos-do-uso-recreacional-e-medicinal-da-cannabis/>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- xx. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/em-votacao-na-onu-governo-brasileiro-rechaca-a-flexibilizacao-do-uso-da-maconha>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- xxi. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/lancada-cartilha-que-mostra-os-riscos-do-uso-da-maconha-na-infancia-e-na-juventude>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- xxii. Disponível em: <https://medium.com/tudosobrecannabis/sentir-se-bem-%C3%A9-o-maior-barato-b8ada05d04a1>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- xxiii. Vide, mais uma vez, o Portal Repense. Disponível em: <http://campanharepense.com.br/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

Rede de proteção de crianças e adolescentes em acolhimento institucional: sobre desmedicalizar formas de vida¹

Carla Biancha Angelucci

Introdução

Este texto trata de discutir a produção e a sustentação de uma rede de proteção social a crianças e adolescentes com e sem deficiências que vivem situações de acolhimento institucional. O tema coloca-nos no exercício de pensar a construção de laços sociais entre as crianças e adolescentes, a partir do lugar social de agentes públicos que somos, quando atuamos nas mais diferentes políticas públicas. Agentes sociais com a responsabilidade de acolher pessoas que, muitas vezes, não têm apenas seus laços familiares impedidos, mas seus laços impedidos com a circulação social, com a fruição do direito à cidade. Em grande parte das situações, suas famílias de origem já tinham sistematicamente prejudicados seus direitos fundamentais, criando cenários de tamanha precarização da vida que, por vezes, impede que sustentemos nossa humanidade e a humanidade de nossas crianças e adolescentes. Enfim, nosso trabalho, aqui, é o de criar possibilidades de restituição de direitos, de sustentação de intervenções subjetivantes.

Por ocasião de uma conferência sobre o tema, foram-me colocadas duas questões disparadoras, que eu nomeio assim: O lugar dos serviços de acolhimento nessa rede que busca efetivar direitos das crianças e adolescentes; O que podemos fazer, desde os equipamentos em que trabalhamos, para apoiar a construção dos projetos de vida das crianças e adolescentes que estão em serviços de acolhimento?

Esses são temas centrais para todas/os nós, e podem orientar nosso trabalho: *efetivar direitos e apoiar a construção de projetos de vida*. Pensei, assim, em levantar alguns pontos que podem nos ajudar na discussão. Vou apresentá-los aqui e ensaiar algumas reflexões.

¹ Este texto com reformulações deriva de uma conferência realizada em Osasco, tendo sido publicado originalmente em: SATO, Fernanda Ghiringhello; GUEDES, Carina Ferreira (Org.). BROIDE, Emília Estivalet (Org.) *et al.* *Caderno Enlaces* - textos de referência do projeto de formação de profissionais da Assistência Social de Osasco. São Paulo: Núcleo Entretempos, 2016.

Sobre crianças e adolescentes

É muito comum que encontremos palestras, livros e vídeos abordando o surgimento da infância e da adolescência como entidades abstratas e homogêneas. Afirmações como: “a infância surge nesse contexto...” ou “a adolescência é construída na Idade Moderna”. Aparentemente, tais afirmações partem de compreensões contextuais desse tempo da vida humana. Entretanto, ao não fazerem leituras que considerem, por exemplo, a luta de classes, as diferenças entre história ocidental e oriental, as diferenças de gênero e sua relação com o trabalho doméstico, entre outros aspectos, acabam por disseminar uma ideia de infância e uma ideia de adolescência como etapas da vida pelas quais todas/os nós passamos igualmente. Resumindo, continuamos homogeneizando diferenças muito significativas, à medida em que implicam outras condições de vida e outro olhar para os sujeitos.

Também é importante destacar que se cria uma expressão “infância-adolescência”, inclusive com legislação e políticas específicas. Tal expressão acaba por convidar-nos a ler o fenômeno da infância e o fenômeno da adolescência sempre de maneira conjugada, forçando compreensões homogêneas sobre tempos tão distintos da vida humana. Acabamos por falar de crianças de dois anos e de adolescentes de dezessete anos a partir dos mesmos parâmetros, mesmo quando reconhecemos condições de vida e experiências tão distintas. Acabamos criando palavras de ordem que não nos permitem avançar na garantia de direitos e, sobretudo, no respeito à autonomia. Por exemplo, falamos de protagonismo de crianças e adolescentes como se fosse possível estabelecer os mesmos métodos e esperar a mesma participação de uma criança pequena e de um jovem. Acabamos, assim, não valorizando os gestos de autoria de ninguém.

É nesse sentido, que sugiro dois deslocamentos para pensarmos a rede de proteção: o primeiro estaria ligado à exigência de pensarmos sobre *como se objetivam as condições de vida das crianças e dos adolescentes com quem trabalhamos*. Quais são seus pertencimentos socioeconômicos, territoriais, etnicorraciais, religiosos, em relação à deficiência? Que diferenças percebemos em relação a gênero e à orientação sexual? Como isso constrói infâncias e adolescências e, mais ainda, que desafios essas infâncias e essas adolescências trazem para nosso trabalho? O segundo deslocamento é o de refutarmos a expressão infância-adolescência que

homogeneíza tempos da vida e experimentações do mundo tão distintas. É preciso que nos ocupemos de pensar distintas demandas trazidas por esses diferentes tempos da vida, constituídos por variadas heranças.

Sobre o acolhimento

Há crianças, há adolescentes e há jovens que, pelos mais variados motivos, não têm a possibilidade de conviver em família. Pelos mais diferentes motivos, estão retiradas/os da convivência com a família expandida e, também, da experiência comunitária. E isso implica muitas perdas. Gostaria de enfatizar aqui o fato de que se trata de pessoas que estão fora dos processos de circulação social que, em nossa sociedade, tomamos como fundamentais para o processo de subjetivação. A produção e o reconhecimento de pertencimentos, com todos os ônus e os bônus disso, estão impedidos, senão prejudicados.

São crianças e são adolescentes que, a todo tempo e em todos os lugares, são lembrados de que suas vidas estão organizadas pela ausência de uma família. E não se trata de dizer se seria melhor ou pior estarem com suas famílias. Trata-se de reconhecermos que essa marca estará visível, pública, e, por isso, constituirá a maneira como elas/es serão olhadas/os a todo tempo nos mais diferentes espaços sociais onde circulem; da praça ao fórum. E cada pessoa que as/os olha, cada espaço por elas/eles frequentado cria uma narrativa que busca justificar a situação de acolhimento. Todas/os acham que têm o que dizer sobre a situação. Quase ninguém se preocupa em perguntar como aquela criança ou como aquela/e adolescente vive sua condição. Assim, espalham-se versões sobre ela/ele, sem a possibilidade de que ela/ele possa dizer de si. Não lhe é assegurado o lugar de sujeito de sua própria história.

E, convenhamos, nós não costumamos ser muito generosas/os nas nossas histórias... pensamos em pais violentos, em mães negligentes, em crianças terríveis... enfim, partimos da ideia de que existe uma/um culpada/o. Alguém que fez algo mau. Alguém que é mau. Efeito muito comum dos processos de medicalização dessas vidas: onde não se sabe da herança familiar, preenche-se com suposta herança biológica e mesmo com a conhecida herança de características morais, no velho estilo higienista do século XX dos estudos sobre as “crianças problema” (RAMOS, 1950).

Difícilmente, paramos para refletir sobre a construção da teia em que se tece a história de uma vida, com seus tantos fios e suas tramas. Difícilmente, consideramos os momentos na vida em que nos enroscamos na teia, perdemo-nos, não sabemos mais como voltar atrás, não sabemos como seguir adiante. Não por sermos más/maus, nem por sermos alvos de maldade alheia, afinal, seria cairmos mais uma vez no ideário higienista, mas porque habitar este mundo é tarefa árdua.

Sobre efetivar direitos

Em meio à tamanha complexidade e, muitas vezes, sem articulação com nossos pares, é costumeiro que nós, que trabalhamos em políticas públicas voltadas às infâncias e adolescências, paralisemos diante da ideia de que, como uma violência muito radical já ocorreu, como algo muito fundamental deixou de ser garantido para essas pessoas, qualquer coisa que façamos será insuficiente. Às vezes, pegamos pensando que a marca feita pela tragédia ou pela violência é tão brutal, tão profunda, que esses meninos e meninas não terão outra possibilidade que a de permanecer em uma vida precária, ou seja, por reconhecermos que um direito muito fundamental foi violado, ficamos tão marcados por isso quanto nossos meninos e nossas meninas.

Parece que nada que possamos oferecer seria suficiente, mas é preciso perguntar: suficiente para que? Suficiente para quem? Se nosso parâmetro é apagar a violação, cobrir seus rastros e seus efeitos, impedir que a vida de meninos e meninas seja marcada pela dor, sim, nossa tarefa, mais que insuficiente, é impossível. Estamos fadadas/os ao fracasso. Porém, se compreendemos que nossa tarefa não é apagar o passado e nem seus rastros, mas produzir, com as meninas e meninos, uma narrativa sobre o que lhes passou e, com isso, uma certa leitura sobre sua condição de sujeitos em um mundo concreto, abre-se caminho para ações de reconhecimento e reparação. Sim, todas e todos têm direito à memória e à reparação. E, nós, agentes públicos, somos as/os profissionais responsáveis por objetivar tais direitos.

Sobre apoiar a construção de projetos de vida

Essa é a nossa função: apoiar essas crianças e essas/es adolescentes em dois movimentos que acontecem concomitantemente: a) conhecerem sua história e conseguirem pensar sobre o que lhes aconteceu; b) perceberem que não são condenadas/os pela história, que ninguém é condenada/o. São todas/os marcadas/os por nossa história, porque todas/os nós o somos. Isto permite lançarmos mão de outros apoios, de outras pessoas, de outro repertório para, então, apossando-nos do que foi feito de nós, podermos engravidar de sonhos.

Assim, nós, profissionais, temos uma importante contribuição que é a de ofertar outras histórias, outros sonhos, outros projetos existentes em nossa cultura. Enfim, apresentar trajetórias e sustentar, nesses meninos e meninas, a afirmação de si como pessoas que têm uma história, não uma condena: essa é nossa tarefa. Porém, para poder sonhar, é necessário que esses sujeitos possam encontrar outro mundo que não aquele que os feriu tão profundamente.

