



# **DESVER O MUNDO, PERTURBAR OS SENTIDOS**

**CAMINHOS NA LUTA PELA  
DESMEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

**ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA  
LYGIA DE SOUSA VIÉGAS  
HÉLIO DA SILVA MESSEDER NETO**

Organizadores



EDUFBA

**DESVER  
O MUNDO,  
PERTURBAR  
OS SENTIDOS**

CAMINHOS NA LUTA PELA  
DESMEDICALIZAÇÃO DA VIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor  
João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor  
Paulo Cesar Miguez de Oliveira



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora  
Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes  
Angelo Szaniecki Perret Serpa  
Caiuby Alves da Costa  
Charbel Niño El-Hani  
Cleise Furtado Mendes  
Evelina de Carvalho Sá Hoisel  
Maria do Carmo Soares de Freitas  
Maria Vidal de Negreiros Camargo

patrocínio:



Educação, Pobreza e  
Desigualdade Social

ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA  
LYGIA DE SOUSA VIÉGAS  
HÉLIO DA SILVA MESSEDER NETO

Organizadores

# **DESVER O MUNDO, PERTURBAR OS SENTIDOS**

CAMINHOS NA LUTA PELA  
DESMEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Salvador  
Edufba  
2021

2021, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.  
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,  
em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial

*Susane Santos Barros*

Capa e projeto gráfico

*Rodrigo Oyarzábal Schlabitz*

Coordenação gráfica

*Edson Nascimento Sales*

Revisão e Normalização

*Tiknet Edições LTDA.*

Coordenação de produção

*Gabriela Nascimento*

Imagem da capa

*Eder Muniz*

Sistema Universitário de Bibliotecas – SIBI/UFBA

---

D478 Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida / Organizadores, Elaine Cristina de Oliveira, Lygia de Sousa Viégas, Hélio da Silva Messeder Neto; autores, Adriana Marcondes Machado... [et al]. ; tradutora, Sabrina Gasparetti Braga. - Salvador: EDUFBA, 2021. 353 p.

ISBN: 978-65-5630-241-6

1. Medicalização. 2. Psicologia educacional. 3. Psicofarmacologia - Aspectos sociais. 4. Saúde mental. I. Oliveira, Elaine Cristina de. II. Viégas, Lygia de Sousa. III. Messeder Neto, Hélio da Silva. IV. Machado, Adriana Marcondes. V. Braga, Sabrina Gasparetti. VI. Título: caminhos na luta pela desmedicalização da vida.

CDU: 615.2:304.9

---

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina

40170-115 – Salvador – Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164

[www.edufba.ufba.br](http://www.edufba.ufba.br) / [edufba@ufba.br](mailto:edufba@ufba.br)

# SUMÁRIO

9 **Prefácio**

*Aline Lima da Silveira Lage e Lucia Masini*

11 **Apresentação**

*Elaine Cristina de Oliveira, Lygia de Sousa Viégas e Hélio Messeder Neto*

PARTE I: **DESVER O MUNDO:**  
ABORDAGENS CRÍTICAS DA INFÂNCIA

25 **Abordagens críticas da infância: o olhar da educação**

*Alan Goussot (In memorian)*

35 **E se, em vez de menores falássemos de crianças?**  
(com Pierre Bourdieu por inspiração)

*Rosa Nunes*

45 **A teoria histórico-cultural, a ciência e a  
medicalização na educação**

*Zoia Prestes*

53 **O conceito de doença e a reconfiguração dos  
transtornos mentais na infância**

*Sandra Caponi*

79 **Normalidade e patologia nas classificações  
psiquiátricas: dos transtornos mentais infantojuvenis  
à Síndrome da Criança Normal**

*Rossano Cabral Lima*

PARTE II: **PERTURBAR OS SENTIDOS:**  
ROMPENDO PRÁTICAS MEDICALIZANTES

103 **O ato de escrever e de ver-se em cena como forças de ruptura em práticas hegemônicas**

*Adriana Marcondes Machado*

117 **(Re)significação de discursos medicalizantes na clínica fonoaudiológica voltada à linguagem escrita: o enfrentamento das contradições, a ampliação da consciência e o posicionamento responsivo pelo sujeito aprendiz**

*Ana Paula Berberian, Kyrlian Bartira Bortolozzi e Sammia Klann Vieira*

137 **Medicalização e humilhação social**

*José Moura Gonçalves Filho*

161 **Medicalização e racismo**

*Kwame Yonatan Poli dos Santos*

185 **Transmasculinidades e saúde: do processo transexualizador a um pouco além**

*Leonardo Peçanha e Guilherme Silva de Almeida*

PARTE III: **DESVER O MUNDO, PERTURBAR OS SENTIDOS:**  
A DESMEDICALIZAÇÃO EM MOVIMENTOS (SOCIAIS)

- 197 **Movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização da vida:** linhas que se entrecruzam e fazem transver  
*Marcos Roberto Vieira Garcia*
- 207 **Propostas para um início de conversa:** medicalização, reforma psiquiátrica e redução de danos  
*Renato Santos de Souza*
- 219 **Medicalização e movimentos sociais:** onde há opressão há resistência. A participação dos farmacêuticos  
*Célia Machado Gervasio Chaves*
- 247 **O papel dos movimentos sociais na desmedicalização da vida:** uma breve fala  
*Rui Massato Harayama*
- 259 **O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento:** ampliando o debate e construindo a luta coletiva  
*Lygia de Sousa Viégas*

293 **Modernismo profundo**

*Rafael Puetter*

301 **Memórias não póstumas de um seminário na Bahia**

*Alex Frechette*

**PARTE IV: PERTURBAÇÕES DESDE O FÓRUM SOBRE  
MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE**

321 **Nota Técnica: o consumo de Ritalina, Concerta e  
Venvanse no Brasil (2007-2015)**

345 **Carta do IV Seminário Internacional “A Educação  
Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”**

347 **Sobre os autores**

# Prefácio

*Aline Lima da Silveira Lage  
Lucia Masini*

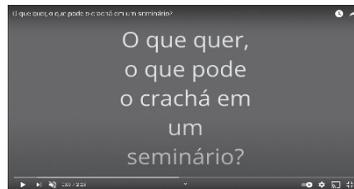
“Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida”, originalmente um seminário, organizado pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, ora se materializa em livro que fala sobretudo da vida e, talvez, seja mesmo importante falar sobre isso neste momento. Para os autores, significou rever o que pretendiam dizer e o dito cinco anos depois, para nós, significou reviver pontos por eles provocados. Rememoramos que o caminho da luta é permanente, exige “dignidade e acesso de todos aos saberes e sabores da vida” para expor as exclusões, romper o que quer nos confinar nas práticas várias de rotulação, desvelando dominações, resistindo e enfrentando a lógica individualizante. Lutar, que é também “ver-nos em cena”, desver em nós mesmos o que nos faz aderir e/ou reforçar tais forças e práticas.

Estamos ainda no curso de uma pandemia de proporções assustadoramente cruéis, porque orquestrada por um governo cuja política é regida por crimes contra a humanidade. Como falar de vida em meio a uma quantidade de mortes diárias que somam mais de meio milhão de brasileiros com suas vidas inevitavelmente interrompidas? Sabe-se que o luto pela morte de uma pessoa ressoa, em média, em outras quinze. Somos, neste momento da história, uma população de mais de oito milhões de enlutados. Falar de vida nesse contexto é sobretudo falar de resistência. Nada mais urgente e propício que desver (este) mundo e perturbar (estes) seus sentidos.

Vida é diversidade, tensionada pela constância e variabilidade. Para que a vida seja durável, é preciso que se busque o novo que existe apenas se validamos o que é diverso, no entanto, dentro da lógica capitalista em que vivemos, a cultura da eficiência não combina com diversidade. No paradigma da eficiência, o que se busca é a uniformidade e, para tanto, trabalha-se com

um número diminuto de possibilidades. Para qualquer esfera da vida atual que olhemos, o exemplo da eficiência está naquilo que é uniforme: no agro-negócio, quilômetros de florestas queimadas para dar lugar ao pasto ou à monocultura, o que resulta na drástica redução da biodiversidade; nas redes sociais, a criação de conteúdo está condicionada aos algoritmos que buscam a repetição para dar/ganhar visibilidade. Aquele que cria fora do formato não tem sua publicação considerada relevante e não atinge o público almejado. Na educação, a eficiência da alfabetização, por exemplo, está em atingir um maior número de estudantes no nível alfabético em menos tempo. Essa eficiência em alfabetizar mais rápido resulta em jogar a diversidade dos modos e ritmos de aprender para a vala dos diagnósticos de transtornos.

A vida escapa à uniformização. Ela é cheia de variabilidades, com ensaios nem sempre eficientes. Vida é encontro em que se emergem novas ideias. Vida depende de intimidade, de relações fortes, relações fracas, harmonia com as incertezas e olhar aberto a possibilidades. Não de se fazer mais do mesmo, mas de se desver o mundo: é preciso fazer uma aposta naquilo que não existe. Os textos ditos e escritos em tantas diferentes línguas manifestam ainda hoje um desver que não agita apenas a negação, mas provoca olhar para diversos ângulos na “dimensão ética do cuidado”. Os autores exercitam a arte de anunciar a luta e repartir suas ferramentas. A sensação é que o microfone continua aberto para todes nós; a caneta está entregue a nós. Nessa perturbação, os autores, e, podemos dizer, também aqueles participantes, estão articulados e nos convocam. Montemos nosso crachá, entremos na roda e entreguemo-nos!



<https://youtu.be/yx4qjXcHy3s>

# Apresentação

*Elaine Cristina de Oliveira*

*Lygia de Sousa Viégas*

*Hélio Messeder Neto*

O debate em torno dos processos de medicalização da vida tem tomado corpo no Brasil, sobretudo a partir de 2010, sendo considerado marco fundamental a realização dos Seminários Internacionais a Educação Medicalizada. Basta lembrar que na primeira edição do evento, em novembro de 2010, foi fundado o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, movimento social que articula pessoas, entidades, instituições e coletivos a fim de promover o debate e o enfrentamento de tal fenômeno. Desde então, o fórum vem se organizando de forma sistemática, tendo nos seminários importante encontro na luta pela desmedicalização da vida.

Pela qualidade dos seminários, não é de se estranhar que as palestras e mesas-redondas proferidas nos eventos do fórum sejam publicadas, não raro em forma de livro. (COLLARES, MOYSÉS, RIBEIRO, 2013; VIÉGAS, RIBEIRO, OLIVEIRA, TELES, 2014) É o caso deste livro, que reúne os principais debates produzidos no IV Seminário Internacional "A Educação Medicalizada", realizado em Salvador, de 1 a 4 de setembro de 2015.

Chamamos, de pronto, atenção para o subtítulo do evento: "Desver o mundo, perturbar os sentidos". A inspiração, encontramos no poema "Menino do Mato", de Manoel de Barros, apresentado a nós por Rosa Nunes, que também figura como autora do livro. Ressaltamos em especial a expressão "perturbar os sentidos", que pode ser compreendida de duas maneiras: as possibilidades de perturbar a compreensão que temos sobre a diversidade humana e de perturbar os caminhos que trilhamos diante dessa mesma diversidade, agora compreendida de outra forma. Convergente com essa intenção, foi objetivo do evento não apenas traçar críticas à medicalização da vida em seus vários aspectos, perturbação que segue sendo absolutamente

fundamental, mas também perspectivar a construção de formas de ser e estar no mundo que perturbem os olhares e práticas medicalizantes nas mais variadas áreas, produzindo novas rotas.

Aos que perguntam por que publicar as discussões de um evento que foi realizado cinco anos atrás, respondemos que elas seguem extremamente atuais. Atuais não no sentido da propaganda capitalista que insiste que, assim como o celular, as ideias precisam ser trocadas de ano em ano, mesmo que elas ainda sejam importantes para explicar o tempo em que vivemos. Essas ideias se mostram atuais, pois desvelam sentidos não cuidados ao longo de nossa história, não digeridos, e que, mesmo com outros contornos, pulsam e ainda sangram. Discussões feitas cinco anos atrás que, infelizmente de maneira programada pelo sistema, não obsolesceram, e seguem urgentes de serem debatidas, conversadas, ampliadas.

Recuperemos a memória do seminário e vamos lembrar das tantas pessoas de diversas universidades federais de todo o país com camisas e adesivos de greve, organizadas em defesa da educação pública, gratuita, de qualidade, laica e socialmente referenciada, em seus diversos níveis. De fato, à época, as universidades federais estavam há mais de 90 dias em greve, tendo como pauta a defesa do caráter público da universidade, contra os cortes no orçamento da educação pública; melhores condições de trabalho; valorização da carreira docente, sua reestruturação e salários mais justos; rejeição à contratação de professores através de organização social; e autonomia universitária.

Num contexto tão complexo, de cortes em todos os financiamentos públicos, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade ousou organizar um evento internacional de grande porte, totalmente gratuito para as pessoas participantes, mirando a efetiva democratização do debate. Reforçando o chamamento para “desver o mundo”, notamos: tão logo o site do evento foi ao ar, informando em letras garrafais sua gratuidade, inúmeras pessoas escreveram perguntando como acessar o boleto para pagar a inscrição. Tal situação desvela o quanto está naturalizada a ideia de pagar pelo acesso ao conhecimento, sobretudo em eventos com grandes nomes, nacionais e internacionais.

A decisão do fórum pela gratuidade do seminário caminha na contramão dos eventos científicos na atualidade. Em realidade, tem se tornado comum que eventos de grande porte sejam cada vez mais caros, sendo subsidiados

pelos próprios palestrantes, quando não por entidades e empresas que lucram com sua organização, como é o caso de eventos patrocinados pela indústria farmacêutica ou de alimentos (e que nada mais são do que uma “experiência” publicitária para um público específico, melhor dizendo, especializado – que não apenas consome, mas prescreve os produtos promovidos ali).

Com moedas contadas, às vésperas do IV Seminário, o Centro de Convenções da Bahia, onde ele seria realizado, foi interditado pela prefeitura por risco de desabamento. À altura, o evento já contava com mais de 2500 pessoas inscritas, vindas de todo o Brasil, sendo prevista a apresentação de mais de 200 trabalhos, tanto na modalidade acadêmica quanto na artística. Desvelava-se, de forma antecipada, a relevância do seminário como espaço de articulação de estudantes, pesquisadores, trabalhadores, artistas, militantes e outras pessoas interessadas no tema, vindas de diferentes regiões do país, além da Itália e de Portugal. O trabalho coletivo e engajado da comissão organizadora foi fundamental para que encontrássemos, na cidade, um auditório que acolhesse tanta gente, não sem implicações para o já parco orçamento. Ai, o dinheiro!

Conseguir recursos para custear o evento demandou dedicação e persistência. Sentimos concretamente o impacto do sistema capitalista sobre nossa construção coletiva. Das submissões aos poucos editais públicos abertos, algumas foram bem-sucedidas (como o Edital de Eventos da Fapesb e o Professor Visitante do CNPq), mas vivemos outras tantas reprovações, muitas vezes justificadas não pela qualidade da proposta, mas pelo corte nos recursos públicos para tal fim. Tantos desafios, ao mesmo tempo, provocaram a ampliação e consolidação de parcerias, conectadas com nossa luta por uma vida desmedicalizada. Conseguimos realizar o evento de forma gratuita!

Em seu desenho, o IV Seminário valorizou, na apresentação dos trabalhos inscritos, as rodas de conversa, buscando aproximar as pessoas de forma horizontal. A articulação e o diálogo entre os diferentes grupos, organizados nas rodas, foram elemento fundamental para a elaboração da Carta do IV Seminário, escrita ao longo do evento e lida como última atividade da programação. Vale ressaltar que tais trabalhos foram publicados nos anais do Seminário, em forma de resumo ou trabalho completo. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2016) Tais anais reúnem um conjunto de pesquisas e práticas de enorme relevância para o enfrentamento da medicalização da vida, merecendo consulta e pesquisas.