Sobre tecer redes e desmedicalizar formas de vida

É nesse sentido que a tessitura da rede de proteção é tão importante, pois, o que devolve uma criança ou uma/um adolescente que teve seus direitos violados ao mundo é a possibilidade de circular para encontrar outro mundo, produzir outras pertencas. E isso se faz com participação comunitária. Entretanto, não é fácil para ninguém, muito menos para esses meninos e meninas, circular em um mundo tão hostil. Nosso mundo não é hospitaleiro. Não se trata de fazer a lista das instituições não hospitaleiras: a escola, o serviço de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, a Unidade Básica de Saúde, a guarda civil, o Centro de Referência em Assistência Social, a Vara da Infância... Trata-se de percebermos que não construímos um processo de socialização baseado na hospitalidade. Por hospitalidade quero dizer, muito simplesmente, a possibilidade de ofertarmos espaços e relações em que os sujeitos sintam que estão sendo recebidos e reconhecidos como pessoas dignas de estarem ali.

Nos espaços da vida cotidiana, nossas crianças e nossas/os adolescentes que vivem situações de acolhimento são olhadas/os com desprezo, com medo, com dó, com nojo... e, crianças e adolescentes que são, vivendo isso muitas e muitas vezes em suas peles frágeis, às vezes grossas de tantas cicatrizes,

vão responder da forma como podem, não da forma que consideramos idealmente adequada. É possível que elas/eles reiterem o estereótipo de que são agressivas/os, de que são briguentas/os, impossíveis, sem graça, zumbis...

Quero lembrar, aqui, que somos nós as/os adultas/os dessa história. Somos nós que temos que apoiar a criação de outras respostas, apresentando outras possibilidades, outras possibilidades de relação entre as pessoas e com os espaços da vida pública. Nós, as/os adultas/os temos o dever moral de criar condições para que esses meninos e meninas realizem sua humanidade. Crianças e adolescentes que sofreram muito costumam deixar de serem vistas/os a partir da lente com a qual percebemos as infâncias e as adolescências. São costumeiramente medicalizadas/os, tornando-se “casos” apresentados a partir de seus desvios, de suas impotências, de suas dores transformadas em diagnósticos.

Assim como as/os trabalhadoras/es rurais que, de tanto trabalhar de sol a sol, veem desaparecer as marcas da juventude, os corpos pequenos, às vezes mirrados de nossas crianças e adolescentes, mesmo sendo corpos miúdos são vistos como corpos que não abrigam mais um ser humano. Acabamos por sentir medo, por sentir-nos ameaçadas/os. E, então, as patologizamos e judicializamos: são monstros/as, delinquentes, portadores/as de transtornos de personalidade antissocial, que precisam ser controladas/os, vigiadas/os, segregadas/os. É preciso esforço para lembrarmos – e lembrarmos a elas/ eles também – de que ali tem criança, de que ali tem um garoto ou uma garota.

Por isso, a rede é tão fundamental: porque ela nos coloca, as/os adultas/os, de mãos dadas trabalhando. Profissionais de educação, saúde, assistência social, segurança, cultura... todas/os discutindo como sustentar, na comunidade, a ideia de que essas meninas e meninos precisam e podem participar dos equipamentos sociais, das atividades, da circulação. Todas/os juntas/os pensando o que fazer quando elas/es sofrem, quando violam as regras, quando não reagem aos nossos convites. Repolitizamos, assim, as formas de vida dessas crianças e adolescentes, assim como as produções institucionais que temos realizado para supostamente cuidar delas/es. E, para desmedicalizar, é necessário repoliticizar a vida (CONRAD, 2007).

Somos nós, as/os adultas/os que temos a função social de nos responsabilizar por sustentar os laços sociais dessa meninada, porque, afinal, foi o que estabelecemos desde a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990: queremos ser uma sociedade em que

as/os adultas/os protegem suas crianças e suas/seus adolescentes. Essa afirmação tem significações as mais complexas. Destaco uma no contexto desta discussão: a da criança como sujeito do cuidado público. O lugar de filha/o é sempre um lugar percebido como privado. Sou filha de uma determinada mãe. Sou filha de um determinado pai. Meu pai não me registrou. Minha mãe não pode ficar comigo etc. A presença do pronome possessivo e do indicativo de pertença sempre se fazem presentes. Diferentemente do lugar de filha/o, o lugar de criança e o lugar de adolescente é sempre um lugar público. Independentemente de quem são, onde estão e como estão as/os familiares, continua-se sendo criança, continua-se sendo adolescente. Sustentar condições para que infância e adolescência sejam vividas é função pública de todos nós que somos agentes públicas/os.

Conclusão

Termino compartilhando o poema A Praia, de Rabindranath Tagore, escritor indiano mencionado muitas vezes por Winnicott, o pediatra que se fez psicanalista a partir do contato sensível com crianças muito machucadas pela precariedade da vida na guerra.

As crianças se encontram nas praias dos mundos sem fim.

O céu infinito está imóvel lá em cima e a água inquieta está revolta. Na praia dos mundos sem fim as crianças se encontram entre gritos e danças.

Constroem as suas casas de areia e brincam com suas conchas vazias. Tecem de folhas secas os seus botes e, sorrindo, os largam a flutuar no vasto mar. As crianças se divertem na praia dos mundos.

Não sabem nadar, não sabem lançar redes. Os pescadores de pérolas mergulham em busca de pérolas, os mercadores navegam em seus navios, enquanto as crianças ajuntam seixos e os espalham de novo. Não procuram tesouros escondidos, nem sabem lançar redes.

O mar encapela-se entre risos, e, pálido, fulgura o sorriso da praia do mar... As ondas que trazem a morte cantam para as crianças baladas sem sentido, tal a mãe que embala o berço de seu filho. O mar brinca com as crianças, e, pálido, fulgura o sorriso da praia do mar...

As crianças se encontram na praia dos mundos sem fim. A tempestade vagueia pelo céu sem caminhos; soçobram navios nos ínvios mares; a morte anda às soltas, e as crianças brincam. Na praia dos mundos sem fim é que se dá o grande encontro das crianças.

Pois que sejamos mais praia de mundos sem fim para nossas meninas e meninos encontrarem condições de nos habitar. Ao nos habitar, quem sabe, poderão experimentar a hospitalidade que precisamos tecer como rede, em contraposição às jaulas construídas nas formas de nomear e (pretensamente) acolher. Rede que quer sustentar as possibilidades de sonho dessa gente miúda que tem gesto reticente, que é comumente referida por iniciais e diagnósticos, e traz na memória as tantas andanças no fio da navalha, sem rede.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Planalto 1990.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

RAMOS, Arthur. **A criança problema**: a higiene mental na escola primária. Rio de Janeiro: Casa do Estudante, 1950.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. 1975.

WINNICOTT, Donald Woods. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

Uma carta-luta aos que atuam na educação e na saúde

Adriana Marcondes Machado

Este posfácio foi motivado pelo encontro entre a carta a ser apresentada a seguir e as encruzilhadas refletidas neste livro em que, como apontou Fabiane Bridi em seu prefácio, atravessam processos de normalização, biologização, medicalização e medicamentação do e no viver. Tornamo-nos pessoas que sentem que, se algo vai mal, há de haver uma doença localizada em um certo corpo e uma cura assentada em saberes desenvolvidos em campos científicos. A equação corpo-doença-medicação saiu do estatuto de uma possibilidade e tornou-se uma forma geral em que muitos fenômenos devem se encaixar. A força dessa equação opera uma lógica reducionista presente nas práticas do campo da saúde, da educação e da assistência social. Rompê-la foi tarefa deste livro que, ao ampliar a análise sobre a construção das situações problemáticas presentes nos trabalhos apresentados pelas/os autoras/es, amplia, também, as formas de enfrentamento.

A carta abaixo dialoga com essa equação, sendo impulsionada pelo seu endereçamento^{1,2}: foi escrita a um jovem médico recém-formado. Esse personagem, o jovem médico, talvez julgasse uma situação, apresentada logo no início da carta, de uma forma precipitada e reduzida. Essa possibilidade inspirou que a remetente partisse de formas de pensar reducionistas em seu próprio percurso de formação e reflexão e apresentasse as dúvidas que foram gerando mudanças e inflexões em seu pensamento. Dialogar com esse personagem, portanto, gerou uma escrita que se alia à variação do pensamento (MACHADO; HAHNE; MARTINEZ, 2020) incitando o seguinte desafio: como exercer uma escrita que coincidissem com uma forma reducionista de pensar e inserisse dúvidas que criam derivas nas maneiras

POSFÁCIO:

Uma carta-luta aos que atuam na educação e na saúde

Adriana Marcondes Machado

¹ A carta, intitulada “Oportunidade de luta”, foi publicada como capítulo do livro “Você pode me ouvir, doutor?”, organizado por Álvaro Madeiro Leite e João Macédo Filho, pela Editora Saberes, de Campinas, em 2010. Aproveitando a possibilidade de uma nova publicação, fiz alterações visando melhorar a compreensão do texto.

² O endereçamento da escrita como estratégia em processos de formação e pesquisa tem sido foco em pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), intitulada “O uso de narrativas como estratégia de formação na interface entre psicologia e educação”, processo nº 2018/26101-1.

de compreender aquilo que tomamos como problemático nas práticas do trabalho? A carta, como estratégia de escrita endereçada (MACHADO; FONSECA, 2019), desenvolve um percurso de pensamento que, agora, é apresentado às leitoras e aos leitores de *Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?*”

Oportunidade de luta

Caro leitor. Apresentarei duas cenas para iniciar a conversa:

Rita, uma mulher de 32 anos, está indo à consulta médica. Carrega consigo grande expectativa, faz tempo que sofre de males que a deixam com muitas dores. Esperou meses por essa consulta. Na sala de espera senta-se numa cadeira e aguarda. Quando chamada, fala de suas dores à médica que a examina e lhe prescreve um remédio no receituário. A mulher pega o papel, sai da consulta, mas não vai à farmácia: joga a receita no lixo.

Um homem de 40 anos está com o filho de 15 internado. Espera o médico para saber o diagnóstico. Muita coisa depende desse diagnóstico, pois, conforme o resultado do exame, haverá ou não a possibilidade de cura. O médico, ao chegar, lhe dá a notícia. O caso é grave. O pai chora, o médico o consola. Depois desse caso o médico vai cuidar de mais outros ao longo do dia. Ao final do trabalho, volta para casa. Encontra a família, janta, relaxa o corpo diante da TV. À noite sofre de insônia; isso tem sido frequente. Já há alguns meses o médico toma remédio para dormir.

Como explicar esses acontecimentos? Sou psicóloga. Esses anos de contato com as maneiras de sentir, viver e adoecer, foram me permitindo obter maior clareza sobre o que é e como se produz a subjetividade. Durante minha formação dominou-me um tipo de pensamento diferente do que defendo atualmente. Eu acreditava que, por haver uma maneira de ser e sentir que parece ser o “jeito da pessoa”, poderíamos falar de um núcleo, uma essência, um inconsciente individual, que justificaria as características, os valores e as atitudes de alguém. Esse jeito típico de alguém seria constituído por muitos fatores: físicos, culturais, relacionais, pessoais. Assim, por exemplo, em um processo de subjetivação em que se constituiria esse “jeito de ser”, estariam presentes: o corpo gordo em uma cultura que preza a magreza; a relação

com uma mãe que sempre foi uma mulher muito rigorosa; as histórias com os amigos em que predominava o gosto pelo futebol, do qual, porém, aquela pessoa não gostava; um menino de classe média nascido numa cidade grande etc.

Eu tinha noção disso tudo, sabia da presença desses diversos fatores na formação de uma pessoa e acreditava: 1) que haveria um modo saudável de viver essas relações e, se isso não ocorria, teríamos que realizar um trabalho de atendimento que ajudasse a pessoa; 2) que algumas relações (como por exemplo, com a mãe e com o pai) seriam elementos fundamentais para serem considerados nesse trabalho. Tudo isso que eu pensava fazia sentido para as ações de uma certa psicologia na qual minha prática era referenciada, mas, embora percebesse uma maneira de ser mais frequente, mais presente nas relações estabelecidas por um certo sujeito, embora eu me desse conta de que em nosso tempo as relações parentais criam sentidos e significados muito intensos, estava equivocada em pensar tudo isso de um modo naturalizado.

Em outras palavras, sabia que a maneira como se constrói um sujeito depende dos valores do tempo, que as subjetividades são produzidas em determinado território existencial, mas considerava os elementos deste território como coisas dadas e, por isso, naturalizadas. Até mesmo a relação de atendimento profissional de saúde/paciente era assim vivida por mim; como se, dada uma certa situação, fosse evidente que eu deveria atender certa pessoa. O dispositivo de atendimento era tratado como se não fizesse parte das relações em que a doença se produzia.

Efeitos subjetivos? o que é isso?

Pensemos em efeitos subjetivos como a criação de maneiras de viver, de sentir, de agir e de pensar. Essas maneiras vão sendo engendradas, criadas, como dissemos, dependendo das práticas, das relações de poder, das experiências que vivemos. A concepção de que haveria uma maneira ideal de ser, carrega consigo a sensação de que, quando essa maneira ideal não se realiza, isso seria um imprevisto, um erro, um acidente, algo que não deveria acontecer. Um aluno deveria assistir às aulas e estudar para as provas, um paciente deveria tomar suas medicações. Por isso, ao indagarmos sobre porque as coisas estão ocorrendo de uma certa maneira, temos a sensação de que poderíamos

alterar apenas aquele suposto desvio, aquilo que está acontecendo e que não deveria acontecer, sem que fosse necessário alterar outras coisas. Isso é, se acreditamos que o fato de Rita não tomar a medicação é uma atitude inadequada que revela características pessoais não ideais, ficamos com a impressão de que Rita é “a” responsável (e, nesse caso, culpada) por não agir da maneira correta. Contudo, se entendemos que essa ação de Rita é efeito de práticas e saberes, temos que pensar a relação de atendimento, o tempo da consulta, o que precisa ser escutado, o tempo do médico, a concepção que se tem (que nós temos, que ela tem) de doença etc.

Fui percebendo a importância de investigar o que seria, em certa época, a boa maneira de ser e agir, mas essa busca impunha uma pergunta: como foi se criando e se fortalecendo a noção de que deveria haver essa maneira ideal? Foi essa pergunta que guiou meus estudos, reflexões e práticas, a partir de certo momento, redefinindo minha atuação profissional. Lembrou-me de ter sido uma experiência disruptiva ao compreender uma das formulações de Michel Foucault (FOUCAULT, 1987) em que o autor explica que toda interpretação já é efeito de interpretações e toda interpretação produz efeitos interpretativos, mostrando-nos o mundo como constituído por relações, que são efeitos de outras relações. Uma criança diagnosticada com Síndrome de Down (uma interpretação) pode, em uma escola, implicar abandono e, em outra, construir novos modos de ensinar; os atendimentos necessários são possíveis em certa classe social, ao passo que em outras não; os efeitos nas famílias podem ser diferentes conforme os significados atribuídos a esse misto de fato/interpretação; as leis em relação às pessoas com alguma deficiência têm se alterado, essa nomeação, a Síndrome de Down, já impediu que essas pessoas ocupassem a função de estudante em uma escola, hoje é diferente. Portanto, nomear alguém como tendo “Síndrome de Down” em determinada época e local produz sentidos e ganha significações conforme os tempos, as relações e as decisões políticas.

Passei a entender que a concepção de que haveria algo essencial, básico, inaugural e determinante no sujeito era, então, o que passava a dominar na vida que “nós” levamos, mas não era a vida. Isso, para uma pessoa como eu, que sempre buscava fazer as coisas corretamente, acreditando que haveria “uma” maneira certa de fazer (ser boa aluna seria o correto), era uma dóida ferida. Quando algo domina (devo ser a boa aluna), quando algo se torna hegemônico, isso ocorre como efeito de relações de força. E o que está em jogo nessas relações? Sabemos que por muito tempo não se estabelecia

relação entre o aluno diagnosticado com distúrbio de aprendizagem e os acontecimentos no dia a dia escolar (por exemplo, aulas alienantes, práticas causadoras de humilhação, condições de trabalho precárias etc.). O aluno com dificuldades para aprender, distante do ideal, era visto como um “problema individual”. Sem dúvida, esse modo de se realizar o diagnóstico nos impedia de pensar as práticas institucionais e as questões políticas nelas implicadas. Podemos dizer que esses impedimentos estão presentes e predominam no jogo das relações.

Reorientar a prática clínica pela inclusão dessas questões (institucionais e políticas) demandava uma mudança: buscar compreender como se deu a criação dessa maneira de pensar que rotula e julga os sujeitos de uma forma em que uma situação vivida (a receita ser jogada no lixo) passa a ter como causa a pessoa que a realizou (Rita se tornaria a causa dessa ação). Tal busca envolvia uma ruptura com atitudes moralistas. Não terminar a análise julgando a atitude de Rita, mas com ela indagar: como se produziu o fato de ela jogar a receita no lixo? O que essa atitude nos revela sobre o dispositivo de atendimento? Dessa forma, o gesto de Rita, que havia sido tomado como desvio, como algo que foge à norma, afirma uma existência singular que é efeito das relações que habita. Portanto, ficava claro que tudo o que acontece (por exemplo, o diagnóstico de uma doença específica) cria maneiras de viver que também são de nossa responsabilidade.

Parece estranho, mas dizer “essa pessoa tem dislexia”, ou “ela tem Síndrome de Down” não são informações objetivas e neutras. São informações construídas dentro de certo contexto e a maneira de agirmos e tratarmos essas situações irão fazer parte da produção dos efeitos e das significações a serem materializadas. Utilizando essa forma de pensar, um aluno que larga a faculdade no último ano, não seria reduzido a um viés normalizador em que o totalizamos como aquele que NÃO conseguiu terminá-la? Em muitos momentos, durante minha formação, percebi que minha atividade criava poucas alternativas para agir em situações e crenças cristalizadas que totalizavam as experiências. Era revoltante e frustrante. Via-me num lugar aprisionado. Muitas vezes, quando alguém busca uma psicóloga espera curas, entendimentos e sugestões que possam agir em situações que são compreendidas como os tais imprevistos comentados no início da carta. Havia a ilusão de que seria possível alterar as coisas sem mexer na vida, nas relações e nas concepções.

Fui percebendo que se o que acontece com uma pessoa (um paciente) é sempre efeito de relações, se eu fazia parte daquilo que se produzia, teria que entender melhor o que está em jogo nesse dispositivo de atendimento e, portanto, na criação dos especialistas e nas concepções sobre como se pensa a saúde. Um dia, estava esperando o elevador com uma mãe e seu filho de três anos. Eu já havia visto a mulher algumas vezes. Cumprimentamos e começamos a conversar. Ela perguntou minha profissão. Respondi: psicóloga. Já no elevador, a criança queria apertar vários botões e a mãe explicava a ela que não podia. Por fim, disse: “Olha, se você não se comportar vou ter que te levar para uma psicóloga igual a ela [apontou para mim] e ela vai dar um jeito em você”. O elevador parou em um andar e ambas saíram. O máximo que pude fazer foi uma cara de quem não é má. Nessa cena, meu corpo e a profissão que exerço são suficientes para produzir culpa, ameaça e medo – produções que têm a função de controlar. Conquistar que uma criança aprenda a não apertar vários botões do elevador demanda um processo que se dá nas relações que ela habita. Com a maneira como essa mãe agiu, fica parecendo que se esse aprendizado não é realizado logo depois da orientação dada (“não aperte os botões”, “tome a medicação”, “seja um bom aluno”) é porque a criança teria um problema a ser curado por uma psicóloga que conseguiria adaptá-la.