Além disso, com uma programação concentrada em horário comum, foi possível reunir todos os participantes em um mesmo auditório e atividade. Visando a

democratização do debate, ele foi transmitido *on-line*, e desde então encontra-se hospedado no canal do fórum no YouTube. Além disso, considerando a relevância dos debates ali realizados para a compreensão crítica e qualificada do tema, provocamos as pessoas palestrantes do IV Seminário a escreverem capítulos para compor um livro inspirado no evento.

Neste ponto, frisamos que este livro não é nem pretende ser um retrato fiel do que foi partilhado naquele encontro. Ao contrário, as pessoas convidadas a escrever puderam atualizar suas contribuições, considerando as mudanças históricas ocorridas nos últimos anos e o modo como tais mudanças afetam o fenômeno da medicalização e mesmo suas compreensões sobre o tema. Algumas pessoas acionaram parceiras para escrever em coautoria, outras não puderam participar. Para que os temas debatidos figurassem no livro, outras pessoas foram convidadas a compor. Com isso, reunimos um rico conjunto de escritos, que foram organizados em quatro partes, apresentadas a seguir.

A primeira parte, intitulada Desver o mundo: abordagens críticas da infância, reúne cinco capítulos com partilhas de olhares desmedicalizantes à luz da educação, da filosofia e da psiquiatria.

O capítulo “Abordagens críticas da infância: o olhar da educação” apresenta a tradução da conferência do saudoso professor e pesquisador italiano Alain Goussot (*in memoriam*), que nos deixou pouco tempo depois do seminário. Com autorização da família, sua fala foi transcrita e traduzida por Sabrina Gasparetti Braga, que vinha estabelecendo com ele importante relação de pesquisa e afeto, sobretudo no contexto de seu doutorado-sanduíche na Itália. Neste capítulo, o autor reflete sobre os conceitos de dignidade e igualdade e questiona como tornar acessível a todas as pessoas a igualdade no acesso aos saberes, ao conhecimento e à experiência social.

O capítulo intitulado “E se, em vez de menores, falássemos de crianças? (com Pierre Bourdieu por inspiração)”, de Rosa Nunes, propõe uma reflexão sobre como a busca de soluções para os desafios próprios da educação formal tem provocado deslocamentos para o campo da saúde. Assim, propostas psicologizantes e medicalizantes legitimam “cientificamente” a ausência de respostas educativas democráticas numa escola de massas, desresponsabilizando o campo da educação, bem como naturalizando e invisibilizando fenômenos de exclusão sustentados por suas políticas.

O capítulo “A teoria histórico-cultural, a ciência e a medicalização na educação”, de Zoia Prestes, partilha reflexões sobre os processos educacionais na sociedade contemporânea. À luz das contribuições da teoria histórico-cultural, com destaque para autores consagrados da psicologia russa, a autora encara o desafio de apontar possíveis rupturas com a lógica medicalizante na educação.

No capítulo “O conceito de doença e a reconfiguração dos transtornos mentais na infância”, Sandra Caponi vale-se da leitura de Berlinguer para pensar e repensar a psiquiatrização e os processos de medicalização da infância na atualidade, com especial ênfase às considerações do autor sobre a relação entre o saber psiquiátrico e o processo de saúde e doença. Dando materialidade à análise crítica, Caponi põe uma lente de aumento em um diagnóstico psiquiátrico bastante comum na infância: o transtorno de oposição desafiante (TOD).

Já no capítulo “Normalidade e patologia nas classificações psiquiátricas: dos transtornos mentais infanto-juvenis à *Síndrome da Criança Normal*”, Rossano Cabral Lima investiga as noções de normal e patológico explícita ou implicitamente presentes nas descrições de diagnósticos psiquiátricos comuns na infância, como o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o transtorno de oposição desafiante (TOD), os transtornos de ansiedade e o transtorno do espectro autístico (TEA). Assim, o autor tensiona a noção de psicopatologia na infância e adolescência, que fixa fronteiras rígidas.

A segunda parte do livro, intitulada *Perturbar os sentidos: rompendo práticas medicalizantes*, reúne cinco capítulos que propõem rupturas importantes nas atuações profissionais em diversos campos, com destaque para a saúde e a educação. Ao desvelar que os processos de medicalização são atravessados pelos marcadores de classe, raça, gênero e sexualidade, somos convidados a provocar perturbações na ordem estabelecida, em direção à desmedicalização da vida.

No capítulo “O ato de escrever e de ver-se em cena como forças de ruptura em práticas hegemônicas”, Adriana Marcondes Machado ilustra, à luz da história do Serviço de Psicologia Escolar (SePE) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, algumas rupturas desmedicalizantes realizadas na formação de profissionais da psicologia, apontando impactos na pesquisa,

ensino e extensão. Em destaque, estão as estratégias de *ver-se em cena*, nos convocando a promover deslocamentos que propiciem a capacidade de agir e construir o mundo.

No capítulo intitulado “(Re)significação de discursos medicalizantes na clínica fonoaudiológica voltada à linguagem escrita: o enfrentamento das contradições, a ampliação da consciência e o posicionamento responsivo pelo sujeito aprendiz”, as autoras Ana Paula Berberian, Kyrlian Bartira Bortolozzi e Sammia Klann Vieira buscam compreender as significações hegemônicas e contra-hegemônicas, assim como as contradições que constituem os discursos produzidos por sujeitos considerados portadores de distúrbios de leitura e escrita e por seus familiares. Fundamentadas em uma perspectiva social e histórica, as autoras defendem que tais significações oferecem elementos importantes para a construção de abordagens críticas para a fonoaudiologia clínica e educacional.

O capítulo “Medicalização e humilhação social”, de José Moura Gonçalves Filho, discute a relação entre medicalização, humilhação social e racismo a partir de duas histórias. Ciente do risco de enxergarmos os processos medicalizantes de um ponto de vista limitado e protegido de autocríticas, o autor nos invoca a olhar diversos ângulos que constituem o fenômeno, provocando deslocamentos de perspectivas indispensáveis para que o fenômeno possa ser melhor percebido.

No capítulo “Medicalização e racismo”, Kwame Yonatan Poli dos Santos traça uma genealogia dos psicofármacos que se tornaram uma alternativa (por vezes a única) para tratamentos no campo da saúde mental e seus efeitos sobre os sujeitos. Tensionando essa alternativa única, o autor desvela a medicalização do racismo. Ao mesmo tempo, aponta uma outra proposta para a clínica psicológica, recuperando a dimensão ética como elemento essencial na consolidação de outras formas de cuidado.

Fechamos a segunda parte com o capítulo “Transmasculinidades e saúde: do processo transexualizador a um pouco além”, no qual Leonardo Peçanha e Guilherme Silva ressaltam a urgência de se repensar o modelo assistencial dispensado a pessoas trans em todos os níveis de atenção do SUS, em direção a uma concepção ampliada. Ao partilharem importantes dados de uma pesquisa recente realizada com a população trans no estado do Rio de Janeiro,

os autores reforçam a necessidade de perturbar o sentido dominante nas políticas de saúde a ela voltada.

Nomeamos a terceira parte deste livro, *Desver o mundo, perturbar os sentidos: a desmedicalização em movimento(s) sociais*. Nela, reunimos, em sete capítulos, provocações que perturbam os sentidos impostos à vida, ajudando a ver a partir de perspectivas críticas e libertárias. Aqui, a diversidade de estratégias disruptivas, em constante criação, amplia os caminhos para os movimentos sociais desmedicalizantes que incluem tanto a arte quanto a produção científica, sem perder na sua essência o compromisso ético-político necessário em qualquer frente de luta.

Abre esta parte o capítulo de Marcos Roberto Vieira Garcia, “Movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização da vida: linhas que se entrecruzam e fazem transver”. O autor analisa consensos e dissensos entre os movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização, apontando alianças e intersecções existentes entre esses movimentos, bem como sinalizando possibilidades de superação de algumas divergências, à luz de outras articulações entre as pautas desses movimentos.

O capítulo “Propostas para um início de conversa: medicalização, reforma psiquiátrica e redução de danos”, de Renato Santos de Souza, fundamenta uma crítica acerca de como, no Brasil, o saber psiquiátrico de verve medicalizante serviu como instrumento de legitimação do racismo. Ao analisar a política de redução de danos ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas no país, o autor desvela o papel da racionalidade científica supostamente presente no discurso psiquiátrico, bem como no aparato jurídico, no controle social e na dominação das classes populares, em especial da população negra, tratada psiquicamente e juridicamente como perigosa.

Na sequência, o capítulo “Medicalização e movimentos sociais: onde há opressão há resistência. A participação dos farmacêuticos”, de Célia Chaves, toma como ponto de partida a opressão do mercado farmacêutico para que nos tornemos consumidores abusivos de medicamentos, reforçando a importância dos movimentos sociais de resistência. No capítulo, a autora historiciza algumas lutas travadas por farmacêuticos organizados coletivamente, dentro e fora do Brasil, nos últimos anos, ressaltando a importância da participação desse profissional no enfrentamento à medicalização da vida.

No capítulo “O papel dos movimentos sociais na desmedicalização da vida: uma breve fala”, Rui Massato Harayama desvela alguns sentidos sobre movimentos sociais construídos a partir de sua história no Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Valendo-se de linguagem poética e cortante, o autor perturba a lógica individualizante, apontando para a desnaturalização de olhares e práticas no âmbito das lutas.

O capítulo “O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento: ampliando o debate e construindo a luta coletiva”, de Lygia de Sousa Viégas, sistematiza algumas informações sobre o referido Fórum. Após apresentar um breve histórico desse movimento social, bem como as principais estratégias utilizadas para fortalecer a luta contra a medicalização da vida, a autora indica alguns impactos da atuação do Fórum que alimentam a luta.

No capítulo “Modernismo profundo”, Rafael Puetter, o Rafucko, perturba todos os sentidos ao apresentar a grande inspiração de seu trabalho como produtor de vídeos de sátira política no YouTube: os videoclipes de músicas produzidos por pessoas comuns no mesmo portal. Desvelando que só se costuma valorizar produções em vestes sagradas, o autor defende que tais videoclipes compõem um movimento acadêmico, denominado por ele de *modernismo profundo*. Assim, caracteriza tal movimento revelando o quanto tal produção resulta de rupturas com estruturas fortemente enraizadas na sociedade atual, cujos efeitos descentralizadores coadunam com a luta por uma vida desmedicalizada.

Encerrando a terceira parte do livro, Alex Frechette, no capítulo “Memórias não póstumas de um seminário na Bahia”, realiza um traçado histórico de como sua arte sensível e, ao mesmo tempo, repleta de denúncias encontra o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e soma para que possamos “desver o mundo e perturbar os sentidos”.

Finalizando o livro, temos uma quarta parte, intitulada Perturbações desde o Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, na qual são partilhados dois documentos importantes produzidos pelo Fórum, já publicados *on-line* e amplamente referidos em diversas publicações voltadas para o tema.

O primeiro é a “Nota Técnica – O consumo de Ritalina, Concerta e Ven-vanse no Brasil (2007-2015)”, a qual foi lançada pouco antes do IV Seminário. Em tal nota, o Fórum apresenta dados fundamentais sobre o consumo

de clonazepam e cloridrato de metilfenidato no Brasil, disponibilizados pela Anvisa, em abril de 2015, após forte pressão do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. A análise aponta que a dispensação destes psicofármacos controlados é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

O segundo documento é a “Carta do IV Seminário Internacional ‘A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos’”, citada anteriormente. Tal Carta sintetiza os debates realizados durante o evento, sinalizando uma melhor delimitação do conceito de medicalização proposto pelo Fórum, bem como rupturas e possibilidades de novas trilhas, apontando, desde já, a importância de especial atenção aos marcadores de raça, classe, gênero e sexualidade como horizonte fundamental no debate sobre medicalização.

Seguimos apostando que os textos, agora reunidos neste livro, trarão uma significativa contribuição para o enfrentamento dos processos de medicalização da vida, sendo alimento teórico-prático na construção de um horizonte em que sejam possíveis vidas desmedicalizadas. Que o livro possa nos ajudar a *desver o mundo e perturbar os sentidos*.

Assim, convidamos todas as pessoas à leitura! Antes, e para finalizar esta apresentação, partilhamos o poema que inspirou o IV Seminário e ainda inspira nossas lutas: “O menino do mato”, de Manoel de Barros.

Eu queria usar palavras de ave para escrever.

Onde a gente morava era um lugar imensamente e sem nomeação.

Ali a gente brincava de brincar com palavras

tipo assim: Hoje eu vi uma formiga ajoelhada na pedra!

A Mãe que ouvira a brincadeira falou:

Já vem você com suas visões!

Porque formigas nem têm joelhos ajoelháveis

e nem há pedras de sacristias por aqui.

Isso é traquinagem da sua imaginação.

O menino tinha no olhar um silêncio de chão

e na sua voz uma candura de Fontes.

O Pai achava que a gente queria desver o mundo

para encontrar nas palavras novas coisas de ver  
assim: eu via a manhã pousada sobre as margens do  
rio do mesmo modo que uma garça aberta na solidão  
de uma pedra.

Eram novidades que os meninos criavam com as suas palavras.

Assim Bernardo emendou nova criação: Eu hoje vi  
um sapo com olhar de árvore.

Então era preciso desver o mundo para sair daquele  
lugar imensamente e sem lado.

A gente queria encontrar imagens de aves abençoadas  
pela inocência.

O que a gente aprendia naquele lugar era só ignorâncias  
para a gente bem entender a voz das águas e dos caracóis.

A gente gostava das palavras quando elas perturbavam  
o sentido normal das ideias.

Porque a gente também sabia que só os absurdos  
enriquecem a poesia

Elaine Cristina de Oliveira  
Lygia de Sousa Viégas  
Hélio Messeder Neto

Salvador, Bahia, janeiro de 2021, tempos de pandemia.

## Referências

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão (org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.

*In*: SEMINÁRIO A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 4., Salvador, 2015.

*Anais* [...]. Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2016,

v. 1, n. 1. Disponível em: [http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/](http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/issue/view/2)

[educacaomedicalizada/issue/view/2](http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/issue/view/2). Acesso em: 12 jan. 2021.

VIÉGAS, Lygia de Sousa; 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.



PARTE I

**DESVER O MUNDO**

ABORDAGENS CRÍTICAS DA INFÂNCIA



# Abordagens críticas da infância: o olhar da educação

---

*Alain Goussot (In memorian)<sup>1</sup>*

*Tradução: Sabrina Gasparetti Braga*

Queiram me desculpar se não falo português, ainda que eu esteja aprendendo muito rapidamente nesses dias. É a primeira vez que eu venho ao Brasil e à cidade de Salvador. Gostaria de agradecer aos colegas, amigos e amigas do Fórum de Medicalização, que convidaram a mim e aos colegas da universidade que também colaboraram para a minha vinda.

Estou feliz de estar aqui e de descobrir o povo brasileiro e este país que para mim é o país de Jorge Amado, de Paulo Freire, que tiveram tanta importância na minha formação pessoal, e feliz de estar em um país que se liga muito ao país de onde eu venho, a Itália, e que tem algumas coisas em comum em meio às diferenças.