A sensação de Rita de que a receita de nada adiantava foi constituída em uma história da qual a consulta médica fazia parte. Rita estabelecia relação entre suas dores e o tempo em que esteve desempregada, sentindo-se incapaz para o trabalho, aumentando suas dívidas e tendo necessidade de favores. Ao jogar a receita no lixo, será que ela estava desistindo de lutar? Será que “ter de tomar o remédio” era vivido como mais uma incapacidade? Jogar a receita no lixo afirmava que poderia dar conta de si mesma sem os remédios? Talvez a médica não imaginasse que seria preciso conversar sobre como essa mulher entendia a produção dessa doença – e, sabemos, essa conversa não se resume a apenas perguntar sobre isso.

Culpas, individualizações

De quais funcionamentos falamos quando nos referimos a certas produções de “dever ser” (tais como “devo ser uma boa aluna”) de modo a culpabilizar o indivíduo quando isso não ocorre? Que maneiras de sentir e de viver estão presentes? Arrisco uma resposta: da ilusão de um Eu, que, se forte

o suficiente, enfrentará barreiras, ultrapassará desafios e conquistará aquilo pelo qual sonhou. O que temos assistido contemporaneamente é o domínio da individualização das questões e, aliado a isso, um processo de medicalização. Explico-me. A vida, a maneira de viver, foi se tornando, no decorrer da história, alvo de exames, de diagnósticos, de avaliações, de julgamentos. A medicalização é um processo em que se produzem modos de subjetivação, e, conseqüentemente, maneiras de viver são criadas, revelando a longa história de aprisionamento do desvio e da produção da diferença como patologia. Quando se inventou uma forma de avaliar se um sujeito é ou não normal, inventou-se também uma maneira de viver, um tanto paranoica, um tanto persecutória e alienada, através da qual achamos que os especialistas saberiam daquilo que ignoramos de nós.

É famosa a brincadeira: “Cuidado, ela é psicóloga; cuidado ele é psiquiatra”. Sim, porque a psicologia e a medicina se constituíram como ciências que pretendem dizer o que são os sujeitos, como funcionam, o que é melhor ou pior para eles – e, como já apontamos, ao associar os problemas apenas ao ambiente sociofamiliar e às questões individuais, isentamos o funcionamento social da responsabilidade sobre a produção do adoecimento. Quando falamos de “psicologia” ou de “medicina”, estamos nos referindo a concepções e práticas presentes no campo social, não apenas a médicos ou psicólogos, mas sim a uma maneira de viver na qual sentimos que o nutricionista saberá de nossa alimentação, o psicólogo cuidará dos afetos, o médico da saúde, o dentista dos dentes, o educador físico do corpo... e assim tornamo-nos consumidores dessas práticas. Ao consumidor é fundamental um sentimento que se intensificou no final do século XIX: o sentimento de que algo nos falta, de que estamos permanentemente em falta, e de que essa falta deve ser preenchida.

Ora, já nos tornamos pessoas que dormem com medicações indutoras do sono. A medicação pode produzir uma noite de sono. Mas o que isso cala? Cala pensarmos na produção de um sujeito, nós, que nos tornamos pessoas que têm a sensação de que as coisas dependem intensamente de nós mesmos. Fica parecendo que poderíamos agir diferentemente do que agimos, que poderíamos, com esforço individual, conseguir coisas que não temos e que a única coisa que falta são essas forças e posicionamentos individuais. O médico da cena inicial sente que precisa ter muita força para “enfrentar as barras do atendimento”. E que isso depende dele, apenas dele.

Tudo parece depender apenas de um Eu. A TV pode oferecer programas ruins, mas Eu tenho que fazer a escolha. Os supermercados e restaurantes podem oferecer comidas gordurosas, mas Eu tenho que fazer a escolha... Cabe a cada um de nós escolher os alimentos sem gordura, não transgênicos, cabe a nós escolher os brinquedos que não tenham sido produzidos por condições humilhantes de trabalho, cabe a nós... Individualização – neste processo, nossa grande aliada é a culpa. Pois, pareceria que aqueles que fazem as “boas” escolhas e “progridem”, o fazem por méritos individuais. Dessa forma, aqueles que não fazem as “boas” escolhas sentem-se culpados (sou Eu que não consigo fazer ginástica duas vezes por semana). E, assim, instaura-se esse mecanismo de controle a céu aberto, que culpabiliza o indivíduo e desresponsabiliza a política. Cala também pensarmos a hiperatividade das práticas sociais, cada vez mais aceleradas para atingir os escores de produtividade (com o aumento exorbitante de crianças consumindo metilfenidato), o bombardeio de informações, a intensa publicização da vida íntima, o FaceBook, o Big Brother, a rápida vontade de se conectar – caso não se esteja ocupado –, a necessidade de prazeres imediatos e o aumento de pessoas com pânico e depressão. São dimensões de análise e de intervenção que vão escapando quando visamos aliviar os sintomas apenas com medicações.

Agimos imersos nesse funcionamento. A médica que atendeu Rita aprendeu a examinar o corpo doente de alguém doente. As concepções, os amores, o desemprego e as reflexões tornaram-se “causas variadas”. Nos prontuários é comum encontrarmos observações do tipo: “Paciente relaciona suas dores à separação do marido”, como uma informação. Rita foi tornada um corpo doente e a médica foi tornada alguém que trata da doença do corpo doente.

Conclusão: a oportunidade de luta

O local onde Rita foi atendida fica nas proximidades de uma empresa que demitiu muita gente nos últimos anos. Como fortalecer a discussão do adoecimento relacionado às condições de trabalho? Que fazeres precisamos criar, com que saberes precisamos contar? E aqui, caro leitor, falamos da necessidade de agirmos em uma produção que não tem relação apenas com o paciente. Assistimos à produção de algo que é de nosso tempo e que está também presente na vida de médicos bem-sucedidos, com consultórios particulares ou conveniados cheios, sem tempo para brincar com filhos,

sem poder recusar atendimentos, precisando tomar remédio para dormir e vivendo a corrida atrás de melhores condições financeiras, a aflição por trabalhar em uma área submetida às leis do mercado (visa-se o lucro), o funcionamento perverso da saúde conveniada, o preço/hora, os pactos para se ter um emprego, as más condições de trabalho no sistema público.

Outro dia, num hospital maternidade, uma médica pediatra teve um dia muito exaustivo de trabalho. Ela era contratada para atender a enfermaria neonatal. Nesse mesmo hospital existia um serviço de atendimento para mulheres que sofreram violência, vítimas de abuso sexual. Sucedeu que um dos médicos estava de férias e, quando isso ocorria, um médico tinha que cobrir o trabalho do outro. Não havia contratação de profissionais para cobrir as férias. São os pactos para trabalhar. A médica pediatra estava se arrumando para ir embora quando, ao sair da enfermaria, foi chamada, pois havia chegado uma menina que acabara de sofrer abuso sexual. O médico plantonista estava atendendo uma outra paciente. Embora já cansada e sentindo muita dificuldade para atender esse tipo de situação, essa médica sabia que essa menina não deveria ficar esperando em uma sala de espera. Nessa cena, as condições de trabalho, o funcionamento da instituição, os acordos implícitos, os riscos que se criam com os contratos de trabalho e as relações de desigualdade de poder entre os vários profissionais estão presentes e produzem efeitos nos atendimentos – essas questões não podem ser entendidas como fatos imprevistos.

Tratar a doença não é tratar o sintoma. O sintoma habita uma vida que precisa ser pensada. Nessa vida temos visto o processo de individualização, as práticas de alienação, a competição, o preconceito, as relações de assujeitamento, as funções atribuídas ao corpo em nosso tempo, a medicalização por e o adoecimento vivido como imprevistos. Essas produções de nosso tempo atravessam intensamente as relações médico/paciente. É comum pacientes que querem “um remédio”, é comum médicos que acham que o paciente precisa de apenas “um remédio”, é comum o atendimento médico estar submetido a produções de valores de nosso tempo (o corpo magro, a necessidade de plástica, a intolerância à tristeza). Portanto, habitar essas relações nas quais essas produções se dão e nelas agir é uma oportunidade para lutar pela saúde. Não é à toa que tantas mulheres buscam o hospital maternidade de que falei. As mães são incentivadas a amamentar, e não cobradas, os parceiros são bem-vindos e isso propicia um grande aconchego às parturientes, conversa-se com os bebês, as dores e

SOBRE OS AUTORES

angústias no atendimento de situações de violência e abuso sexual têm sido discutidas pela equipe, assim como as necessidades de novas contratações. Os profissionais que lá trabalham têm refletido sobre a prática da triagem para que ela se torne acolhimento. Somando-se a esse modo de proceder – que associa saúde à construção de um modo de viver criativo e potente, e não à ausência de doença – salientamos as lutas de profissionais da saúde por brinquedotecas, por Doutores da Alegria, por Classes Hospitalares – que fortalecem com humor e descontração a potência das crianças –, os projetos em Unidades de Saúde – que criam rádios, danças, relações de convívio –, assim como as lutas de tantos profissionais por uma saúde pública de qualidade.

O adoecimento não é algo “do” paciente e sim efeito de um funcionamento social do qual as relações de atendimento fazem parte. Os modos de criarmos essas relações de maneira a lutar por funcionamentos institucionais justos e por tempo para dedicarmos a uma escuta... são opções ético-políticas que apostam na potência da vida. Esta carta visa a encorajar atitudes, comprometimentos e escolhas que exercitem essas opções.

Referências

FOUCAULT, Michel. **Theatrum philosophicum**. São Paulo: Mauá, 1987.

MACHADO, Adriana Marcondes; FONSECA, Paula Fontana. A escrita endereçada como prática de formação e construção de realidade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2019, p. 4-22.

MACHADO, Adriana Marcondes; HAHNE, Beatriz Saks; MARTINEZ, Carolina Terruggi. Enfrentando a escrita-em-dívida na formação de pesquisadores. **Movimento - Revista de Educação**, Niterói, v. 7, n. 14 (ed. esp.), p. 91-102, nov. 2020.