Uma primeira coisa em comum se relaciona ao tema do risco da medicalização e aquele da nossa humanidade comum; uma outra coisa é que fazemos

---

1 Esta palestra foi proferida pelo prof. Alain Goussot no dia 3 de setembro de 2015, na ocasião do IV Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos". No dia 26 de março de 2016, recebemos com muita tristeza a notícia de seu falecimento. Agradecemos a colaboração de Sabrina Gasparetti Braga, que foi aluna de doutorado da Universidade de São Paulo, orientada pela profa. dra. Marilene Proença Rebello de Souza e coorientada pelo prof. dr. Alain Goussot, pela tradução da palestra.

parte, do ponto de vista cultural, de uma civilização comum, que é a grande civilização latina, que é a base da cultura humanística. Eu tenho que dizer isto porque neste momento, nesta fase da globalização cultural e deste imperialismo cultural anglo-saxônico que está dominando o mundo, certamente um dos principais focos de resistência à colonização vem do mundo latino. Isso é verdade na América do Sul, mas asseguro que é verdade também na Europa, Itália, Espanha, Portugal e os gregos, com todo o drama que estão vivendo e, que neste momento, estão começando a reagir às políticas de imposição econômica, financeira e cultural desenvolvidas pelo capitalismo financeiro em nível mundial, pela aristocracia financeira.

Então, por estas razões, o discurso que eu ouvi ontem e hoje aqui no seminário me colocam muito em sintonia, pois também na Itália temos essas preocupações em relação ao aumento das desigualdades, a tendência a estigmatizar, etiquetar, catalogar os estudantes, os alunos, a população escolar, em bases que são declaradas científicas, mas que não são. São frequentemente puramente ideológicas, mas que têm uma função essencial que é aquela de construir os dispositivos de controle social e impedir que se possam expressar as subjetividades, as liberdades, e que se possam desenvolver os mecanismos de solidariedade, de encontro, de troca, de relação entre as pessoas de culturas diversas, mas também do mesmo país, da nossa classe, da nossa escola, entre os alunos provenientes de centros e horizontes diversos.

Acredito que neste momento dois conceitos fundamentais atravessam toda a discussão presente aqui no Brasil, mas também em outros lugares, inclusive a Itália. São, primeiramente, o conceito de *dignidade* e, em segundo lugar, o de *igualdade*. A luta contra as novas formas de domínio, de discriminação, continua a ser uma longa luta de resistência e luta pela dignidade humana, que é a dignidade da criança, a dignidade da sua família, a dignidade de pessoas que se encontram em situações extremamente difíceis, em condições de marginalidade, de opressão, de exploração. Então, falar de educação e falar de instrução quer dizer falar de *dignidade*.

Outro conceito fundamental do meu ponto de vista é aquele de igualdade. Vejam: as classes dominantes são muito boas em falar de liberdade, o fato é que todas as liberdades não são iguais. Por exemplo, na Itália, a liberdade de Berlusconi não é a liberdade do operário, do pedreiro, do agricultor, do desempregado. A liberdade do filho de Berlusconi não é a liberdade do morador

de rua napolitano. Então, precisamos absolutamente trazer estes conceitos, principalmente o conceito de igualdade, para o centro da discussão sobre educação, sobre o risco de medicalização, e é o que eu tentarei fazer agora.

Pensar o conceito de igualdade também nos remete à concepção que nós temos de educação e à profunda crise que vivemos no modelo educativo. Há, por exemplo, uma marginalização também em âmbito cultural e científico de disciplinas, como as disciplinas da área de humanas, especificamente da pedagogia. Não é por acaso, porque, quando falamos de pedagogia, falamos de aprendizagem, e sobretudo falamos do fazer, da práxis, da prática nas relações. Tinha um senhor que se chamava Vladimir Ilitch Ulianov Lenin, que se fez uma pergunta no seu tempo: “o que fazer?”. Tinha outro senhor que se chamava Karl Marx, que dizia que não basta interpretar o mundo, é preciso transformá-lo. Então, a ação pedagógica é uma prática que ocorre dentro de processos concretos de transformação da cotidianidade e da vida real das pessoas. A educação tem a ver com essa prática e enquanto prática nas relações, nas formações do cidadão, se torna uma teoria, isto é, um modo de conceber, de ver o mundo e as relações humanas.

Agora, entendam que isso tem implicações muito grandes, e não é por acaso que tenha havido cortes nas políticas financeiras para instrução, para formação, para pesquisa e para a universidade. Também não é por acaso, nós veremos, que as formações que são oferecidas aos professores, aos futuros professores, são formações nas quais domina essencialmente o tecnicismo, o olhar clínico, a visão classificatória e uma concepção fortemente individualista da aprendizagem dos alunos. Temos grandes educadores que representam a pedagogia como prática de transformação. Vejam os grandes educadores do passado, tais como o suíço Pestalozzi, Maria Montessori – que trabalhou no meu país e é conhecida no mundo inteiro –, Célestin Freinet – de quem vou falar depois, educador francês que, entre duas guerras, inventou o método cooperativo de educação –, John Dewey – americano dos EUA que escreveu um livro extraordinário sobre democracia e educação – e o próprio Paulo Freire, de vocês. Todos esses grandes educadores e pedagogos se perguntaram em suas experiências concretas e práticas sobre a transformação e sobre a ideia de que os alunos em situação de aprendizagem são pesquisadores em ação e que no fazer, no se expressar, esse aluno se forma, esse aluno cresce, esse aluno adquire a autoestima, confiança em si mesmo, e se emancipa.

Para esses grandes educadores, educação é acima de tudo emancipação. Então, hoje eu sustento a tese de que, na Itália, mas me parece que também no Brasil, a escola é literalmente colonizada, e aqui é necessário utilizar culturalmente o paradigma da colonização. A escola é colonizada pelo olhar e pelo paradigma diagnóstico clínico-terapêutico, e essa colonização funciona exatamente como o mecanismo da relação entre dominador e dominado.

Muitos professores vivem um complexo de inferioridade diante dos especialistas, diante dos especialistas de psicologia clínica, dos especialistas da psiquiatria, dos especialistas na didática transformada em tecnicismo. Temos essa tendência de olhar do ponto de vista diagnóstico o desenvolvimento da criança e colocar o acento sobre as pressupostas diferenças. Por exemplo, na Itália, nós temos uma grande experiência de integração das crianças com deficiências. As crianças com deficiência, com déficit, déficits sensoriais, motores, déficits intelectuais, com autismo – eu trabalho faz anos com estas situações –, essas crianças estão na escola de todos e nas classes normais, com a presença de mediações e de mediadores, por exemplo, de professores complementares especializados que colaboram com o professor da classe para favorecer a inclusão da criança com deficiência, e que permitem às outras crianças se relacionarem com outro diverso de si e de aprender, de perceber que o outro existe e de aprender alguma coisa do outro, e essa experiência italiana de integração e inclusão da criança com deficiência na escola de todos nasceu faz quase 40 anos, em 1977. Trouxe com ela uma enorme revolução cultural na concepção da deficiência, da relação entre normalidade e anormalidade, entre patologia e saúde, e no modo de responder a uma grande questão, não a de como adaptar crianças diferentes da norma a contextos ou a comportamento e condutas que consideramos normais, mas como tornar acessível a todos a igualdade de oportunidades no acesso aos saberes, ao conhecimento e à experiência social. Isto é, como garantir direito de cidadania a essas crianças, a todas as crianças, a prescindir da sua origem, da sua condição, da cor da sua pele ou da língua que fala etc. Este é um princípio fundamental do ponto de vista das práticas inclusivas de nível pedagógico. Então, a questão que hoje se coloca é que há uma forma de colonização cultural, também da parte dos professores, desse modelo clínico diagnóstico.

Obviamente este é um modelo baseado em um princípio muito preciso, que é o de observar para definir o outro, que é uma coisa diferente de

observação pedagógica, que tem em sua base o princípio de observar para compreender. Uma coisa é observar para classificar e definir, e outra coisa é classificar para compreender. Na base da possibilidade de reconhecer a diferença, há a compreensão, a capacidade de escuta, a capacidade de conhecer a criança, sua história, sua biografia.

Ontem se falava de biografia aqui no evento, de considerar a história social, cultural, familiar, a vivência do sujeito. Faço um exemplo de como pode ser a ação em um plano educativo desse modelo de observação para classificar e definir em relação ao desenvolvimento da linguagem. Eu ouvi que ontem se falava de distúrbios específicos de aprendizagem, o chamado distúrbio de leitura e escrita, e pego aquilo o que fala Maria Montessori. Maria Montessori dizia, como professora de escola elementar, que, quando chega uma criança de seis anos na classe, e essa criança frequentemente não sabe ler e escrever, não se deve partir do pressuposto de que essa criança é uma analfabeta linguística cultural, porque não é. Essa criança constrói sua fala, usa pequenas frases, e essas frases são nascidas da sua vivência, da sua história, e são muito importantes e profundas. Essa criança, quando começa a se expressar em classe, não sei se é assim no Brasil, mas na Itália existe a língua nacional e depois existem os dialetos locais, regionais e, sobretudo nas classes populares, se usa muito os dialetos. Então, quando a criança chega na primeira elementar, ela fala a língua da sua mãe, do seu pai, a professora detentora do saber pedagógico linguístico repreende a criança e diz “está errado, aqui se fala em italiano, não se fala assim, está errado gramaticalmente”, e a pergunta que o professor deve se fazer é “como esse tipo de intervenção é vivenciada pela criança?”. Porque, se eu digo para uma criança de seis anos “você fala de modo errado”, a interpretação imediata que a criança faz é que não são as frases que ela diz que são erradas, é ela que é errada. É ela que é errada e, também, sua família. Então, no nível simbólico, no processo de comunicação imediata e cotidiana, nas relações e na gestão das dinâmicas das relações, essa criança vai se sentir imediatamente discriminada. Isso provoca já nesse momento uma situação de humilhação, violência psicológica simbólica humana, porque essa criança sente dentro de si uma ferida, e é como se tivesse que carregar desde o início do seu processo de escolarização essa ferida, porque ela é errada, porque lhe disse o professor, lhe disse a professora.

Precisamos ficar muito atentos às categorias que usamos para interpretar as coisas. Como um grande filósofo francês, Albert Camus dizia “dar o nome errado às coisas contribui para a infelicidade do mundo”. No exemplo dado anteriormente, dar o nome errado ao modo de ser daquela criança contribui para a infelicidade daquela criança ou, então, se eu tenho uma criança com deficiência na classe e, de qualquer modo, continuamente, eu a trato como se fosse menos que os outros, eu faço entender a todos, por meio dos meus comportamentos, que ela vale menos que os outros. É claro que desta forma eu contribuí e contribuo para infelicidade dessa criança, para o cancelamento da dignidade dessa criança.

Um outro autor, Diderot, filósofo francês, entre outras coisas escreveu duas cartas filosóficas extraordinárias, uma que se chama “Cartas filosóficas aos surdos para o uso daqueles que ouvem” e, outra, “Cartas filosóficas sobre os cegos para o uso daqueles que veem”. Diderot era muito brilhante, muito crítico, desconstruía continuamente as categorias dominantes da sua época. As ciências naturais nascem no final dos anos 700; os fundadores das ciências naturais e da taxonomia, dos sistemas de classificação, das espécies vegetais e animais foram criados por um senhor que se chamava Buffon, em Paris; e Diderot, que brincava frequentemente com Buffon, em determinado momento diz “sim, você tem suas tabelas, suas classificações, mas uma coisa são suas tabelas, outra coisa é a natureza. A natureza é muito mais variada, muito mais complexa do que as suas tabelas”.

Ainda sobre esse tema das classificações, temos um grande escritor, linguista italiano, que ensina na Universidade de Bolonha, Umberto Eco. Esse autor escreveu um belo livro intitulado *Kant e o ornitorrinco*. Conhecem o ornitorrinco? Esse estranho animal que ainda hoje os naturalistas não conseguiram colocar em nenhuma caixinha, porque não se sabe o que é. É um pássaro? É um peixe, por que vai na água? É um mamífero, por que tem os pulmões como os de mamíferos? O que é essa coisa? É um híbrido. Então, isso é interessante, porque as classificações tendem a reduzir a complexidade, a simplificar, e o reducionismo, a simplificação, transforma sempre o outro em um objeto. Ativa um processo de coisificação, isto é, a criança que tem uma dificuldade de leitura e escrita se torna, de repente, um objeto de análise da psiquiatria quando diz “muito bem, esse tem distúrbio de aprendizagem”. Uma criança que é um pouquinho turbulenta se torna de repente uma

criança com déficit de atenção e hiperatividade; a criança que não aceita muito autoridade e, sobretudo, o autoritarismo do professor, se torna uma criança “borderline com atitude opositiva”. Portanto, esse tipo de categorização transforma automaticamente a criança em uma etiqueta, em um objeto, e não existe mais como pessoa, como pessoa com uma história, com vivências, com sentimentos, com emoções.

Isso hoje é um grande problema, porque essa etiqueta que é colocada na criança, como dizia Vigotski, é interiorizada pela criança. Vigotski fazia uma diferença fundamental entre o déficit e o “handicap”. Dizia Vigotski que uma criança com déficit, uma criança cega, uma criança surda, e até uma criança com dificuldade em nível cognitivo, não é automaticamente uma criança deficitária, isto é, não é automaticamente uma criança com “defeito”. Mas o estado de *handicap* é uma consequência social, é o produto, uma consequência da interação entre o sujeito com déficit e a dinâmica do contexto. Se eu vivo num contexto que me exclui, que me etiqueta negativamente, continuamente, eu acabo por pensar que eu sou essa etiqueta, e, como diria Vigotski, o sujeito acaba também por pensar que não pode fazer aquilo que poderia fazer.

Mas o que pedagogicamente se pode ou se deve fazer nesses casos? Aqui me refiro a uma aproximação educativa, que é aquela de um grande educador francês que eu já citei anteriormente, Célestin Freinet, que morreu em 1965. Inventor do método de aprendizagem cooperativa nos grupos, conto para vocês rapidamente esse episódio de Freinet para dar um exemplo. Freinet, no fundo, utiliza uma metodologia que parece muito com aquela de Vigotski, que é uma pedagogia de mediação, isto é, criar uma situação educativa através da mediação na qual, por exemplo, o professor não é mais um transmissor, o professor não é o detentor do poder e do controle, o professor é um facilitador da comunicação e da aprendizagem, é simplesmente um consultor do grupo.

Freinet se encontrava no sul da França, numa pequena vila do campo pobre do sul da França, com crianças que vinham de família de camponeses analfabetos. No começo da sua carreira como professor de escola primária (ensino fundamental I), fez como fazem ainda todos os professores, tentando ensinar essas crianças a ler, a escrever, a fazer as contas. Percebeu, a certa altura, que a metade da classe não vinha mais às aulas, não frequentava mais a escola, além disso, havia uma criança muito turbulenta no grupo. Hoje se fala

muito de *bullying*, e essa criança seria taxada como aquela que faz *bullying*, incomodava os outros e era um pouco agressiva. Freinet, um dia, vendo entrarem essas crianças em sala, chamou essa criança um pouco turbulenta e disse “ouça, vá até o inspetor e peça a ele o martelo”. O rapaz de 12, 13 anos ficou surpreso, pensando “por que ele me manda pegar um martelo?”, e ele vai ao inspetor e volta para a classe com o martelo. O professor fala para o estudante se aproximar e diz “está vendo esta cátedra? Destrua”. A criança ficou surpresa, assim como toda a sala. Ele disse “destrua!”, e o aluno disse “mas é sério?”. A criança, aquela turbulenta, começa a destruir a cátedra e depois o professor diz às outras crianças surpresas “levantem-se e o ajudem”. Assim, começam todos juntos a demolir a cátedra. Ao finalizarem, o professor Freinet abre a janela e diz “joguem-na fora pela janela”. A experiência de relação com as crianças se transformou, porque a cátedra havia sido destruída, a hierarquia havia acabado. Não havia mais o detentor do poder, havia um outro poder distribuído coletivamente. Após esse episódio, junto com seus estudantes, Freinet utilizou a mediação para a construção de uma tipografia de madeira, construída com as mãos deles, para aprenderem a ler e a escrever e, também, para imprimir os textos dos alunos.