Adriana Marcondes Machado
Adrielly Selvatici Santos
Adrise Ferreira de Souza
Alana Araújo Corrêa Simões
Ana Luiza Ferrer
Analice de Lima Palombini
Anderson Luiz Fernandes Gonçalves
André Luís de Souza Lima
Anita Nogueira Fernandes
Camila Camargo Prates
Carla Biancha Angelucci
Carla Karnoppi Vasques
Carla Maciel da Silva
Cecília Azevedo Lima Collares
Cláudia Rodrigues de Freitas
Claudio Roberto Baptista
Cristiane da Silva Costa
Daniela Dallegrave
Daniele Noal Gai
Douglas Casarotto de Oliveira
Eduardo Barcellos Pantaleão
Fabiane Romano de Souza Bridi
Gisele Vicente da Silva
Guilherme de Souza Müller
Guilherme Maltez Souza
Janaina Mariano César
Lígia Castegnaro Trevisan
Luana Gaigher Gonçalves
Luciana Vieira Caliman
Luís Henrique Sacchi dos Santos
Maria Aparecida Affonso Moysés
Merielli Campi Partelli
Michele da Rocha Cervo
Paula Emília Adamy
Renato Levin Borges
Ricardo Burg Ceccim
Ricardo Lugon Arantes
Roseli Fernandes Lins Caldas
Sheyla Werner
Sônia Maria Antônia Holdorf Braun
Victoria Bragatto Rangel Pianca

Sobre os autores

Adriana Marcondes Machado – psicóloga, mestra e doutora em psicologia social, membro do Serviço de Psicologia Escolar, professora da Universidade de São Paulo, trabalha com psicologia escolar, educação inclusiva e relações saúde-educação.

e-mail: adrimarcon@uol.com.br

Adrielly Selvatici Santos – psicóloga, mestra em psicologia institucional, psicóloga no Sistema Único de Assistência Social.

e-mail: dricaselvatici@gmail.com

Adrise Ferreira de Souza – licenciada e mestra em artes visuais, doutoranda em educação, professora de artes e fotografia, fotógrafa.

e-mail: adriseferreira@hotmail.com

Alana Araújo Corrêa Simões – psicóloga, mestranda em psicologia institucional, conselheira suplente do Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região.

e-mail: alanaacsimoies@gmail.com

Ana Luiza Ferrer – terapeuta ocupacional, mestra e doutora em saúde coletiva, professora adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria.

e-mail: aluizaferrer@gmail.com

Analice de Lima Palombini – psicóloga, mestra em filosofia, doutora em saúde coletiva, professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: analice.palombini@ufrgs.br

Anderson Luiz Fernandes Gonçalves – educador especial, mestre em ciências do desporto e doutorando em educação, professor no Atendimento Educacional Especializado na rede municipal de ensino de Porto Alegre/RS.

e-mail: anderlfg@hotmail.com

André Luís de Souza Lima – licenciado em filosofia, mestre e doutorando em educação, professor substituto na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: andre.lima@ufrgs.br

Anita Nogueira Fernandes – psicóloga, atua na área da saúde mental infantojuvenil.

e-mail: anitanogfernandes@gmail.com

Camila Camargo Prates – pedagoga, mestra e doutoranda em educação, professora na rede municipal de ensino de Porto Alegre.

e-mail: camila.prates@ufrgs.br

Carla Biancha Angelucci – psicóloga, mestra em psicologia escolar, doutora em psicologia social, professora da Universidade de São Paulo na área de Educação Especial.

e-mail: b.angelucci@usp.br

Carla Karnoppi Vasques – psicóloga, mestra e doutora em educação, professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Educação e Cultura.

e-mail: k.recuero@gmail.com

Carla Maciel da Silva – mestra e doutoranda em educação, professora da área de Educação Especial no Colégio de Aplicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: carlamacielsilva@gmail.com

Cecília Azevedo Lima Collares – pedagoga, mestre em educação, doutora em sociologia e política, livre-docente em psicologia educacional, professora aposentada da Universidade Estadual de Campinas.
e-mail: cecilia.collares1@gmail.com

Cláudia Rodrigues de Freitas – pedagoga, mestra e doutora em educação, com pós-doutorado (Cagliari/Itália), professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Núcleo de Estudos em Políticas de Inclusão Escolar - NEPIE.
e-mail: freitascrd@gmail.com

Claudio Roberto Baptista – mestre e doutor em educação, com pós-doutorado (Roma/Itália), professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
e-mail: baptistacaronti@yahoo.com.br

Cristiane da Silva Costa – fisioterapeuta e professora de educação física, mestra em saúde coletiva, doutoranda em Educação, professora na rede municipal de ensino de Porto Alegre/RS.
e-mail: crisdac10@gmail.com

Daniela Dallegrave – acupunturista e enfermeira de família, mestre em enfermagem, doutora em educação, professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diretora da Associação Brasileira de Enfermeiros Acupunturistas e Enfermeiros de Práticas Integrativas - gestão 2018-2021.
e-mail: daniela.dallegrave@ufrgs.br

Daniele Noal Gai – educadora especial, mestra e doutora em educação, professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do projeto “Entre: artesanias da diferença” que reúne o sul e o norte do Brasil para traçar e partilhar experiências acerca da educação e saúde públicas, sob o recorte da deficiência e da loucura.
e-mail: daninoal@gmail.com

Douglas Casarotto de Oliveira – psicólogo, mestre em educação, doutorando em psicologia social e institucional, docente na Faculdade Integrada de Santa Maria, psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas Recomeço, em Santa Maria/RS).
e-mail: douglascasarotto@hotmail.com

Eduardo Barcellos Pantaleão – graduando em psicologia, monitor acadêmico e pesquisador de iniciação científica com a pesquisa “Medicalização e fracasso escolar”.
e-mail: edu.pantaleao359@gmail.com

Fabiane Romano de Souza Bridi – educadora especial, psicopedagoga, mestra e doutora em educação, professora associada da Universidade Federal de Santa Maria, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Escolarização e Inclusão.
e-mail: fabianebridi.ufsm@gmail.com

Gisele Vicente da Silva – pedagoga, mestra em Psicologia Social e Institucional, doutoranda em Educação, educadora no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, modalidade IV em Porto Alegre/RS.
e-mail: gisevicente@gmail.com

Guilherme de Souza Müller – bacharel e mestre em saúde coletiva, doutorando em educação, sanitariano na Secretaria de Estado da Saúde/RS, atuando na Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas.
e-mail: guisouzamuller@gmail.com

Guilherme Maltez Souza – cientista social, mestre e doutorando em educação, foi professor substituto no Instituto Federal Farroupilha.
e-mail: guilhermemaltez@gmail.com

Janaína Mariano César – psicóloga, mestra em psicologia e doutora em educação, professora da Universidade Federal do Espírito Santo.

e-mail: jhanainacesar@gmail.com

Lígia Castegnaro Trevisan – psicóloga, especialista (Residência) em Saúde da Família e Comunidade e em Psicologia Social e Institucional, mestra em saúde coletiva, doutoranda em psicologia social e institucional, docente da Universidade Franciscana.

e-mail: ligiatre@gmail.com

Luana Gaigher Gonçalves – psicóloga, psicanalista em formação, mestra em psicologia institucional.

e-mail: luanagaigherg@gmail.com

Luciana Vieira Caliman – psicóloga, mestra e doutora em saúde coletiva, com pós-doutorado (Lisboa/Portugal), professora adjunta convidada da Escola Superior de Educação de Lisboa, professora da Universidade Federal do Espírito Santo.

e-mail: calimanluciana@gmail.com

Luís Henrique Sacchi dos Santos – biólogo, mestre e doutor em educação, professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador de produtividade do CNPq – nível 2.

e-mail: luishss2009@gmail.com

Maria Aparecida Affonso Moysés – médica pediatra, doutora em medicina, livre-docente em pediatria social, professora titular da Universidade Estadual de Campinas, onde coordena o Laboratório de Estudos sobre Aprendizagem, Desenvolvimento e Direitos, do Centro de Investigações em Pediatria.

e-mail: mariaaparecidamoyses@gmail.com

Merielli Campi Partelli – psicóloga, especialista (Residência) em saúde e desenvolvimento da criança e do adolescente.

e-mail: meriellicampi@gmail.com

Michele da Rocha Cervo – psicóloga, especialista (Residência) em atenção básica na saúde coletiva, especialista (R3) em gestão da formação em saúde mental coletiva, mestra e doutora em psicologia social e institucional, professora adjunta da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná.

e-mail: mcervo@unicentro.br

Paula Emília Adamy – psicóloga, mestra e doutoranda em psicologia social e institucional, docente na Faculdade São Francisco de Assis, pesquisadora no Projeto “Vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde”.

e-mail: paula.adamy@gmail.com

Renato Levin Borges – bacharel e licenciado em filosofia, mestre e doutorando em educação, professor de filosofia na rede municipal de ensino de Porto Alegre/RS.

e-mail: renato_levinborges@yahoo.com.br

Ricardo Burg Ceccim – mestre em educação, doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica (Tarragona/Espanha), com estágio sênior em políticas públicas sociais e de saúde (Parma/Itália), professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: burgceccim@gmail.com

Ricardo Lugon Arantes – médico psiquiatra, mestre em educação e doutorando em psicologia social e institucional, docente nas universidades do Vale do Rio dos Sinos (Feevale e Unisinos) e no centro universitário Instituição Evangélica de Novo Hamburgo.

e-mail: ricardolugon@gmail.com

Roseli Fernandes Lins Caldas – psicóloga, especialista em psicologia escolar, mestra em educação, doutora em psicologia escolar, professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie, presidente da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional - gestão 2021-2023.

e-mail: rcaldas2014@gmail.com

Sheyla Werner – especialista (Residência) em saúde mental coletiva, mestra e doutoranda em educação, professora substituta na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e-mail: sheylawerner@gmail.com

Sônia Maria Antônia Holdorf Braun – licenciada em artes visuais, formação em desenho, aquarela e pintura (Karlsruhe/Alemanha), mestranda em educação, professora de artes no ensino fundamental.

e-mail: soniamariabraun@gmail.com

Victoria Bragatto Rangel Pianca – psicóloga, formação em produção gráfica e preparação e revisão de textos pela Universidade do Livro da Fundação Unesp, ilustradora literatura infantil.