Esse é o modelo de cooperação educativa que, penso eu, deveriam seguir os professores. No fundo, é trabalhar aquilo que Vigotski chamou de “zona de desenvolvimento proximal”, isto é, criar mediações que permitam a todas as crianças a aprenderem, porque cada uma tem algo a dar e a fazer, tem suas particularidades para expressar o próprio potencial. Finalizo com uma citação de Freinet, pois, entre outras coisas, neste momento, estou preparando na Itália um livro que será publicado sobre a pedagogia desse autor. Freinet, que era muito severo com os professores, diz: “dado que não podiam mais voar, os professores cansados tentaram cortar as asas de suas vítimas”. Os professores, cansados, cortariam as asas de seus alunos, suas vítimas. Depois complementa: “a educação deve saber que cada criança carrega em si incríveis potencialidades de vida e de ação”. A pedagogia de Freinet tem uma dimensão política; a pedagogia de aprendizagem cooperativa de Freinet não é o *cooperative learning* dos irmãos Johnson; Freinet não acredita no modelo capitalista da competitividade e da concorrência, ele é muito crítico em relação a esse modelo de sociedade, e, criticando-a, escreve “a pedagogia do

capital vê a natureza e as relações humanas com olhos deformantes do seu lucro mercantil”.

Termino com a última citação, destacando que, entre França, Itália e Brasil, existem muitas coisas em comum do lado de quem historicamente resiste diante de uma sociedade que é fundamentalmente desumanizante. Freinet escreve, na sua utopia pedagógica, em um livro intitulado *a escola do povo*:

Nós ensinaremos as crianças a serem elas mesmas, integradas no processo social, mas animadas da iminente dignidade daqueles que sabem compreender, ouvir e dirigir a atividade essencial da sua vida, a de levantar por meio do trabalho inteligente coletivo uma cultura que é exatamente o oposto da servidão contemporânea. Com um trabalho regenerado, nós, educadores populares, restituiremos ao indivíduo em meio à sociedade toda a sua virtude humana, etapa fundamental em direção à emancipação e ao progresso.

Obrigado.



# **E se, em vez de menores, falássemos de crianças? (com Pierre Bourdieu por inspiração)<sup>1</sup>**

---

*Rosa Soares Nunes*

Pretende-se, neste texto, refletir acerca do caráter exponencial do deslocamento da procura de soluções educativas, no âmbito da educação formal, para o campo das soluções psicologizantes e medicalizantes que, legitimando “cientificamente” a ausência desresponsabilizadora de respostas educativas democráticas numa escola de massas, naturaliza e deixa invisíveis fenômenos de exclusão que sobrevivem suportados por políticas educativas com uma tal aparência democrática e filantrópica, que torna esses fenômenos ainda mais intocáveis.

## **1**

Dar a todos a consciência de que a ciência não é contrária à liberdade, dar a oportunidade a todos de compreender a natureza da percepção científica, parece ser o único meio de tornar a ciência

---

1 Neste texto, recorre-se a algumas ideias-chave de conferências proferidas pela autora em eventos internacionais, no contexto da atividade do Círculo de Estudos e Intervenção na Medicalização da Educação (Ceime), tendo por objeto a medicalização da educação.

aceitável, numa sociedade repressiva, que não hesita em exercer a sua repressão em nome da ciência.<sup>2</sup>

Faz tempo que Alain Touraine advertia para que o principal slogan dos tecnocratas que hoje lideram as sociedades é: *adaptai-vos*.<sup>3</sup> A patologização dos comportamentos e a medicalização e psicologização da educação escolar é estratégica a essa adaptação incondicional. Ao longo de seu percurso histórico, a sujeição da pedagogia às ciências experimentais, facilitou e fortaleceu esta estratégia.

Ora, precisamente pelo crescimento do poder exponencial das ciências e das técnicas e da gravidade dos desafios do futuro, mais do que nunca tem-se necessidade de homens e de mulheres adaptados a nossas sociedades, mas não à custa da subversão domesticadora do desenvolvimento da criatividade e do pensamento crítico. Ao contrário, é necessário que adultos e crianças se desenvolvam num quadro de crescente autonomia, na procura de sentido de suas próprias vidas e do que com elas fazer.

Como lembra João Caraça (um cientista das “ciências duras”), é o denso mundo das emoções que nos confronta com a necessidade absoluta de se encontrar um sentido para a vida, sem o qual nos comportamos de maneira paradoxal e não funcionamos. Neste tempo da tecnociência e da internet, do mercado e do espetáculo, o que conta no fundo, tão no fundo que nem parece importante, são os afetos. São as emoções, os sentimentos, as paixões, polvilhados por uns tímidos discursos e exercícios da razão que, na realidade, conduzem o mundo. No conjunto dos significados que constituem nosso conhecimento da realidade, os ligados aos afetos são dominantes. Este aspecto é central na moderna teoria do conhecimento. (CARAÇA, 2003)

É minando a impossível objetividade das chamadas “ciências fundamentais”, e da psicologia experimental, que a pedagogia experimental encontrou uma fundamentação médica e tentou fazê-lo num impressionante esforço de analogia conceptual e do discurso correspondente. É que o poder envolvido na linguagem pericial não é aqui de pouca monta. Uma reflexão epistemológica, com a psicologia escolar por objeto, levanta de imediato a questão do poder

---

2 Shatzman, citado de cor.

3 Conferência de Alain Touraine ao Seminário sobre Multiculturalidade, realizado no Centro Internacional de Cultura em Cerisy-La-Salle, no norte da França.

que esta ciência, ou a prática desta ciência, tornou disponível. A particular ênfase que Foucault deu a esta questão, enquanto tecnologia do poder, mostra como a ciência, transmutada em terapia social e técnica, pode ser um efetivo meio de violência disciplinar.

Mas é Ivan Illich que, com particular clareza, atavia o conceito de *medicalização* dos pressupostos de natureza político-ideológica e social que o significam e o impregnam do caráter interrogador quanto aos efeitos de âmbito individual, social e ético para que ele remete. Usando o termo para se referir à crescente apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina moderna, e à sua crescente influência em capturar os diferentes campos da atividade humana, em sua obra de 1975, *Nêmesis da medicina*, Illich interroga essa influência na perda de autonomia das pessoas ao tornarem-se dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. No que a intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta, prescrição e proscricção de comportamentos, induz essa dependência. Ao descrever a produção de uma cultura medicalizada numa dimensão social e política, apesar de reconhecer o bem que a medicina pode produzir, Illich desfere uma dura crítica ao uso excessivo de medicamentos e à amplidão de suas consequências. No que diz respeito à medicalização da educação escolar, a atual situação da abrangência naturalizada e politicamente legitimada da transposição para a educação do modelo diagnóstico-tratamento e o apelo à via medicamentosa configuram e ilustram essa amplidão. Daí a inquietação ética que nos desafia a interpelar e a denunciar os efeitos dessa transposição e o caráter exponencial do deslocamento da procura de soluções educativas para o campo das soluções psicologizantes e medicalizantes.

## 2

A atração da escola pelo discurso médico e psicológico subsiste e se intensifica. Os valores que se vão introduzir são os das diferenças de competências, diferenças de velocidade nas aprendizagens, distúrbios da personalidade e da atenção, os abençoados *dis* (dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia, descartada a reflexão da dispedagogia que lhes corresponde) e a avassaladora hiperatividade.

Pondo as causas dos problemas escolares dos estudantes em seu passado recente ou ainda em sua herança genética, o iminente geneticista Axel Kahn (2009, p. 9), num rasgo metafórico, fala da necessidade de protegermos as crianças da “tirania dos genes”. As soluções catalogadoras e medicamentosas são instrumentos que, num mesmo golpe de autoafirmação, providenciam uma base “científica” para a orientação da escola, legitimando as exigências macrosistêmicas em suas tarefas de funcionalidade.

Da teoria dos dons ou a do *handicap* biológico, lentamente substituídas pela do *handicap* social e cultural, só mais tarde se responsabiliza a escola pelo insucesso e exclusão experienciados em seu seio. Apesar desta evolução histórica, assistimos ao retorno reforçado das teorias do *handicap* biológico. No caso português, isto ocorre quando, por um lado, a escola acolhe em seu espaço grupos em desvantagem econômica e social – isto é, se democratiza em seu acesso –, e, por outro, quando o sistema capitalista já não precisa de uma escola inclusiva. Produzindo um modelo de acumulação que, na situação atual, já não precisa de massas trabalhadoras qualificadas, apenas de uma pequena elite de especialistas e um setor de trabalhadores descartáveis, sem condição para negociar salários e condições de dignidade, temos o sistema educativo na prestação de apoio às novas condições de acumulação capitalista. Considerando o contexto de uma linha sociobiológica cuja emergência teórica augurou o *esplendor neoliberal* e dá consistência científica, funcional ao desenho dos contornos daquilo que Boaventura de Sousa Santos, com apreensão premonitória, tem designado de *fascismo social* – que convive, sem problemas, com regimes políticos democráticos de baixa intensidade, isto é, com sua instalação naturalizada –, poderá se inscrever este retorno nesta conjunção de fatores?

E é o espaço de interrogação mais geral sobre o lugar da ciência e da cultura nesta naturalização: 1. se é o de potenciar a condição animal de competição brutal, transfigurada em zênite das relações interpessoais e interinstitucionais, que nos aproxima do paroxismo da seleção natural, dando consistência a novas formas de darwinismo social; 2. ou se a cultura é, de sua natureza, a transcendência dessa condição, no apelo à retoma de sentido da condição humana.

### 3

O modelo diagnóstico-tratamento, transposto para a educação, não é inocente no efeito de etiqueta que se cola à pele com tanta mais pregnância quanto mais precocemente se configura em exercício preditivo. “O olhar que se oferece à criança estrutura a sua identidade subjetiva, a melodia da sua sensação de existir”. (GIAMPINO; VIDAL, 2009, p. 102), e, num exercício crítico às abordagens condutivistas, as autoras se referem aos efeitos das profecias autorrealizadas, em consequências que poderíamos aqui ilustrar largamente no terreno da nossa própria prática e reflexões. “As grelhas de comportamento, de observação, de fatores de risco, dão ideias preconcebidas, “prevenções” aos que as manipulam, a priori(s) que podem produzir efeitos de indução, de projecção que recaiam sobre a criança”. (GIAMPINO; VIDAL, 2009, p. 103), e lembram que, logo que a prevenção se posiciona contra uma ameaça anunciada (“o risco de...”), visto que ela não é uma démarche no âmbito de um projeto de futuro, cai na predição e em seus efeitos nocivos. Em referência aos numerosos estudos que os confirmam, convoca-se o próprio Comité Consultatif National d'Éthique do Estado Francês:

Uma medicina preventiva que permitisse ter a seu cargo, de maneira precoce e adaptada, as crianças que manifestem um sofrimento psíquico, não pode ser confundida com uma medicina preditiva que aprisionaria, paradoxalmente, estas crianças num destino que, para a maioria deles, não teria sido o seu se não tivessem sido despistados. O perigo é, com efeito, o de se produzir uma profecia auto-realizada, quer dizer, o de fazer acontecer o que se predisse na forma que foi predito. (AMEISEN, 2007, tradução nossa)<sup>4</sup>

Deslizando entre “indicadores de risco”, “critérios de risco”, “famílias de risco”, nas grelhas que conformam este “cuidado” antecipador depressa se derrapa para “crianças em risco”. Com diagnósticos cada vez mais precoces

---

4 “Une médecine préventive qui permettrait de prendre en charge, de manière précoce et adaptée, des enfants manifestant une souffrance psychique ne doit pas être confondue avec une médecine prédictive qui emprisonnerait, paradoxalement, ces enfants dans un destin qui, pour la plupart d'entre eux, n'aurait pas été le leur si on ne les avait pas dépistés. Le danger est en effet d'émettre une prophétie autoréalisatrice, c'est-à-dire de faire advenir ce que l'on a prédit du seul fait qu'on l'a prédit”.

a augurar a identificação premonitória de perigosa agressividade e mesmo de delinquência, a mudança de linguagem, em sua aparente inocência, descarta a responsabilidade adulta do *cuidar* para a da vigilância policiada: *em vez da criança, o menor...* cada vez mais precocemente imputável. Sob a aparência científica, uma deriva ideológica ameaça aqui com uma espécie de psico-pato-sociologia, que releva de um imprudente, mas não neutro, controle social das famílias. Só a ingenuidade de um senso comum mistificatório não convocaria aqui as relações de poder estigmatizantes, de efeitos incontornáveis no desenvolvimento e aprendizagens, que contextualizam o texto desta deriva e a dimensão de suas consequências sociopolíticas.

Em “Para uma clínica baseada en la clínica”, Carlos Rey (2012) refere que, em 2005, é o próprio presidente da Associação Americana de Psiquiatria que chega a lamentar que, como coletivo profissional, tenham permitido que o modelo bio-psico-social se tenha convertido no modelo bio-bio-bio.

No mesmo artigo, o autor cita o ensaio de Richard Bentall, “Medicalizar la mente”, no qual esclarece que,

ni con la aplicación tramposa de la estadística se consigue reducir la baja fiabilidad de los diagnósticos que tanto la Academia como los mercados nos venden como científicos. Medicalizar la mente remite tanto a la absurda aplicación del modelo médico al estudio de la mente y al tratamiento del *phatos* psíquico, como a su consecuencia, es decir, a medicar sin enfermedad. (BENTALL, 2012, p. 43)

#### 4

Daí que me ocorra a clarividente interpelação de Pierre Bourdieu aos intelectuais, sobre seu papel no *racismo da inteligência*. Para procurar contornar a complexidade do conceito que, por razões óbvias, se pretende aqui apenas aflorar, opto por seguir de perto a atualidade de a reflexão de Bourdieu em *Questions de sociologie* (1984, p. 260), trazendo ao debate o que, seletivamente, mais diretamente se lhe ajuste. Reconhecida a condição plural do racismo, o racismo da inteligência é uma forma das mais sutis, das mais difíceis de se reconhecer, por isso, é mais difícil de ser denunciada. Como esclarece o autor, o racismo de inteligência é próprio das classes dominantes, cuja reprodução

depende, por um lado, da transmissão do capital cultural, que tem como propriedade ser capital incorporado, portanto, é aparentemente natural, inato. Com isso, as classes dominantes visam produzir uma justificação da ordem social que elas dominam.

Ora esse poder repousa, em parte, sobre a posse dos títulos escolares, que são supostos ser garantias de inteligência, substituindo os antigos títulos de propriedade e de nobreza. É claro que esta forma de racismo deve também alguma da sutileza e dificuldade em ser reconhecido enquanto tal, ao reforço da censura social relativa a formas de expressão grosseiras e brutais de racismo, optando, para sua eficácia comunicacional, por formas altamente eufemizadas e, muitas vezes, sob a forma de sua contestação, tornando-se quase irreconhecível. Isto é, às novas formas de racismo convém, para sua afirmação, dizer pouco com um alto grau de eufemização, em conformidade com as normas da censura em vigor, aumentando as oportunidades passar a mensagem. O modo eufemístico, hoje, mais propagado, é, evidentemente, a cientifização aparente do discurso.

Essa eufemização ganha consistência e eficácia redobrada pelo poder que a linguagem pericial traz consigo. Bourdieu ilumina a reflexão sobre o papel da linguagem lembrando que, se o discurso científico é invocado para justificar o racismo da inteligência, não é somente porque a ciência representa a forma dominante do discurso legítimo; é também e, sobretudo, porque um poder que se crê fundado na ciência exige naturalmente uma ciência que fundamente esse poder. A ciência corre, então, o risco de ser conivente com o que se lhe exige que justifique.

Bourdieu remete para a necessidade de se tentar analisar todas as formas de legitimação de segunda ordem que vem redobrar a legitimação escolar como discriminação legítima; analisar os discursos dos detentores do poder que se sentem fundados na “inteligência” e que dominam uma sociedade fundada sobre uma discriminação com base na “inteligência”, isto é, sobre aquilo que o sistema escolar mede sob a designação de inteligência. (cf. BOURDIEU, 1984, p. 263)

Desta forma, se interpela particularmente os agentes educativos sobre a tomada de consciência de seu papel nesta forma de racismo, exercido sobre gente desprovida de predisposições socialmente construídas que o sistema educativo tacitamente exige, com efeitos numa das formas mais violentas de

silenciamento. Como referimos, é o silêncio que opera sem silenciamento: o silêncio, não de alguém que é impedido de dizer o que quer; mas de alguém que *não tem como* dizer aquilo que deveria ser dito.

A problemática dos currículos escolares ganha aqui uma enorme relevância, na urgência de uma séria reflexão sobre os vários cambiantes de currículos alternativos, oferecidos a grupos de alunos de origens sociais em múltipla desvantagem, com o argumento de que, inseridos no currículo regular, acabam por abandonar a escola. A preocupante negação do acesso a disciplinas que resgatam pensamento crítico é justificada com o desdém e perversidade argumentativa da redução/limitação a “coisas práticas, mais ao gosto destes grupos”, mas cuja bondade e conveniência os “pensadores” dos currículos não julgarão assim tão ajustadas a seus próprios filhos. É necessário interpellar o papel da psicologia escolar, ela própria (ou pelo menos os instrumentos de que se serve) produto de determinações sociais ligadas ao elitismo e seletividade próprios de classes dominantes.

A classificação escolar é uma classificação social eufemizada, portanto, naturalizada, absolutizada, uma classificação social que tem já uma censura, uma alquimia, uma transmutação tendente a transformar as diferenças de classe em diferenças de ‘inteligência’, de dom natural. Nunca as religiões fizeram tão bem. A classificação escolar é uma discriminação social legitimada, sancionada pela ciência. (BOURDIEU, 1984, p. 264)

À laia de parêntesis, costumo dizer que este é o grande sarilho em que enredei a minha vida profissional, paga a alto preço. Da história da educação escolar, sabemos da ligação da chegada ao sistema educativo dos testes de inteligência à escolarização obrigatória de alunos com os quais a escola não sabia lidar nem o que com eles fazer. Eles não estavam munidos, quer dizer, não estavam dotados por seu meio familiar de predisposições que o funcionamento do sistema pressupõe: um capital cultural e um acordo tácito a respeito das sanções escolares. Os instrumentos que medem a predisposição social exigida pela escola são feitos justamente para legitimar previamente os vereditos escolares que os legitimam.

Em tempo de submissão dos Estados às exigências de exclusão disciplinada das novas necessidades do sistema capitalista, isto é, de gestão controlada

da exclusão, os apelos da escola vão para a intervenção médica e psicológica, ao mesmo tempo em que assistimos à obrigatoriedade de testes diagnósticos, como o alfa e o ômega da caracterização dos alunos – não para, em função disso, organizar a resposta educativa ajustada, a que todos têm direito mas, quantas vezes, para justificar e legitimar sua ausência –, e comprometem os professores com sua aplicação, como se de uma medida ideologicamente neutra se tratasse.

Frequentemente com pouca condição crítica e contra-argumentativa, a tomada de consciência pelos docentes de que a formação dos professores é o lugar da mais forte concentração ideológica, e que as escolhas no domínio dessa formação, apenas secundariamente são técnicas e organizativas, mas sim escolhas políticas – essa tomada de consciência não é facilitada pelo centro do sistema.

Lembrando Marx (cito de cor), quanto mais distantes estiverem as práticas dos princípios orientadores, mais as relações entre as pessoas são mediatizadas pelas coisas. Sendo bem mais fácil denunciar o racismo elementar, “vulgar”, do que descodificar os contornos elaborados de sua competente eufemização, retoma-se o lugar da escola, e, enquanto nele, se não adere a um conceito mais vasto de ciência que retome as “causas finais” em vez das “causas eficientes”, aposto repetidamente no estilo questionante de Bourdieu e na retoma da dinâmica problematizadora, que terá sido o traço mais específico do questionamento socrático. Em sua clarividente força interpelante:

Devemos perguntarmo-nos qual é a contribuição que os intelectuais dão ao racismo da inteligência. Seria bom estudar o papel dos médicos na medicalização, quer dizer, na naturalização das diferenças sociais, dos estigmas sociais, e o papel dos psicólogos, dos psiquiatras e dos psicanalistas na produção de eufemismos que permitem designar os filhos dos sub-proletários ou dos imigrantes de tal maneira que os casos sociais se tornam casos psicológicos e as deficiências sociais deficiências mentais. (BOURDIEU, 1984, p. 267)

A escola, sendo um lugar político, é um lugar de ação pública e de formação de sujeitos, num contexto de diversidade e de conflito, que em nada colide com o discurso igualitário que é, em si mesmo, um discurso de aproximação e de reciprocidade. A reflexão retoma aqui a função de ativar a imaginação sociológica para uma agência humana que espreita em cada um de nós a oportunidade de não ser uma simples coisa da técnica, da política, da história.

## Referências

- AMEISEN, Jean-Claude *et al.* Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant : avis n°95 du Comité Consultatif National d'Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *L'Information Psychiatrique*, Paris, v. 83, n. 3, p. 235-240, 2007.
- BENTALL, Richard. Medicalizar a mente. *In*: REY, Carlos. Para una clínica basada en la clínica. *Revista del COPC*, [s. l.], n. 234, p. 39-43, 2012.
- BOURDIEU, Pierre. *Questions de sociologie*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.
- CARAÇA, João. *À procura do Portugal moderno*. Lisboa: Lisboa Ed., 2003.
- GIAMPINO, Sylviane; VIDAL, Catherine. *Nos enfants sous haute surveillance : évaluations, dépistages, médicaments...* Paris: Albin Michel, 2009.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KAHN, Axel. Préface. *In*: GIAMPINO, Sylviane; VIDAL, Catherine. *Nos enfants sous haute surveillance: évaluations, dépistages, médicaments...* Paris: Albin Michel, 2009.
- REY, Carlos. Para una clínica basada en la clínica. *Revista del COPC*, [s. l.], n. 234, p. 39-43, 2012.

# **A teoria histórico-cultural, a ciência e a medicalização na educação**

---

*Zoia Prestes*

Este texto tem como objetivo apresentar algumas reflexões que ajudem a pensar processos educacionais em que estamos envolvidos na sociedade contemporânea. Indicar rupturas possíveis com a lógica medicalizante no interior da educação, sem dúvida, é um desafio e, como estudiosa da teoria histórico-cultural, me proponho a pensar sobre as possíveis contribuições ou problematizações que a referida teoria pode trazer para o tema central desse debate. Por isso, considerando o que estamos vivenciando no campo da educação atualmente em termos de medicalização, formulei a seguinte questão: em que os estudos da teoria histórico-cultural podem nos ajudar a enfrentar esta avalanche de medicalização? Quais são as possibilidades para resistir ao que, aos olhos de uma pessoa desavisada (ou até mesmo avisada!), parece apenas uma pílula com a solução mágica?

Impossível abordar o tema proposto sem refletir a respeito da sociedade em que vivemos. Pode até parecer contraditório, porém, a sociedade brasileira está cada vez menos tolerante com a diversidade, e isso tem acontecido em tempos de discussões sobre criminalização da homofobia, descriminalização de drogas, redução de maioria penal, mobilidade social com programas voltados para pessoas pobres, estabelecimento de sistema de cotas para

“maiorias” que teimam em chamar de minorias, entre tantas outras frentes. Basta uma rápida incursão por uma rede social via internet que veremos diferentes postagens defendendo causas importantes e diversas, no entanto, a intolerância parece cada vez maior, provocando reações violentas de todos os tipos. Será que, enquanto ficamos defendendo cada um seu direito (sem dúvida, todos legítimos), não estamos soprando as brasas que podem acender as chamas de uma sociedade totalitária? Será que não podemos encontrar o que nos une, em vez de fragmentarmos nossas lutas? Será que o direito de uma pessoa pode estar acima do direito de outra? A que e a quem serve a defesa de um padrão que classifica, hierarquiza, privilegia?

Em um país tão diverso como o Brasil, ainda vivenciamos na educação a busca pelo padrão de desenvolvimento humano, que ainda está pautado no viés científico-biológico que favorece a manutenção das desigualdades sociais. Inclusive, é possível afirmar que a medicalização de crianças, jovens e adultos está fortemente ligada a este propósito, pois medicaliza-se para se ajustar ao padrão necessário para uma sociedade capitalista perversa que desumaniza. Quais poderiam ser as rupturas com esse modelo?

Um caminho seria uma mudança radical da ordem social, porém, o Brasil, na situação em que se encontra, não tem as mínimas condições para isso. Vivemos tempos muito complexos na política e na economia, tempos, inclusive, de muita intolerância nesses dois campos. Essa situação se agravou com a chegada ao poder de um governo obscurantista, liderado por pessoas ignorantes que, dia após dia, impõem perda de direitos, retrocessos, agravando as tensões no combate histórico à intolerância. Mas quem está no campo da educação não pode abrir mão até mesmo de investigar a ignorância, é preciso conhecer sua origem e função para poder combatê-la. Münsterberg, afirma:

*A pedagogia deve examinar os objetivos e as tarefas da educação, enquanto a psicologia pedagógica apenas se ocupa dos meios para realizá-los. [Diz Münsterberg:] ‘O florista ama suas tulipas e odeia as ervas daninhas. O botânico que descreve e explica, não ama nem odeia nada e, do seu ponto de vista, não pode amar nem odiar nada. Para ele, a erva daninha também é um vegetal igualmente autêntico e, portanto, tão importante quanto a mais bela flor [...]. Assim como, para o botânico, a erva daninha é tão interessante como uma flor, também para a ciência sobre o homem a estupidez humana é tão interessante quanto*

*a sabedoria humana; todo esse material deve ser analisado e explicado sem tomar partido e sem paixão. Desse ponto de vista, o procedimento mais nobre não é melhor que o delito mais vil, o mais belo sentimento não é mais valioso que uma abominável vulgaridade, a idéia mais profunda de um gênio não pode gozar de preferência diante do balbucio absurdo de um louco; tudo isso é um material neutro que só existe como um elo da cadeia dos fenômenos causais*. (apud VIGOTSKI, 2003, p. 42-43)

Como professora e educadora, acredito na força da educação, e, como todo “processo de educação é um processo psicológico” (VIGOTSKI, 2003, p. 41), a educação precisa se ocupar precisamente do desenvolvimento humano, do desenvolvimento das funções psíquicas superiores do ser humano, ou seja, das funções psíquicas culturais que emergem no processo de humanização, na convivência, no coletivo, enfim, nas relações sociais.

Quando falamos de relações sociais é comum pensarmos imediatamente na escola como o único espaço educativo em que ocorre a “socialização” das crianças. Mas sabemos que a educação não cabe apenas à escola. À escola cabe a educação escolarizada. Qual é o atual compromisso da educação escolar em nossa sociedade? Qual é o compromisso do nosso Projeto de educação com a diversidade? Como a psicologia como ciência pode e deve se inserir no campo da educação?

Recorro novamente à ideia de Lev Vigotski que, em seu livro *Psicologia pedagógica* (de 1926), diz:

[...] Assim, a psicologia não pode fornecer diretamente nenhum tipo de conclusões pedagógicas. Mas como o processo de educação é um processo psicológico, o conhecimento dos fundamentos gerais da psicologia ajuda, naturalmente, a realizar essa tarefa de forma científica. A educação significa sempre, em última instância, a mudança da conduta herdada e a inoculação de novas formas de reação. Portanto, se quisermos observar esse processo de um ponto de vista científico, teremos de compreender necessariamente as leis gerais das reações e das condições de sua formação. Assim, a relação da pedagogia com a psicologia assemelha-se à relação de outras ciências aplicadas com suas disciplinas teóricas. A psicologia começou a ser aplicada a questões práticas, ao estudo da delinquência, ao

tratamento de doenças, à atividade laboral e econômica. (VIGOTSKI, 2003, p. 41)

Lev Semionovitch Vigotski foi um pensador soviético que desenvolveu as bases da teoria histórico-cultural, junto a Aleksandr Romanovitch Luria e Aleksei Nikolaievitch Leontiev. Um dos primeiros livros que escreveu, antes de se unir aos seus dois colegas no Instituto de Psicologia em Moscou, em 1924, foi *Psicologia pedagógica* (2003), e é nele que chama a atenção para a necessidade de uma psicologia pedagógica, mas não em substituição à pedagogia e muito menos em substituição à psicologia. Apresenta uma crítica à ideia defendida por Blonski de que a psicologia pedagógica deve aproveitar da psicologia o que lhe convém (por exemplo, os estudos da memória, da atenção, da imaginação etc.) e discutir, do ponto de vista das tarefas pedagógicas apresentadas pela sociedade e de sua relação/correspondência com as leis da vida intelectual, por exemplo, questões relativas à instrução ou à alfabetização.

Vigotski aponta para três equívocos graves desse ponto de vista:

Tudo está incorreto. Em primeiro lugar, a aplicação de capítulos já concluídos da psicologia geral sempre equivalerá a esse trabalho inútil de transferir materiais e fragmentos alheios já prontos, conforme o que foi mencionado por Münsterberg. Em segundo lugar, não podemos deixar que a vida – sem a mediação de qualquer ciência – promova as exigências pedagógicas; essa é uma questão da pedagogia teórica. Finalmente, não é possível conceder um papel de especialista somente à psicologia. (VIGOTSKI, 2003, p. 42)

Na sequência, afirma:

A correlação correta entre as forças e as metas científicas será estabelecida quando a competência científica estiver distribuída entre as diferentes disciplinas pedagógicas da seguinte maneira: (1) a história dos sistemas pedagógicos; (2) a história das ideias pedagógicas; (3) a pedagogia teórica; (4) a pedagogia experimental que, de forma errônea e apressada, é identificada com a psicologia pedagógica que utiliza a experimentação; o objetivo da pedagogia experimental é a pesquisa experimental de alguns procedimentos pedagógicos, mas

de nenhum modo psicológicos; e, finalmente (5) a psicologia pedagógica, que deve existir como uma ciência particular; alguns autores falam, em vão, em ‘transformar a pedagogia em psicologia pedagógica’. Na realidade, essa noção só surgiu devido à incompreensão e à diferenciação imprecisa das tarefas de cada ciência. (VIGOTSKI, 2003, p. 42)

Nossa educação escolarizada esteve sempre em busca de transposição de modelos em vez de olhar nossa realidade e criar vias próprias de trabalho. Aqui, tivemos contribuições de pessoas do porte de Paulo Freire, Anísio Teixeira, Darcy Ribeiro, entre outros, mas seus projetos não vingaram em terras brasileiras. É necessário pensarmos nisso e perguntarmos por quê. Tampouco as ideias de Vigotski, que penetraram no campo da educação no Brasil com o processo de redemocratização no início da década de 1980, conseguiram forjar mudanças na educação brasileira. Para além dos graves problemas de intromissão nos seus textos por parte de publicações estadunidenses e da censura imposta a sua obra na União Soviética, ainda hoje, com a intenção de domesticar suas ideias, alguns sistemas de educação afirmam que a teoria histórico-cultural fundamenta seus currículos. Será que não percebem o equívoco que estão cometendo ao afirmarem isso? Ao elaborar a teoria histórico-cultural, Vigotski estava fazendo ciência, valendo-se dela para analisar e interpretar a realidade. Fundamentando-se em Marx, queria desvendar a essência dos fenômenos, o que está oculto, e não lidar apenas com o que está aparente, pois, se assim fosse, nenhuma ciência seria necessária. É preciso desvendar, estudar e investigar objetiva e experimentalmente o que está oculto, descobrir a essência dos fenômenos e dos processos; e, além de interpretar, é preciso transformar. Então, o papel da ciência não é ditar normas e regras, muito menos fundamentar currículos, mas apontar meios para se chegar onde se deseja. E o papel da psicologia na educação? Como diz Vigotski, não pode ser o de dizer que sabe o que deve ser feito, posicionando-se como hierarquicamente superior à educação, ou seja, se apresentando como um expert, um especialista no campo da educação.