e-mail: victoriabrp@gmail.com



ÍNDICE REMISSIVO

Índice

A

ABREU, Virginia Genelhu de, 301
 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL, 7, 24, 306, 310
 ADAMY, Paula Emília, 117
 afecção, 21, 172, 205, 207
 AFETO, 6, 21, 97, 171, 172, 193, 207, 208
 Afeto, 207
 afetos, 15, 21, 71, 85, 105, 127, 128, 131, 132, 137, 171, 172, 175, 178, 180, 206, 207, 208, 265, 268, 269
 afirmação da vida, 22, 274
 AFIRMAÇÃO DA VIDA, 6
 AGUIAR, Sebastián, 302
 ALMADA, M., 301
 ALMEIDA, Laurinda Ramalho, 276
 ALVARENGA, Robson, 209
 ALVES, Rejane de Oliveira, 274
 AMARAL, Lígia Assumpção do, 50
 AMARANTE, Paulo, 63, 117
 AMORIM, Alexandre, 180
 ANDRADE, Paula Milward de, 119, 169
 ANDREONI, Solange, 209
 ANGELUCCI, Carla Biancha, 12, 37, 50, 168, 257
 anormais, 17, 41, 42, 43, 47, 49, 225
 anticapacitismo, 51
 Aprender em rede, 5, 17, 26
 aprendizagem cognitiva, 268
 aprendizagem inventiva, 175
 ARANTES, Ricardo Lugon, 235
 ARAÚJO, Marcos Vinicius de, 257
 ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira, 257, 258
 atenção psicossocial, 6, 22, 101, 102, 116, 117, 210
 Atenção Psicossocial, 20, 102, 104, 106, 107, 121, 141, 159, 164, 210, 214, 215, 224, 227
 atender, 21, 172, 180, 191, 214, 261
 atendimento educacional especializado, 27, 264
 Atendimento Educacional Especializado, 33, 35
 AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva, 193
 ausência, 200, 201, 203, 205, 262
 ausência de prazer, 188
 ausência do prazer, 21, 171, 174, 178, 180
 Ausência do prazer, 174
 autenticação, 201
 automedicalização, 202
 AZAMBUJA, Marcos Adegas de, 153

B

BAPTISTA, Claudio Roberto, 37, 63
 BÂRCENA, Fernando, 223
 BARRETO, Jorge Otávio Maia, 301
 BARROS, Carlos Antônio Ferreira da Silva, 193
 BARROS, Manoel de, 235
 BARROS, Regina Benevides, 224
 BARROS, Sônia, 141
 BASTOS, Francisco Inácio, 117
 BATAIER, Vanessa Sabatine, 193
 BATESON, Gregory, 62
 BATISTA, Jaqueline Brito Vidal, 193
 BAUDEAN, Marcos, 302
 BEDIN-DA-COSTA, Luciano, 169
 BENISTY, Lisa, 153
 BENJAMIN, Walter, 224
 BERTONI, Neilane, 117
 BEZERRA JR., Benilton, 37
 BILKLEN, Sari Knopp, 258
 biologização, 10, 71, 315
 biomedicalización, 82
 biomedicalizador, 15
 biomedicina, 88
 biomédico, 15
 biopedagogias, 303
 biovalor, 24, 278, 280, 283, 284, 285, 286, 288, 289, 291, 292, 296, 297, 299, 300
 BÖCK, Geisa Letícia Kempfer, 51
 BOGDAN, Robert, 258
 BOHOSLAVSKY, Rodolfo, 258
 BORGES, Luana Ribeiro Borges, 119
 BRANT, Luiz Carlos, 193, 194
 BREGGIN, Peter R, 82
 BRESOLIN, Julia Zancan, 181
 BROIDE, Jorge, 235

C

CABALLERO, Raphael Maciel da Silva, 235
 CALDAS, Roseli Fernandes Lins, 257
 CALIMAN, Luciana Vieira, 139, 168
 CAMIOTTI, Andressa Giroto, 98
 CAMPBELL, Fiona Kumari, 50
 CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, 139
 CANGUILHEM, Georges, 82
 capacitismo, 17, 39, 41, 44, 46, 49, 264, 273
 CARLINI, Elisaldo Araújo, 301
 CARLOTTO, Mary Sandra, 193
 CARNEIRO, Henrique, 302, 303, 304
 CARNEIRO, Maria Sylvania Cardoso, 62
 CARON, Eduardo, 118
 CARPIGIANI, Berenice, 258

CARVALHO, Julia Dutra de Carvalho, 181
 CASSELS, Alan, 82
 CASTEL, Robert, 224
 CASTRO, Edgardo, 301
 CECCIM, Ricardo Burg, 37, 180, 194, 224, 235, 236, 275, 276
 CEDRAZ, Ariadne, 139
 Centro de Atenção, 20, 104, 121, 141, 164, 210, 215, 227
 CÉSAR, Janaina Mariano, 168
 CHARNEY, Alessandra, 180
 CHAVES, Felipe Alan Mendes, 139
 classes hospitalares, 16, 23, 260, 261, 264, 265, 269, 271
 Classes Hospitalares, 324
 CLÍMACO, Júlia Campos, 50
 clínica inventivas, 21
 CLOT, Yves, 194
 cogestão, 20, 102, 103, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 138, 139, 158, 159, 160, 161, 162, 166, 167, 168
 COITIÑO, Mauricio, 302
 COLLARES, Cecília Azevedo Lima, 51, 62, 63, 65, 82, 83, 195, 258
 comunidade escolar, 22, 183, 196, 201, 208
 CONNOR, David J., 52
 CONRAD, Peter, 313
 COOPER, Thomas, 82
 CORDIOLI, Aristides Volpato, 258
 corpo-doença-medicação, 315
 CORRÊA, Guilherme, 118
 CORREIA, Cinthya Vivianne de Souza Rocha, 301
 CORREIA-DA-SILVA, G., 301
 COSTA, Jurandir Freire, 37, 224
 COSTA, M. A., 301
 COSTA-ROSA, Abílio da Costa, 139
 COUGO, Vitória Rosa, 153
 COUTINHO, Antônio Souto, 193
 COUTO, Maria Cristina Ventura, 139, 224
 COUTO, Mia, 63
 Covid-19, 96, 107, 171, 173, 176, 197, 202, 206, 209, 231, 234, 244, 291
 criança, 7, 17, 18, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 56, 60, 61, 72, 79, 90, 92, 93, 96, 122, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 164, 165, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 223, 224, 260, 261, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 275, 276, 282, 293, 307, 308, 310, 311, 312, 313
 crianças, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 31, 42, 43, 46, 49, 53, 56, 57, 60, 61, 67, 72, 73, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 91, 94, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 164, 165, 168, 176, 183, 196, 199, 203, 210, 212, 214, 215,

216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 260, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 272, 273, 276, 277, 282, 286, 290, 306, 307, 308, 310, 311, 312
 CRUZ, Kathleen, 38
 CRUZ, Lucimary Gonçalves da, 277
 CRUZ, Maria Angela Santa, 225
 cuidado biomédico, 22
 cuidar, 17, 33, 84, 96, 105, 109, 161, 164, 166, 181, 215, 311
 CURY, Rafael de Moraes, 301
 CYR, Céline, 153

D

DALLEGRAVE, Daniela, 99, 169
 DALMOLIN, Grazielle de Lima, 181
 DAVIS, Claudia Leme Ferreira, 276
 decisões políticas, 21
 deficiência, 17, 18, 19, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 54, 55, 58, 60, 61, 62, 93, 140, 214, 307
 deficiências, 24, 45, 263, 273, 306
 DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez, 153
 DELANO, Laura, 154
 DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 224
 DELIGNY, Fernand, 98, 181
 Desaprendentes, 232
 descabentes, 232
 desejo de cura, 261, 262, 269
 desenvolvimento afetivo, 23, 261, 274
 desenvolvimento cognitivo, 73
 Desenvolvimento psíquico, 268
 deslimites, 7, 22, 227, 228, 230, 232, 235
 DESMEDICALIZAR, 7, 24, 306, 310, 311
 despatologizante, 60
 despoticização, 21, 171, 172, 175, 208
 desprescrição, 152
 DEVERA, Disete, 139
 DI PASQUALE, Giovanna, 37
 DIAS, Marcelo Kimati, 118
 diferenças humanas, 12, 18, 37, 50, 168
 DIMENSTEIN, Magda, 139
 DINIZ, Débora, 51
 direitos, 5, 18, 19, 24, 40, 44, 45, 46, 51, 65, 70, 71, 76, 77, 80, 94, 102, 108, 113, 115, 116, 117, 145, 147, 153, 184, 189, 202, 203, 208, 224, 238, 263, 280, 289, 306, 307, 309, 310
 droga que faz bem, 283, 287, 288
 droga que faz mal, 283, 287, 288
 drogas prescritas, 19, 107, 108, 109, 110, 112, 152
 drogas proscritas, 106, 108, 109, 112, 119, 151, 153
 DUAN, Naihua, 82
 DUMIT, Joseph, 301
 DUNKER, Christian Ingo Lenz, 63

E

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho, 63
 educação em saúde, 7, 22, 94, 227, 229, 231
 educação inclusiva, 5, 17, 26, 29, 51, 98, 263
 educação permanente em saúde, 106
 educar, 17, 161, 166, 279
 EICHELBERGER, Michele, 118
 EIRADO, André do, 169
 encontro, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 125, 128, 132, 133, 135, 157, 172, 207, 210, 213, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 227, 262, 266, 273, 274, 276
 encontros, 21, 23, 27, 32, 34, 35, 36, 90, 97, 103, 104, 135, 171, 172, 175, 180, 200, 201, 205, 206, 207, 211, 212, 216, 219, 222, 273, 277
 ensinar, 21, 91, 96, 172, 263, 264
 ESCOHOTADO, Antonio, 118, 154, 301
 escola, 5, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 65, 67, 69, 70, 71, 73, 77, 79, 80, 82, 84, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 127, 128, 136, 139, 163, 164, 166, 167, 172, 173, 180, 187, 188, 197, 198, 199, 200, 204, 222, 230, 246, 259, 261, 262, 263, 264, 266, 267, 269, 271, 272, 310, 313
 ESCOLA, 10, 199
 escolarização, 5, 11, 12, 16, 18, 45, 54, 60, 61, 63, 64, 93, 94, 95, 184, 264, 267, 271
 ESCÓSSIA, Liliana da, 140
 ESTEVE, José Manuel, 194
 EVARISTO, Conceição, 225
 FABRIS, Erick, 154