A psicologia, como ciência, precisa partir do fato de que os fenômenos psíquicos são nada mais do que uma forma específica de refletir aquilo que há na realidade, no mundo, independentemente do próprio fato de refletir. Então, é importante uma base teórico-filosófica que guie nosso olhar a respeito

da experiência de cada pessoa e, principalmente, da experiência de toda a humanidade. Refletir a realidade é a principal categoria filosófica para o conhecimento humano não é uma reflexão especular, mas própria do desenvolvimento da vida. A psicologia se ocupa de processos vitais, de fenômenos psíquicos que existem apenas nos processos da vida. Nesse processo de vida, o homem, por meio da atividade, desenvolve a consciência, que emerge ao refletir a existência social na sua relação com a natureza (em que o outro humano também se faz presente), submetendo a si e transformando a realidade de acordo com suas necessidades; ou seja, o homem cria, exerce sua liberdade e dá origem a novas formas de existência, para o bem e para o mal.

O que isso tem a ver com o processo de medicalização em curso? É que estamos educando cada vez mais valendo-nos da ciência para atender a um certo padrão de formação de seres humanos: obedientes às demandas de um sistema que pretende a manutenção e o aprofundamento das desigualdades sociais. A educação medicalizada está, sem dúvida, a serviço desse projeto de ajustamento, “a pílula mágica” se apoia na ciência para ditar normas e regras, para atender a um currículo, ou seja, a ciência está na liderança, enquanto a educação é que deveria ditar tarefas.

Vale lembrar que qualquer ciência pode ser colocada a serviço de um projeto, podemos nos apoiar nela para educar um homem livre ou um escravo, um homem honesto ou corrupto e, ao longo dos tempos, como afirma Vigotski, a ciência já nos deu exemplos brilhantes de como pode ser útil, na mesma medida, para construir e para destruir. A química e a física, por exemplo, já serviram à guerra e à paz. A psicologia também deu sua parcela de contribuição para alimentar um regime que assassinou milhões de pessoas.

Sobre a criação de uma nova psicologia em um curto espaço de tempo, transcorrido desde o estabelecimento do regime fascista, não há o que discutir. O fascismo começou a penetrar na psicologia por outro caminho. Ele reconstruiu as fileiras da psicologia alemã, pondo em primeiro plano o que há nela de mais reacionário. Porém, isso não foi o suficiente. Era necessário, como já foi observado, em curtíssimo tempo, organizar um sistema de psicologia que atendesse a toda ideologia do fascismo. (VIGOTSKI et al., 1934, p. 18)

A psicologia tem servido à educação para ajustar, via medicalização, o comportamento que deveria ser transformado por meio de ações pedagógicas intencionais; tem servido à negação da diversidade do desenvolvimento humano, negando as diversas formas de existir, de refletir, de experienciar, de criar, substituindo os nomes próprios daqueles que não correspondem ao “padrão” esperado pela denominação convencionada de uma síndrome ou especificidade do desenvolvimento. Com isso, nega-se a diversidade da vida humana, desconsidera-se o fator “cultura” e padroniza-se para apenas reproduzir o que interessa ao sistema.

A psicologia deve estudar o comportamento do homem social e as leis que regem as transformações desse comportamento. Este comportamento não está determinado biologicamente e transcorre no meio social, na relação de convivência. Nenhum fato por si só é capaz de nos levar a qualquer que seja conclusão precisamente científica em relação à educação; nenhuma norma pode se apoiar em fatos, nos dar garantias de realização de um ideal. Por isso, precisamos estudar o desenvolvimento humano. Nesse estudo, o diagnóstico e seu papel na educação têm um papel importante.

Se vamos nos valer dele para afirmar o preconceito, rotular, hierarquizar e medir o desenvolvimento humano, se for para educar para reproduzir apenas, sem criar, então, a medicalização realmente pode ser o caminho. Neste caso, todo poder é da ciência. Basta, realmente, transpor o que ela dita para a realidade que se apresenta.

Mas, se vamos nos valer do diagnóstico para compreender as diferentes formas de desenvolvimento humano, criarmos possibilidades para formar pessoas autenticamente reflexivas e críticas, ou seja, para o autodesenvolvimento, a ciência deve servir de apoio nos nossos caminhos e escolhas. Nesse caso, o desenvolvimento humano não pode estar no campo do previsível e do controlável. Quem pensa que sim, aniquila o outro com seu olhar determinista, baseando-se, sem dúvida, numa visão biologizante. Por isso, para estas pessoas, as tarefas que são de cunho social, cultural e histórico, ou seja, do campo pedagógico, podem ser magicamente resolvidas via medicalização, abrindo mão das responsabilidades pedagógicas para lançar mão de soluções que apresentem “resultados” rápidos e atendam às demandas de um sistema preocupado em quantificar tudo.

Podemos afirmar sem medo que a escola hoje medicaliza para sobreviver. Vale-se dos diagnósticos para lavar as mãos de suas responsabilidades educativas, tratando desenvolvimento humano como passível de medição, tratando conhecimento como fim e não com meio para o desenvolvimento e o autodesenvolvimento. Essa visão de educação está ganhando a quebra de braço, assim como o controle social do que se ensina e do que se aprende; se não, o que vem a ser a Base Nacional Curricular Comum?

Resistir a esses movimentos hoje é uma tarefa de maior importância para que haja um rompimento com a lógica perversa de medicalização da educação, e a teoria histórico-cultural pode, sem dúvida, colaborar com essa tarefa.

## Referências

VIGOTSKI, Lev Semionovitch *et al.* *Fachizm v psiconevrologuii*. Moskva-Leningrad: Gosudarstvennois izdatelstvo biologuitcheskoi i meditsinskoi literaturi, 1934.

VIGOTSKI, L. S. *Psicologia pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

# O conceito de doença e a reconfiguração dos transtornos mentais na infância

---

*Sandra Caponi*

## **Psiquiatria biológica e poder**

Um dos autores que de modo mais claro e preciso se debruçaram sobre o conceito de saúde, problematizando seu alcance e suas dificuldades, sem dúvida foi Giovanni Berlinguer. (GARRAFA, 2008) Neste capítulo, pretendo abordar a pertinência e a atualidade do pensamento de Berlinguer para pensar e repensar nosso presente, particularmente para pensar os atuais processos de medicalização da infância. Perante a inumerável quantidade de livros desse autor e as variadas temáticas por ele abordadas, proponho aqui centrar-me nas considerações que ele teceu em relação ao saber psiquiátrico e ao processo de saúde e doença. Esse será o marco a partir do qual proponho analisar um diagnóstico psiquiátrico específico referido à infância: o transtorno de oposição e desafio.

Entre os muitos textos escritos por Berlinguer, proponho revisitar, particularmente, dois de seus clássicos livros. Refiro-me aos textos “Psiquiatria e poder”, publicado em 1969, e “A doença”, publicado em 1984. Em relação ao primeiro texto, gostaria de destacar uma frase de Berlinguer que resume a

perspectiva bioética, epistemológica e crítica que adota, já no ano 1969, em relação a esse saber psiquiátrico que está centrado numa abordagem biologicista e numa terapêutica manicomial. Ele afirma que: “A psiquiatria vive num mundo de onipotência artificiosa que pode ser fonte de enormes poderes, pois essa rede de controle terá pronto nas suas mãos o domínio dos fatos sociais”. (BERLINGUER, 1969, p. 35)

Lendo essa frase, pode ficar mais claro a que me refiro quando falo da atualidade do pensamento de Berlinguer. Até poderíamos dizer que se trata de um enunciado premonitório que, em 1969, anuncia os graves problemas que acompanharam a psiquiatria do século XXI. Nesse texto, o autor adverte os leitores sobre os problemas que podem surgir no futuro dessa psiquiatria biológica todo-poderosa e refratária a críticas, centrada no manicômio, que nesse momento era hegemônica. Além de defender a necessidade de lutar pela desmanicomialização da loucura, retomando, como veremos mais tarde, os argumentos de Basaglia (1997). O autor soube antecipar o imperialismo psiquiátrico no que se refere à gestão dos problemas e conflitos sociais, que hoje caracteriza esse campo, um caminho que a psiquiatria começava a trilhar nos anos 1960 e 1970 e que foi ganhando cada vez maior legitimidade, até os dias de hoje, já transformada no conhecimento científico socialmente privilegiado para resolver os mais variados problemas sociais.

Apesar das críticas de Berlinguer, muito semelhantes às críticas que, nos anos 1960 e 1970, enunciaram autores como Basaglia (1997), Goffman (1994), Robert Castel (1980) ou Foucault (2003, 1997), foi precisamente isso o que ocorreu. A psiquiatria continuou adicionando a seu campo uma série de comportamentos considerados desviados, pequenas anomalias do caráter, sofrimentos cotidianos e situações do dia a dia. Continuou aparecendo como uma instância legitimadora de processos de medicalização social e de ausência de direitos.

Nesse texto, Berlinguer enuncia também uma frase que surpreende por sua atualidade. Muito antes de que alguém pudesse imaginar que décadas depois sealaria da “década do cérebro”, muito antes de termos conhecimento sobre os efeitos colaterais nocivos e danosos que os psicofármacos provocam em nosso cérebro, Berlinguer afirmava: “Não entregues teu cérebro aos experts. Ele é teu!”. (1969, p. 36)

Acredito que hoje, conhecendo os trabalhos de autores como Robert Whitaker (2015), Peter Breggin (2016), Philippe Pignarre (2006), entre muitos outros, já somos cientes da importância dessa afirmação. Berlinguer nos exige que defendamos aquilo que nos torna humanos, nossa capacidade de pensar, de refletir, de argumentar, uma capacidade que pode ficar anulada quando pensamos nos efeitos devastadores da lobotomia ou do eletrochoque. Essa capacidade se altera, também, quando somos diagnosticados com diversas comorbidades psiquiátricas, quando se prescrevem coquetéis de psicofármacos que têm uma ação devastadora sobre nosso cérebro e, consequentemente, sobre este nós que somos.

Um pequeno exemplo da atualidade de Berlinguer pode ser achado no relato de um usuário de psicofármacos que escreve no site *Mad in (S)pain*, Santiago González. Santiago foi diagnosticado na adolescência com depressão, começou a tomar antidepressivos, logo teve episódios de mania e foi acrescentado Rivotril a seu tratamento, depois foi diagnosticado como bipolar e, então, começou a prescrição de um verdadeiro coquetel de fármacos. Passado um tempo e sentindo-se muito mal, sem vontade de viver, achando que a medicação, como afirma Whitaker (2015), estava “fazendo mais mal do que bem”, pediu para seu psiquiatra que iniciasse a retirada dos psicofármacos. O relato do sofrimento vivenciado pela abstinência é desgarrador, ainda mais quando se pensa que tudo começou com uma suposta depressão adolescente diagnosticada por telefone. Santiago narra os efeitos vivenciados na retirada de cada medicação. Limitarei-me aqui a reproduzir os efeitos adversos da retirada (supervisada pelo psiquiatra) de um dos cinco medicamentos que estava utilizando:

Seroquel prolong 300mg: Tal era mi ignorancia que pensaba que no podía haber nada peor, pues había estado en el infierno. Luego me di cuenta que realmente había estado en el cielo... *El daño que produce este fármaco al cerebro lo demuestran los síntomas de discontinuación.* Podría citar algunos de los que se suponen normales (inquietud, irritabilidad, insomnio, etc...) pero creo que se debería prestar atención a lo absolutamente incomprensible, denunciabile, inimaginable e intolerable que me ocurrió. (GONZÁLEZ, 2017, p. 3)

Podemos observar nesse caso concreto a atualidade da afirmação de Berlinguer, “Não entregues teu cérebro aos expertos. Ele é teu!”. Outros autores, nos anos 1960 e 1970, compartilhavam com Berlinguer essa desconfiança perante as intervenções psiquiátricas. Lamentavelmente, a resposta não foi a esperada e, longe de aceitar as críticas apresentadas, a psiquiatria se fechou sobre si mesma, criando um marco de universalização de diagnósticos que se imporia no mundo inteiro: o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Esse manual, que se atualiza periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria, define o que deve considerar uma doença mental, as formas de identificação, os sintomas de cada patologia, sugerindo estratégias de intervenção, sempre referidas a terapêuticas farmacológicas, reguladoras de nosso, supostamente mal equilibrado sistema de neurotransmissores. Isto é, formas de intervir em nosso cérebro.

Desde que Berlinguer enunciou sua crítica à psiquiatria e alertou sobre a necessidade de cuidar de nosso cérebro, os diagnósticos psiquiátricos não deixaram de crescer e se multiplicar, do mesmo modo que não deixaram de se multiplicar novas terapêuticas psicofarmacológicas, que têm direta ação em nossos cérebros, com efeitos colaterais graves. (APA, 1980, 1994, 2013) Proponho analisar aqui de que modo opera a criação de novos diagnósticos e a aparição de novos psicofármacos, na psiquiatria da infância, onde parecem ter encontrado um terreno fértil e milionário de intervenção.

Tomando como ponto de partida este marco geral de análise, gostaria de deixar de lado, por um momento, o texto de Berlinguer, *Psiquiatria e poder*, para abordar outro texto, que ele escreverá quase vinte anos mais tarde. Refiro-me ao texto “La malattia”, de 1984, que nos ajudará a discutir um diagnóstico, que cada vez é mais recorrente no campo da psiquiatria da infância. O diagnóstico que pretendo analisar aqui, tomando como marco teórico o livro *A doença*, denomina-se “transtorno de oposição e desafio” (TOD), um diagnóstico que aparece cada vez mais na história patológica de crianças e adolescentes.

O percurso que gostaria de propor aqui para analisar essa patologia é o mesmo percurso que segue Berlinguer em seu livro *A doença*, isto é:

- Muitas definições, poucas certezas;
- A doença como sofrimento: nem culpa, nem privilégio;

- A doença como diferença: quem é normal?
- A doença como perigo: antecipar todos os riscos?
- A doença como sinal: a classificação das doenças;
- A doença como estímulo: solidariedade e transformação.

## Muitas definições, poucas certezas

Berlinguer inicia seu livro *A doença* questionando a conhecida definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), enunciada no ano 1946: “A Saúde é o bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”. A crítica de Berlinguer se refere a uma questão que é central para compreender a patologia que aqui proponho analisar. Ele dirá:

Identificando à saúde com bem-estar e confundindo, em consequência os sofrimentos e problemas mentais e sociais com doenças, a definição da OMS ampliou desmesuradamente a esfera de intervenção sanitária, com *o risco de transformar cada sinal em conflito e cada distorção nas relações entre os homens em ocasião e pretexto para curas médicas*, que são, muitas vezes, ineficazes e prejudiciais. (BERLINGUER, 1994, p. 16, grifo nosso)

O que Berlinguer enuncia aqui não é outra coisa que a fragilidade de uma definição infinitamente elástica, capaz de transformar problemas cotidianos em diagnósticos médicos. Desse modo, a definição da OMS contribui para reduzir um imenso conjunto de problemas sociais, conflitos cotidianos e sofrimentos que fazem parte de nosso dia a dia, em objeto de intervenção médica. Um processo que conhecemos com o nome de *medicalização da vida*, ou *medicalização dos problemas cotidianos*. Essa definição colaborou também para legitimar a intervenção médica em comportamentos comuns na infância, possibilitando a medicalização psiquiátrica de crianças e adolescentes.

Assim, quando, em 1994, a partir da definição da OMS, Berlinguer afirma que “cada conflito e cada distorção nas relações entre os homens se transforma em pretexto para curas médicas” (p. 16), parece estar falando do DSM muito antes de que exista a ampla aceitação desse Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, que hoje se transformou em referência hegemônica e obrigatória no mundo inteiro, não só no campo da psiquiatria,

como também no campo da medicina geral, a psicologia, a pedagogia e até a administração escolar.

A atual versão desse Manual, o DSM-5 (APA, 2013), tão questionada hoje, inclui mais de 400 diagnósticos, entre os quais muitos citam a conflitos e distorções das relações pessoais as quais Berlinguer fazia referência. Entre esses mais de 400 diagnósticos classificados, cada vez é maior o espaço dedicado aos transtornos mentais na infância, de modo que hoje devemos integrar aos conflitos pessoais dos adultos os problemas escolares, os problemas de aprendizagem e os problemas afetivos e comportamentais de crianças e adolescentes, hoje registrados no DSM, lado a lado com graves transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia ou as psicoses.

A ampliação de diagnósticos e o processo de identificação precoce de sintomas referidos a transtornos mentais na infância é um processo crescente no Brasil e no mundo. Apesar das vozes discordantes, esta ampliação de diagnósticos encontra sua legitimação científica no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, atualmente DSM-5, publicado no mês de maio de 2013 e hoje universalmente utilizado. No DSM-5, o capítulo “Transtornos geralmente diagnosticados por primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência” desaparece, no entanto, longe de ser essa uma boa notícia, ela significa, de fato, a dissolução das fronteiras entre adultos e crianças. Significa a legitimação da suposta necessidade de identificar precocemente transtornos mentais na primeira infância, priorizando a idade pré-escolar. Isto é, implica a aceitação explícita de uma lógica da prevenção e antecipação de riscos.

A existência de fronteiras instáveis, difusas e ambíguas entre o normal e o patológico no campo da saúde mental possibilitou esse processo crescente pelo qual condutas próprias da infância passaram a ser classificadas como anormais. Consolidou-se, assim, esse espaço de saber e de intervenção que Michel Foucault (1999) denominou *medicina do não patológico*.

A patologia que proponho aqui analisar a partir dos trabalhos de Berlinguer se denomina Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). No Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, atualmente DSM-5, esse diagnóstico leva o código 313.81, tendo seu correlato na Classificação Internacional de Doenças utilizada por médicos generalistas e especialistas em diversos ramos

da medicina, com o Código do CID-9, o número F91.3. Esse diagnóstico, que já existia no DSM-4, se define em ambos os manuais, como segue:

No DSM-IV: Padrão recorrente de comportamento desafiante, desobediente e hostil, iniciado na infância e adolescência e de intensidade suficiente para causar prejuízo no funcionamento global da criança e adolescente. (APA, 1994)

No DSM-5: padrão de humor raivoso/irritável, de caráter questionador/desafiante ou de índole vingativa, com duração de pelo menos seis meses, evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer uma das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja o irmão. (APA, 2013, p. 464)

Tomando como ponto de partida o texto “A doença”, de Berlinguer, proponho analisar de que modo se identifica o diagnóstico TOD, quais são suas características, quais são as intervenções propostas, seus limites e dificuldades, assim como se é possível falar de sua utilidade como estratégia de controle social.

### **A doença como sofrimento: nem culpa, nem privilégio**

Para Berlinguer, não é possível falar de doença sem falar de algum grau de sofrimento no doente, ainda que, como veremos, esse sofrimento nunca deva ser pensado em termos de culpa ou de castigo por alguma ação cometida, nem em termos de privilégio ou ganho colateral que o indivíduo obterá por sua condição de doente. Claro que falar de privilégio não é o mesmo que falar de direitos, ainda que o doente, por causa de sua doença, deva ter direitos sociais garantidos, assistência, aposentadoria, licença no trabalho e todo tipo de ajuda possível quando é necessário, isso não significa, como veremos, o mesmo que falar de privilégios.

Parece inevitável observar aqui uma peculiaridade do diagnóstico TOD. Nesse caso concreto o DSM dirá que é possível identificar o diagnóstico em uma criança ou adolescente, independentemente do fato de não existir nenhum tipo de sofrimento no indivíduo diagnosticado. Como veremos, o

manual apresenta um conjunto de sintomas cuja frequência de aparição indicará a existência da patologia, porém, imediatamente depois de explicitar este conjunto de sintomas, o DSM-5 acrescenta uma nota de esclarecimento, na qual afirma que:

Esta perturbação do comportamento não se associa exclusivamente a um sofrimento para os indivíduos. [...] mas também está associada a problemas criados: “para os outros em seu contexto social imediato (família, pares, escola, colegas), ou bem, comportamentos que possam causar impacto negativo no funcionamento social, educacional, profissional do indivíduo”. (APA, 2013, p. 465)

Se aceitamos as condições estabelecidas por Berlinguer para problematizar o conceito de saúde em geral e para abordar situações particulares ou diagnósticos específicos, encontraremos uma enorme dificuldade para explicar uma doença mental na qual o que importa não é o sofrimento do paciente, neste caso crianças ou adolescentes, mas as complicações que o comportamento dessas crianças cria para seu entorno imediato, escola, família etc. Sabemos que existem inúmeros casos de crianças que podem expressar seu desconforto, suas angústias perante problemas concretos, tais como agressões ou abuso sexual infantil, com ações agressivas, violentas, ações que podem ser consideradas incomodas para os outros.

Desconsiderar o sofrimento da criança levará a negar os motivos que levaram a determinada criança a ter comportamentos incômodos, ou que podem provocar “sofrimento em seu entorno”, permitindo que a situação hostil por ela vivenciada permaneça sem ser modificada. Por outra parte, o TOD parece substituir uma avaliação médico-psiquiátrica por uma simples avaliação moral ou ética das condutas, fazendo com que comportamentos indesejados passem a ser vistos como doenças. Deste modo, a psiquiatrização das condutas e o consumo de fármacos com efeitos colaterais sérios por crianças de até dois anos parece transformar-se, mais que em uma terapêutica ou processo tendente à cura de uma patologia, em uma punição por um comportamento “moral ou eticamente indesejado”.

Nesse contexto, devemos situar a afirmação de Berlinguer, segundo a qual a doença, além de implicar sempre algum tipo de sofrimento, “não é culpa nem privilégio”. (1994, p. 39) Dizer que a doença não deve ser pensada em

termos de culpabilização das vítimas, ou culpabilização do sujeito que sofre, implica reconhecer a recorrência com a qual a doença é vista como efeito de uma transgressão, seja cometida pelo próprio indivíduo diagnosticado ou por sua família. No caso concreto do TOD, o que parece com maior recorrência é a culpabilização da família. Lembremos que, de acordo com Berlinguer:

A ideia de doença como efeito de uma transgressão aparece continuamente. Uma ampla literatura acusa a aqueles que tem *Life styles* morbígenos (tabaco, álcool, sedentarismo, excesso de trabalho, comportamentos familiares no desejados) atingindo, em muitos casos estatuto de *victim blaming* (culpabilização das vítimas). (BERLINGUER, 1994, p. 39)

No caso do TOD, teremos uma série de comportamentos indesejados, para os quais a literatura médica se encarregou de identificar como uma de suas causas, uma série de antecedentes familiares. Assim como em outros diagnósticos da infância, o TOD é pensado como efeito de comportamentos familiares indesejáveis.

Assim, no DSM-5, no item dedicado a *fatores de risco e prognóstico*, que o manual denomina ambientais, podemos encontrar: práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos, pois, “essa história parental ocupa um papel importante nas teorias causais do diagnóstico”. (APA, 2013, p. 463) De modo que para estabelecer o diagnóstico psiquiátrico para uma patologia cuja causa biológica se dará como suposta, sem ter sido identificada, o DSM recorre a duas estratégias: contar sintomas e avaliar o histórico parental da criança, isto é, identificar fatores ambientais. Esses *fatores ambientais* são (GOODMAN; SCOTT, 2012):

- Nível socioeconômico baixo;
- História parental de psicopatologia;
- Criminalidade parental;
- Características de cuidado parental: hostilidade, pouco carinho, pouca supervisão, regras e disciplina inconsistentes.

Observando esses fatores, parece inevitável destacar o lugar que ocupam a pobreza e a criminalidade parental. A psiquiatria abre as portas, assim, para

avaliações carregadas de um forte e indesejável determinismo social. Este, repetindo a lógica das profecias autorrealizadas, acabará por diagnosticar com maior frequência os transtornos de comportamento em famílias pobres, ou em crianças com familiares em conflito com a lei.

Esse discurso se repete em diversos artigos acadêmicos. Tomaremos aqui, como exemplo, um artigo de revisão sobre TOD publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria*, denominado “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais”. (SERRA-PINHEIRO et al., 2004) Esse artigo, que logo retomaremos para analisar etiologia e terapêutica do TOD, apresenta uma explicitação mais detalhada sobre os aspectos familiares, que reproduz os mesmos preconceitos de classe e as mesmas marcas de determinismo social. Os autores afirmam:

Em um estudo comparando pacientes com TDAH com e sem TOD [...] encontraram que ter pais divorciados e mãe com baixo nível socioeconômico era mais comum no grupo comórbido. Outro estudo [...] demonstra que as crianças com TOD distinguiram-se dos controles clínicos por seus pais terem uma maior prevalência de transtorno de personalidade antissocial e de transtorno por abuso de substâncias. (SERRA-PINHEIRO et al., 2004, p. 274)

Nenhuma novidade até aqui, só a repetição dos clássicos preconceitos de classe apresentados sob a forma de estudos científicos. Desconsidera-se, assim, que esses comportamentos podem ser os únicos recursos simbólicos disponíveis para que a criança manifeste sua insatisfação, medo ou sofrimento.

É preciso analisar cuidadosamente o papel que ocupa a pobreza nesse discurso. Certamente, a pobreza não ocupa aqui um lugar análogo àquele ocupado pelos fatores ambientais nas doenças transmissíveis como cólera, lepra ou tuberculoses. (VERDI; CAPONI, 2005) Conhecemos a história natural dessas doenças e sabemos o impacto que a pobreza pode ter em sua proliferação. Certamente não é desse modelo que fala o DSM-5 quando afirma que pobreza ou criminalidade parental podem ser fatores causais ambientais de comportamentos desafiadores ou opositores. Neste último caso, a incorporação do fator pobreza como causa de uma suposta patologia só pode vir a reforçar os estigmas de classe e a exclusão social de crianças cujos comportamentos, como bem soube mostrar Pierre Bourdieu, não se ajustam aos

padrões desejados, pelo simples fato de que essas crianças não contam com o capital social ou cultural que a instituição escolar espera e deseja encontrar em seus alunos.

Assim como Berlinguer dirá que a doença não é culpa, ele afirmará também que não é privilégio. Em suas palavras:

A doença não é culpa, mas não deveria ser tampouco privilégio. No livro *Doença e civilização* Sigerist escreve: ‘O doente, por sua posição preferencial, está liberado de muitas tarefas. A criança doente tem seu comportamento justificado na escola, e [...] é eximido de muitas das obrigações que a sociedade exige para seus membros saudáveis. Quanto mais acentuada é a posição do doente mais óbvia é a inclinação a refugiar-se na condição de doente’. (BERLINGUER, 1994, p. 39)

Lamentavelmente, esta também é uma característica presente quando analisamos o TOD e outras doenças psiquiátricas na infância. Observamos, dia a dia, a tendência crescente a exigir laudos psiquiátricos (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade [TDAH], TOD) para crianças em idade escolar por dificuldades de aprendizagem ou por apresentarem comportamento antes comuns na infância. A ideia de procurar um laudo psiquiátrico hoje para que a criança possa ter benefícios na escola, tais como menor exigência, ajuda de professores auxiliares, transformou-se, nos últimos anos, em um fato recorrente nas escolas de ensino fundamental e médio. Esse fato, aparentemente sem consequências, acaba reforçando o aumento de doenças psiquiátricas na infância e a consequente medicalização de problemas que antes eram considerados próprios da idade.

## **A doença como diferença e como perigo**

Quando o DSM-5 estabelece as normas para realizar um diagnóstico de qualquer uma das mais de 400 patologias psiquiátricas classificadas, limita-se a apresentar uma lista de sintomas cuja frequência de aparição deve ser avaliada. Essa mesma estratégia de contar a frequência dos sintomas é a utilizada para realizar o diagnóstico de TOD, desconsiderando a importância da seguinte afirmação de Berlinguer (1994, p. 58): “Muitas provas

de diagnóstico têm introduzido margens de arbitrariedade, podem ser interpretadas de diversas maneiras segundo quem julga e quem seja o árbitro das decisões”.

Em relação ao TOD, o DSM-5 se limita a contar a frequência e persistência de quatro destes oito sintomas, apresentados em três grupos:

***Humor raivoso/irritável:***

1. Com frequência perde a calma;
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado;
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

***Comportamento questionador/desafiante:***

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos;
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer às regras ou pedidos de figuras de autoridade;
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas;
7. Frequentemente culpa a outros por seus erros ou mau comportamento.

***Índole vingativa:***

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

***Anormalidade social: avaliação ética ou moral das condutas***

Sobre a frequência de aparição dos sintomas, o manual esclarece que “em crianças com menos de 5 anos, quatro dos oito comportamentos devem ocorrer na maior parte dos dias durante um período mínimo de seis meses”. Essa é a única estratégia para “fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático”. (APA, 2013)

Lembremos que, no livro *A doença*, Berlinguer dedica um capítulo a analisar a questão da diferença e anormalidade, formulando-se a seguinte pergunta:

Mais que como diversidade, a doença é comumente definida como anormalidade e desvio, ou como inferioridade respeito da média da população. Mas, qual é a norma? Pergunta aparentemente simples, porém difícil de avaliar. (BERLINGUER, 1994, p. 55)

Parece inevitável apontar a utilidade dessa análise para realizar uma crítica ao modo como o DSM propõe estabelecer os diagnósticos. Isto é, uma crítica às estratégias que se limitam a contar sintomas e estabelecer sua frequência de aparição, com o único objetivo de identificar supostos desvios em relação a uma frequência, que *deve ser* considerada *normal*, de aparição de comportamentos comuns no dia a dia, tais como perder a calma, ou incomodar-se com os outros.

Vemos que, desconsiderando essas dificuldades, o DSM-5 acrescenta que para identificação do diagnóstico que “outros fatores devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo”. (APA, 2013, p. 463) Trata-se de contar a frequência de aparição dos sintomas, de calcular o desvio que a criança apresenta em relação à média ou padrão da mesma idade, uma tarefa que, muitas vezes, o psiquiatra solicita que a própria criança realize, autoavaliando seus comportamentos em relação aos comportamentos típicos dos meninos de sua turma.

É aqui que aparece de modo evidente a estratégia securitária de detecção e antecipação de riscos (CASTIEL; DIAZ, 2007), que caracteriza o processo de medicalização da infância, pois, se os impulsos agressivos antes tolerados e se as condutas indesejadas que faziam parte do universo infantil ingressaram ao campo da psiquiatria, isso ocorreu porque esses comportamentos foram descritos como indicadores de risco para doenças mentais graves na vida adulta. De fato, o que possibilita a aceitação social do crescente processo de psiquiatrização da infância não é outra coisa que a esperança, certamente infundada, de antecipar riscos futuros. Tais riscos são apresentados como verdadeira ameaça social: desde a esquizofrenia até o homicídio ou o suicídio, passando pelo fracasso laboral ou sentimental na vida adulta.