F

farmaceuticalização, 16
 farmacocracia, 75
 fármacos, 11, 16, 19, 40, 89, 92, 94, 144, 152, 153, 177, 191, 227, 231, 232, 240, 288, 289, 297
 FELIPE, Maria Sueli Soares, 301
 FERNÁNDEZ, Alicia, 37
 FERREIRA, Carla Mercês da Rocha Jatobá, 51
 FERREIRA, Evelyn Tarcilda Almeida, 194
 FERREIRA, Indianara Maria Fernandes, 118
 FERREIRA, Joyce Paula de Souza, 168
 FERREIRA, Marcelo, 225
 FERRER, Ana Luísa, 168
 FIGUEIREDO, Ana Cristina, 118
 FIGUEIREDO, Emilio, 302
 FIORE, Maurício, 302, 303, 304
 FISCHER-LOMONACO, Daniel Fernando, 119
 FONSECA, B. M., 301
 FONSECA, Eneida Simões da, 275, 276
 FONSECA, Paula Fontana, 324
 FOUCAULT, Michel, 82, 209, 225, 324
 fracasso escolar, 7, 23, 45, 51, 55, 78, 238, 240,

252, 256
 FRANCES, Allen, 63
 FRANCISCHETTI, Emilio Antonio, 301
 FRANCISCO, Rayanne Suim, 226
 FRANCO, Túlio Batista, 38, 236
 FREI, Altieres Edeimar, 119
 FREITAS, Cláudia Rodrigues de, 37
 FREITAS, Fernando Ferreira Pinto, 63, 154
 FREITAS, Maria de Fátima Quintal de, 258

G

GAI, Eunice Terezinha Piazza, 236
 GALINDO, Dolores Cristina Gomes, 194
 GARCIA, Bruna, 194
 GESSER, Marivete, 51
 Gestão Autônoma da Medicação, 6, 19, 20, 101, 108, 118, 119, 120, 121, 139, 140, 145, 149, 153, 155, 156, 157, 158, 162, 168, 169, 219, 225
 GOFFMAN, Erving, 51
 GOMES, Camila Motta, 154
 GOMES, Maria, 38
 GOMES, Romeu, 258
 GONÇALVES, Laura Lamas Martins, 119, 140, 169
 GOULART, Sandra, 302, 303, 304
 GOULD, Madelyn S., 82
 governamentalidade, 202
 governo da população, 280
 GRADELA, Adriana, 193
 GREENHILL, Laurence, 82
 GROOT, Peter, 154
 GROS, Frédéric, 98
 GUANAES-LORENZI, Carla, 181
 GUATTARI, Félix, 98, 181
 GUDYNAS, Eduardo, 301
 Guia GAM, 19, 102, 105, 106, 108, 109, 111, 115, 116, 146, 160, 161, 162, 165, 219
 GUIMARÃES, Reinaldo, 302

H

HADOT, Pierre, 209
 HAHNE, Beatriz Saks, 324
 HALL, Will, 154
 HAN, Byung-Chul, 181, 236
 HENZ, Alexandre de Oliveira, 181
 HIV, 19, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 295
 HORNE, Rob, 155
 HOROWITZ, Mark Abie, 155
 HYPOLITO, Álvaro Moreira, 194
 HYPOLITO, Laura Girardi, 302
 IGLESIAS-RIOS, Lisbet, 82

I

individualidade, família e cultura, 19
 Infantojuvenil, 20, 121, 164
 IRIART, Celia, 82

J

JANNUZZI, Gilberta S. de Martino, 51

K

KASTRUP, Virgínia, 38, 139, 140
 KELLOG, Robert, 236
 KINOSHITA, Roberto Tykanori, 140, 155
 KLEINMAN, Marjorie, 82
 KOHAN, Walter Omar, 225
 KRENAK, Ailton, 181
 KRISTIANSEN, Kristjana, 51
 KROTH, Victória Jantsch, 98
 KULPA, Stefanie, 275, 276

L

LABATE, Beatriz C., 302, 303, 304
 LANCETTI, Antonio, 119
 LANES, Tais Carpes, 181
 LARENTIS, Ariane Leites, 195
 LARROSA-BONDÍA, Jorge, 236
 LAWALL, Paula Zeni Miessa, 193
 LAZZARATO, Maurizio, 98, 194, 209
 LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini, 181
 LEAL, Erotildes Maria, 140, 169
 LEÃO, Luís Henrique da Costa, 194
 LEMOS, Flávia Cristina Silveira, 194
 LEMOS, Florencia, 302
 LIMA, André Luís de Souza, 51
 LOPES, Paula Helena, 51
 LUENGO, Fabíola Colombani, 63
 LUZ, Madel T., 98

M

MACEDO, Nélia Mara Rezende, 226
 MACERATA, Iacã, 169
 MACHADO, Adriana Marcondes, 139, 324
 MACRAE, Edward, 302, 303, 304
 MADRUGA, Sidney, 51
 MAGGI, Paula Milward, 120
 MAGNANO, Ana Carolina de Souza, 181
 manicomialização, 178, 216, 225
 MARQUES, Cecília de Castro e, 140, 169
 MARTINEZ, Carolina Terruggi, 324
 MARX, Karl, 209
 MASELLI, Marina, 37
 MATURANA, Humberto, 236
 MEDEIROS, Rafael Gil, 119, 155
 medicalização, 5, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 39, 41, 45, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 113, 114, 115, 142, 179, 180, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 208, 213, 215, 216, 223, 238, 239, 240, 242, 243, 251, 252, 253,

254, 255, 256, 258, 264, 278, 279, 281, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 296, 297, 299, 300, 308, 315, 323
 MEDICALIZAÇÃO, 5, 6, 7, 17, 20, 21, 23, 50, 63, 78, 82, 90, 142, 183, 194, 195, 196, 238, 303
 MEDICALIZAÇÃO, 5, 7, 25, 237
 medicalização da aprendizagem, 90, 96, 97
 medicalização da vida, 5, 10, 11, 15, 17, 18, 30, 53, 58, 63, 74, 75, 142
 medicamentação, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 21, 22, 39, 43, 45, 75, 102, 171, 315
 MEIRA, Marisa Eugênia Melillo, 258
 MELO, Jorge José Maciel, 120, 140
 MERHY, Emerson Elias, 37, 38, 194, 276
 MILLS, China, 155
 MINAYO-GOMEZ, Carlos, 193
 Modos de narrar, 6, 22, 210
 MONTEIRO, Bruno Massayuki Makimoto, 209
 MORAES CRUZ, Roberto, 209
 MORAES, Márcia, 120, 140
 MOREIRA, Fabrício A., 303
 MOREJON, Camilo Freddy Mendoza, 209
 MORIN, Edgar, 236
 MOTA, Flavio Sagnori, 195
 movimentos coletivos, 17
 MOYNIHAN, Ray, 82
 MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso, 13, 51, 62, 63, 65, 82, 83, 195
 MUHL, Camila, 118
 multiplicidade, 90, 93, 95, 96, 97
 multiplicidades, 17, 32, 36, 38, 95
 MUNFKL, Jimmie Lou, 82
 MUNIZ, Cristiano Alberto, 274
 MUSTO, Clara, 302

N

NASCIMENTO, Francisney Pinto, 301
 necropolítica, 202
 NEGRI, Antonio, 194
 neofascismo, 6, 21, 196, 202, 203, 205, 206, 207, 208
 neoliberalismo, 6, 21, 196, 203, 204, 205, 207, 208, 209
 NIETZSCHE, Friedrich, 209
 NOAL-GAI, Daniele, 98, 99, 277
 normalização, 11, 16, 54, 129, 183, 199, 212, 315
 Normalização, 10, 16
 NORMALIZAÇÃO, 5, 25
 Normocentrismo, 5, 17, 39, 43

O

oficina, 20, 22, 121, 125, 126, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 165, 227, 229, 230, 233, 234, 235
 Oficina da Palavra, 123, 125, 126, 138
 oficina O Uso das Palavras, 233, 234
 oficiar, 125, 126, 128, 130, 134, 137, 138
 OLFSON, Mark, 82
 OLIVEIRA, Anié Coutinho, 63

OLIVEIRA, Douglas Casarotto, 119
 OLIVEIRA, Eliana, 258
 OLIVEIRA, Nadja Simone Menezes Nery, 209
 OLIVER, Michael, 51
 ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa, 119, 120, 140, 169, 225
 ORDINE, Nuccio, 182

P

paixão de aprender, 261, 269, 270
 Paixão de aprender, 262
 PALOMBINI, Analice de Lima, 37, 119, 120, 139, 140, 168, 169, 225, 276
 PAMPLONA, Fabricio A., 302
 PARMEGGIANI, Roberto, 38
 PARNET, Claire, 225
 PASINI, Vera Lúcia, 119
 PASSOS, Eduardo, 38, 119, 120, 139, 140, 169, 224, 225
 patologização, 5, 6, 10, 12, 16, 18, 21, 22, 30, 37, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 76, 81, 168, 183, 187, 189, 192, 193, 195, 213, 214, 216, 258
 PATOLOGIZAÇÃO, 5
 PATOLOGIZAÇÃO, 5
 pedagogia “do chão”, 22
 pedagogia cultural, 287
 pedagogia da cannabis, 24, 278, 285, 291, 300
 pedagogia do ver, 230, 232
 Pedagogia do Ver, 232
 PEDAGOGIA DO VER/CHÃO, 7, 22, 227, 234
 pedagogias do corpo e da saúde, 16
 PEGORETE, Thayla Ribeiro, 193
 PEIXOTO, Aromilda Grassotti, 277
 PELBALRT, Peter Pál, 120
 percursos patologizantes, 18
 PEREIRA, Marcelo de Andrade, 226
 PEREIRA, Rita Maria Ribes, 226
 PESCA, Andrea Duarte, 209
 pesquisa-intervenção, 20, 103, 121, 123, 125, 127, 130, 140, 160, 218
 PETIT, Michèle, 140
 PEYRAUBE, Raquel, 302
 PFEIFFER, David, 51
 PFEIFFER, Luci, 83
 PIGNARE, Philippe, 302
 PINHEIRO, Ricardo Lana, 181
 PISTÓIA, Lenise Henz Caçula, 64
 PIZZI, Laura Cristina Vieira, 194
 PLAISANCE, Eric, 51
 POLICARPO, Frederico, 302
 PORTAS DE SAÍDA, 6, 20, 142, 145, 148
 potência, 12, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 85, 88, 89, 90, 138, 152, 160, 165, 167, 172, 174, 177, 178, 200, 205, 207, 208, 211, 223, 229, 232, 269, 274
 práticas pedagógicas, 15, 17, 49, 95, 233, 234, 235
 prazer, 6, 21, 171, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 228, 273

precarização, 21, 24, 171, 174, 184, 185, 306
 presença, 6, 12, 16, 21, 97, 135, 151, 163, 196, 200, 201, 205, 206, 207, 208, 220, 222, 234, 242, 261, 265, 267, 270, 271, 276, 312
 Presença, 200
 pré-vestibular, 7, 23, 238, 240, 242, 243, 251, 252, 254
 processos de inclusão, 16, 17, 121
 produção diagnóstica, 11, 18, 59, 61, 63
 proibicionismo, 290
 Projeto de Retirada, 151
 Projeto Terapêutico Singular, 111, 114, 153
 proscritas, 281
 psicofármacos, 6, 19, 20, 55, 102, 108, 118, 122, 127, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 157, 248

R

RABINOW, Paul, 302
 RACHMAN, Vivian Carla Bohm, 276
 racionalidade médica, 18, 88
 RACIONALIDADES MÉDICAS, 5, 84
 RAMOS, Arthur, 313
 rede, 17, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 44, 94, 96, 101, 102, 103, 104, 112, 116, 121, 123, 127, 133, 138, 139, 146, 148, 151, 156, 158, 159, 160, 161, 164, 193, 214, 228, 230, 234, 264, 306, 307, 310, 311, 313
 Rede de Atenção Psicossocial, 106
 redes de significação, 297
 redução das paixões alegres, 171
 redução de danos, 108, 110, 115, 116, 117, 118, 120, 149, 154
 Reforma Psiquiátrica, 19, 101, 108, 121, 122, 123, 124, 139, 152, 158, 159, 213, 214, 215
 REMOR, Karina Valerim Teixeira, 195
 RENAULT, Letícia Maria, 140
 ressingularização, 22
 REZENDE, Kellen Santos, 301
 RIBEIRO, Mariilda Pierro de Oliveira, 276
 RIBEIRO, Tiago Magalhães, 302
 RICHARD, Pierrette, 153
 RIGONI, Rafaela de Quadros, 120
 RIZZINI, Irene, 226
 ROBAINA, Gustavo, 302
 ROCHA, Ricelli Endrigo Ruppel da, 209
 RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos, 195
 RODRIGUES, Gabriel Kenzo, 182
 RODRIGUES, Renata Vilela, 194
 RODRIGUES, Sandro Eduardo, 120
 RODRIGUES, Thiago Moreira de Souza, 302
 ROGERS, Carl, 236
 ROLNIK, Suely, 99, 182
 ROMBALDI, Júlia Arnhold, 119
 ROSA, Suévia de Siqueira Rodrigues Fleury, 301
 ROSE, Nikolas, 302, 303
 RUIZ, Emilio, 83

S

SAAD, Luísa Gonçalves, 303
 SADE, Christian, 169
 SAITO, Viviane M, 303
 SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann, 119
 SALLES, Mariana Moraes, 141
 SANDRONI, Giuseppina Antonia, 277
 SANT'ANNA, Vera Lucia Lins, 277
 SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos, 119, 169
 SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos, 303
 SANTOS, Maria de Fátima, 38
 SARAIVA, Ilyushin Zaak, 209
 saúde mental, 6, 16, 19, 22, 55, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 110, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 127, 128, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 150, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 164, 168, 169, 171, 178, 196, 197, 199, 202, 203, 208, 209, 212, 213, 214, 223, 224, 231, 234, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 248, 252, 253, 254, 255, 256
 SCHAEPPPI, Paula Brum, 140
 SCHOLE, Robert, 236
 SCHWARTZ, Lisa, 83
 SELVATICI, Adrielly, 141
 ser criança, 165, 216
 SERPA JUNIOR, Octavio Domont, 140, 169
 SETTI, Caroline, 181
 SHAKESPEARE, Tom, 51
 SILVA, Carla Maciel da, 63, 64
 SILVA, Elton Gomes da, 301
 SILVA, Ermínia, 38
 SILVA, Márcia Regina da, 277
 SILVA, Marina Floriano da, 195
 SILVA, Tomaz Tadeu da, 303
 SILVEIRA, Marília, 120
 SIMÕES, José Assis, 303
 SINGH, Iliana, 38
 singularidade, 34, 81, 153, 211, 213, 218
 singularidades, 32, 47, 53, 54, 55, 56, 58, 62, 90, 160, 173
 SOALHEIRO, Nina Isabel, 195
 SOARES FILHO, Márcio, 195
 SOARES, A., 301
 SOARES, José Guilherme Neves, 140
 sofrimento docente, 6, 21, 183, 187
 sofrimento no trabalho, 174
 sofrimento psíquico, 22, 23, 145, 147, 150, 197, 215
 sonhos, utopias, devaneios, 18, 81
 SOUZA, Beatriz de Paula, 258
 SOUZA, Elenice Morais de, 277
 SOUZA, Guilherme Maltez, 303
 SOUZA, Jorge Emanuel Luz de, 303
 SOUZA, José Carlos, 209
 SOUZA, Kátia Reis, 195
 SOUZA, Marilene Proença Rabello de, 64

SOUZA, Tadeu de Paula, 120
 SPERONI, Katiane Sefrin, 181
 SPINOZA, Baruch, 182, 209
 STEFANELLO, Sabrina, 119, 169
 substâncias psicoativas, 18, 75, 78, 81
 SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva, 120
 SUTTANA, Renato, 236
 SZASZ, Thomaz, 83

T

TAVARES, Gilead Marchezi, 226
 TAYLOR, David, 155
 TEIXEIRA, Liliâne Reis, 195
 TEIXEIRA, N. A., 301
 territórios de escuta, 22, 210
 Territórios de escuta, 16
 TERRITÓRIOS DE ESCUTA, 6, 170
 TESSER, Charles Dalcanale, 99
 TIMBERLAKE, Maria, 52
 TOLEDO, Liliâne de Paula, 259
 TORCATO, Carlos Eduardo Martins, 303
 trabalho docente, 21, 91, 184, 185, 187, 193, 194, 195, 198, 209, 260
 TRIGUEIRO, Emília Suitberta de Oliveira, 259

U

ULLRICH, Wladimir, 52
 UNTOIGLICH, Gisela, 226

V

VALLE, Jan W., 52
 VAN OS, Jim, 154
 VARELA, Francisco, 236
 VARGAS, Eduardo Viana, 155, 304
 VASCONCELLOS, Maria José Esteves de, 64
 VASQUES, Carla Karnoppi, 51
 VEHMAS, Simo, 51
 VERÍSSIMO, Marcos, 302
 vestibulandos, 23, 238, 239, 240, 241, 250, 253, 254, 255, 256, 257
 VIEIRA, Athos, 304
 VIEIRA, Jarbas Santos, 194
 VILELA, Renata, 194
 VYGOTSKY, Lev Semionovitch, 236

W

WALSH, B. Timothy, 82
 WELCH, Gilbert, 83
 WERNER, Sheyla, 169
 WHITAKER, Dulce Consuelo Andreatta, 259
 WHITAKER, Robert, 120, 155
 WINNICOTT, Donald Woods, 259, 313
 WOLOSHIN, Steven, 83
 WOTJAK, Carsten T., 303
 ZUARDI, Antonio W., 304



e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha “e-livro, e-livre”, de financiamento colaborativo. Acesse a página e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e de todas.

Acesse nossos links:

- >> Biblioteca Digital da Editora Rede Unida
- >> Campanha “e-livro, e-livre” de sustentabilidade das publicações abertas

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora.

Ajude a divulgar essa ideia!

FÁRMACOS, REMÉDIOS, MEDICAMENTOS: O QUE A EDUCAÇÃO TEM COM ISSO?



CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Cláudia Rodrigues de (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. (Coleção Vivências em Educação na Saúde). E-Book (PDF; 4,36 Mb). ISBN 978-65-87180-29-8.

A medicalização da vida define formas de subjetivação e cria modos de vida e de existência humana na contemporaneidade. A medicalização reporta à apropriação da vida pela racionalidade científica ou por uma determinada racionalidade científica que produz processos de patologização a partir de uma compreensão biologizante dos fenômenos existenciais. No movimento de transformação das condições de vida em sintomas, vivemos um adoecimento individual e coletivo e, principalmente, um apagamento das múltiplas nuances de existir e de ser humano.

Fabiane Romano de Souza Bridi (Prefácio)

Tornamo-nos pessoas que sentem que, se algo vai mal, há de haver uma doença localizada em um certo corpo e uma cura assentada em saberes desenvolvidos em campos científicos. A equação corpo-doença-medicação saiu do estatuto de uma possibilidade e tornou-se uma forma geral em que muitos fenômenos devem se encaixar. A força dessa equação opera uma lógica reducionista presente nas práticas do campo da saúde, da educação e da assistência social. Rompê-la foi tarefa deste livro que, ao ampliar a análise sobre a construção das situações problemáticas (...), amplia, também, as formas de enfrentamento.

Adriana Marcondes Machado (Posfácio)

editora



redeunida