Dir-se-á que o grupo denominado “transtornos de conduta e impulso”, grupo no qual está inserido o TOD, permite diferenciar os transtornos intelectuais e do desenvolvimento, dos transtornos de comportamento, porém, ainda que no DSM-5, os transtornos intelectuais e os transtornos de

comportamento com início na infância se apresentem em capítulos diferentes, ambos agrupamentos coexistem quando observamos a multiplicação de comorbidades relacionadas. Dir-se-á, por exemplo, que o déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é frequentemente comórbido com o transtorno de oposição desafiante (313.81), de modo que, com a desapareição dos chamados *transtornos geralmente diagnosticados por primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência*, o DSM-5 permitiu criar uma linha de continuidade entre comportamentos comuns na infância, mas que a psiquiatria considera patológicos, e condutas antissociais ou até criminosas que, segundo afirma, poderão vir a ocorrer na vida adulta daqueles diagnosticados com TOD sempre que não sejam devidamente tratados.

Podemos identificar nessa estratégia securitária a repetição daquilo que Berlinguer (1994, p. 77) analisa quando se refere à *doença como perigo*, interrogando-se pela ingênua atitude que nos leva a acreditar que seria possível “antecipar todos os riscos”. Os conceitos de risco e perigo são inseparáveis, na medida em que ambos mostram sua funcionalidade como estratégia de gestão das populações. Como afirma Berlinguer (1994, p. 77); “o conceito de perigo social foi utilizado, mais que como medida específica de prevenção, como verdadeiro pretexto para um controle sobre as pessoas”.

Lembremos que, em seu livro *Saving normal*, Allen Frances (2013) afirma que o incremento das taxas de transtornos mentais na população ocorre de dois modos: 1. pela criação de novos diagnósticos que transformam em patológicos comportamentos comuns na sociedade, que a indústria farmacêutica se encarregará de popularizar (em nosso caso, perder a calma, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir ao mandado das autoridades ou adultos); e 2. estabelecendo um limiar de diagnóstico mais baixo para muitas patologias já existentes, como ocorre quando comportamentos comuns passam a ser vistos como fator de risco para uma doença mental irreversível. (FRANCES, 2010, 2013) Essas são as estratégias securitárias que permitem a psiquiatrização de condutas consideradas indesejadas em crianças e adolescentes com TOD. Pois:

Em campos como a saúde mental ‘acentua-se a caracterização da medicina não como ciência orientada a controlar as doenças, mas como organização para controlar os doentes considerados

perigosos'. Muitas vezes esse fenômeno está acompanhado de uma diminuição na eficácia terapêutica. (BERLINGUER, 1994, p. 77)

Nesse marco, devemos inscrever a alteração aparentemente pouco significativa que se estabelece entre o DSM-4 e o DSM-5 em relação ao transtorno de oposição e desafio. Até 1994, no DSM-4-TR, o TOD fazia parte dos “transtornos geralmente *diagnosticados* por primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”, conjuntamente a outros muitos transtornos. No DSM-4, TOD e transtorno de conduta (TC) se excluía, não podendo existir concomitantemente. Pelo contrário, no DSM-5, o TOD e TC podem coexistir, e o TOD passa a ter um lugar privilegiado de marcador de risco para um conjunto de comportamentos considerados socialmente ameaçadores, comportamentos que ocupam um lugar intermediário entre o médico e o jurídico, associados aos transtornos de conduta e de personalidade antissocial, tais como: violar os direitos dos outros, provocar danos físicos ou danos na propriedade, delinquir, enganar e provocar graves violações às normas sociais.

É verdade que essa dimensão supostamente performativa do TOD, que leva a supor que a criança com TOD será um adulto em conflito com a lei ou com comprometimento psiquiátrico grave, já estava presente em estudos sobre psiquiatria do desenvolvimento. Essa ambígua suposição foi integrada de maneira explícita ao DSM-5, no ano 2013. Quando o que importa é o perigo social, todas as ações tenderão a criar estratégias de exclusão e proteção social, desconsiderando o sofrimento da criança. Berlinguer caracteriza essa atitude de defesa social de um modo sintético, afirmando que:

Excluir os afetados, segregar os doentes e qualificá-los como perigosos para a coletividade impede observar que o sofrimento individual é, com frequência, uma advertência sobre um problema coletivo. (BERLINGUER, 1994, p. 86)

Essa indiferença perante o sofrimento da criança se manifesta pela desconsideração de sua palavra, pela negação daquilo que ela tem para dizer a respeito de seu próprio sofrimento.

## **A doença como sinal e o processo terapêutico**

Surge, então, uma pergunta inevitável sobre esse diagnóstico ambíguo associado a um prognóstico dramático na vida adulta. A pergunta é se existe algum marcador neurobiológico, alguma alteração cerebral que permita indicar que esse conjunto de comportamentos próprios da infância pode passar a ser visto como indicador de uma patologia psiquiátrica. O DSM-5 dará a resposta quando sustenta no item *fatores de risco* que: “uma série de marcadores neurobiológicos, como, menor reatividade da frequência cardíaca e da condutância da pele, reatividade do cortisol basal reduzida, anormalidades no córtex pré-frontal e na amígdala foram associadas ao TOD”, porém, imediatamente deverá afirmar que “não está claro se existem marcadores específicos para o Transtorno de oposição desafiante”. (APA, 2013, p. 465)

Se, por um momento, saímos do DSM-5 e analisamos a produção brasileira dedicada a esta questão, podemos tomar como referência o artigo já mencionado “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais” (SERRA-PINHEIRO et al., 2004), que faz uma revisão da produção dedicada ao TOD, veremos reaparecer as mesmas incógnitas. O estudo propõe analisar as evidências existentes no que se refere aos correlatos neurobiológicos, de funcionamento familiar e escolar, comorbidades, prognóstico e tratamento, diferenciando o TOD do TDAH e TC (transtorno do comportamento). Referindo-se especificamente aos estudos revisados que se ocuparam de estabelecer marcadores ou correlatos neurobiológicos, dirá que nenhum apresenta resultados conclusivos.

Se analisam estudos dedicados a definir a causa do TOD por diferentes vias: por identificação de hormônios e neurotransmissores, o uso de eletroencefalografia, estudos para identificar marcadores genéticos, entre outros, porém, depreende-se que nenhum desses estudos é conclusivo. Em relação aos estudos cognitivos realizados com crianças com TOD e controles normais, dirá que ainda que se tenha evidenciado maior dificuldade de aprendizagem em crianças com TOD, essa diferença não pode ser considerada significativa. Nenhum desses fracassos foram considerados pelos pesquisadores como indicação de que se trata de um diagnóstico mal definido ou de uma patologia inexistente. Afirma-se, pelo contrário, que tais estudos darão resultados positivos em algum remoto e imaginário futuro.

Assim, dada a inexistência de fatores genéticos, fisiológicos ou neurobiológicos, isto é, perante a impossibilidade de contar com estudos de imagem cerebral, análises de sangue ou qualquer tipo de marcador neurobiológico, será necessário integrar outros elementos. Seria desejável tentar entender se essas reações de raiva ou desafio não são mais que um simples modo encontrado pela criança para expressar seu sofrimento, utilizando estratégias lúdicas para que escutem o que ela tem a dizer.

A pergunta de Berlinguer sobre a doença como sinal parece ser aqui absolutamente pertinente: “sinal de quê?”. De acordo ao que foi dito até aqui, podemos observar que os comportamentos não podem ser considerados sinal de que existe um déficit neuroquímico ou alteração no cérebro do paciente, porém, longe de isso representar uma renúncia a continuar procurando explicações em hormônios, genes ou neurotransmissores, se reafirmará a ideia de que esses comportamentos são um sinal de algum desajuste cerebral que, no futuro, será descoberto. O que se desconsidera, no entanto, é a suposição de que esses comportamentos são um sinal individual e que, como afirma Berlinguer: “A doença é frequentemente a expressão das dificuldades que uma pessoa deve enfrentar ao longo de sua vida”. (1994, p. 93)

Assim, quando analisamos o DSM-5, podemos observar que essa desconsideração fica explicitamente estabelecida quando se afirma que: “geralmente os indivíduos com esse transtorno não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, costumam justificar seus comportamentos como uma resposta a exigências ou circunstâncias despropositadas”. (APA, 2013, p. 463) Acrescenta que são poucas as contribuições que a criança pode dar para definir o diagnóstico, de modo que, uma vez mais, encontramos a máxima kraepeliniana que leva a silenciar a narrativa dos pacientes.

De igual modo, se desconsidera a possibilidade de que esse conjunto de comportamentos identificados que definem o TOD possam ser vistos como sinal coletivo. De acordo a Berlinguer, uma doença pode ser considerada um sinal coletivo: “quando processos mórbidos aparecem simultaneamente em mais de uma pessoa, a interpretação desse fato pode ser um sinal de problemas de ordem econômica ou social e proporcionar uma orientação para o futuro”. (BERLINGUER, 1994, p. 93); isto é, um sinal de que existe uma continuidade entre o indivíduo, seu ambiente e sua história de vida. No caso específico de doenças como TDAH ou TOD, a simultaneidade dos processos

mórbidos em crianças em idade escolar poderia nos levar a imaginar que resulta preciso hoje revisar as normas escolares, as estratégias pedagógicas, a forma de estabelecer laços sociais. Nada disso é feito, só um diagnóstico e um fármaco.

Repete-se, desse modo, o que Berlinguer denuncia como: “certa cumplicidade da medicina com a ordem social existente, ainda quando essa ordem seja injusta ou morbígena, levando a ocultar e distorcer a doença como sinal”. (BERLINGUER, 1994, p. 93)

De acordo com o que foi dito até aqui, quando falamos de TOD, temos um conjunto de sintomas cuja frequência de aparição indica a existência de uma patologia que não é considerada sinal individual de sofrimento, que não é considerada um sinal coletivo de que alguma coisa está ocorrendo no campo social, familiar ou escolar. Etiologias biológicas não definidas, que, se dirá, já serão mais bem definidas num futuro próximo. Para além de tantas incógnitas, em relação ao TOD parece existir uma única certeza: quando se apresenta como sinal de perigo para uma doença mental irreversível, atos de violência, homicídio ou suicídio. Ainda que nada possa, de fato, indicar que essa trajetória de gravidade crescente efetivamente ocorrerá, essa identificação precoce poderá criar uma verdadeira profecia que se autorrealiza.

Podemos observar assim que, em relação ao TOD, é possível repetir a mesma afirmação que Berlinguer retoma de Franco Basaglia, e que me permito transcrever aqui, apesar de sua extensão:

Assim, transfere-se o fenómeno do sofrimento só a quem o expressa, ocultando o vínculo estreito com a situação responsável por sua aparição, privando esse fato de seu significado essencial. Uma vez realizado esse deslocamento, uma vez realizada a ruptura entre sofrimento individual e realidade social (condições de vida materiais, psicológicas e de relação) será simples afirmar que a doença é um puro fenómeno natural, isolado do mundo, e organizar em torno a esse organismo isolado a cura e a terapia. Cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história. (BERLINGUER, 1994, p. 94)

Berlinguer acrescenta a essa afirmação de Basaglia que: “o ocultamento sistemático daquilo que na organização da vida produz sofrimento e doença

estabelece uma fratura entre o indivíduo e sua história. Logo, será sempre no corpo onde reside o problema, nunca nas condições de vida, nem na história do sujeito”. (BERLINGUER, 1994, p. 94)

Desconsidera-se, desse modo, toda possibilidade de pensar a doença em termos de sofrimento individual, desconsidera-se a história de vida e os vínculos sociais, as desigualdades econômicas, os conflitos entre pares, os processos de violência e exclusão. Então, será possível afirmar que a doença não é mais que um simples fenômeno natural, isolado do mundo, e construir terapêuticas biológicas para esse organismo isolado, pois, como afirma Basaglia: “cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história do sujeito”. (apud BERLINGUER, 1994, p. 94)

Como já foi dito, o TOD não se explica por causas neurobiológicas, nem socioambientais, nem psicológicas, mas por uma suposta trajetória futura que inclui fracasso laboral e pessoal, patologias mentais irreversíveis, assim com supostos atos de delinquência ou criminalidade na vida adulta. Será em função desse duvidoso prognóstico, apresentado sob a forma de uma verdade cientificamente estabelecida, que se defende uma intervenção terapêutica unificada.

Existem dois tipos de proposta terapêutica para o TOD, que podem ou não estar associadas. Por um lado, propõe-se a intervenção comportamental, isto é, abordagem familiar denominada *manejo parental*, associada à *terapia cognitivo-comportamental* (TCC); por outro lado, propõe-se o tratamento farmacológico, dando prioridade aos antipsicóticos atípicos, como a Risperidona. Dependendo do padrão de comorbidades, como ansiedade e depressão, a Risperidona se associará com os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e, para comorbidade com TDAH, psicoestimulantes, como a Ritalina. (RIGAU-RATERA; GARCÍA-NONELL; ARTIGAS-PALLARÉS, 2006)

São bem conhecidos os efeitos adversos dos antipsicóticos. Como afirma Pignarre, todo o esforço que a indústria farmacêutica dedicou nos últimos 50 anos aos psicofármacos em geral e aos antipsicóticos em particular parece se reduzir a achar um medicamento com menos efeitos colaterais que o existente no mercado.

No caso da medicação a ser prescrita para uma criança com TOD, a terapêutica considerada mais eficaz será um psicofármaco controverso,

potente e com efeitos adversos muito bem conhecidos, como a Risperidona. (MOYNIHAN; CASSELS, 2006) Lembremos que os antipsicóticos atípicos podem causar aumento de peso e alterar o metabolismo, aumentando o risco de diabetes. Podem causar efeitos secundários relacionados à motricidade, como: rigidez, espasmos musculares persistentes, tremores e inquietação. Por fim, vale lembrar que o uso prolongado de medicamentos antipsicóticos pode levar a uma condição chamada de discinesia tardia (DT), que impede que o indivíduo controle os movimentos musculares, levando comumente à rigidez na boca. Em certos casos, pode dar lugar também a uma síndrome chamada “síndrome dos neurolépticos”, que é uma reação adversa grave, associada a alterações do estado mental, rigidez muscular, hipertermia, alterações psicomotoras e sinais de instabilidade autonômica. Esses são efeitos graves de uma terapêutica preconizada, ainda que não exista nenhuma causa neurobiológica definida.

## **Para concluir: a doença como estímulo e solidariedade**

Para concluir, gostaria de retomar o estudo antes referenciado. (SERRA-PINHEIRO et al., 2004) Vemos que, ainda que o artigo apresente uma sucessão de estudos inconclusivos, finaliza com a definição do tratamento preconizado. Repete, mais uma vez, a importância de articular tratamento farmacológico com terapia comportamental e afirma que:

O enfoque terapêutico deverá variar de acordo com a presença de comorbidades. Estimulantes e clonidina parecem ser efetivos nos sintomas de TDO comórbido com TDAH e o metilfenidato é capaz de induzir a remissão de TDO em uma grande proporção de pacientes de TDAH com TDO comórbido. Ácido valpróico, haloperidol, risperidona e lítio são provavelmente mais efetivos quando há instabilidade de humor observável. (SERRA-PINHEIRO et al., 2004, p. 275)

Vale destacar que no fim do artigo se explicitam os conflitos de interesse, indicando que o autor principal “participa do conselho consultivo de/é porta-voz de/ou recebeu financiamento da Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly,

Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline”. (SERRA-PINHEIRO et al., 2004, p. 275)

Temos, assim, mais um exemplo do modo como opera a indústria farmacêutica no incremento das taxas de transtornos mentais na população, neste caso transformando em patológicos comportamentos comuns na sociedade, como perder a calma, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir aos mandados das autoridades ou aos adultos. Comportamentos que o DSM transformou em sintomas psiquiátricos e que a indústria farmacêutica se encarregou de difundir e popularizar pela mediação do auxílio a pesquisadores, financiamentos de pesquisas e divulgação em congressos médicos.

Do que foi dito até aqui, vale ressaltar que a indústria farmacêutica ocupa só uma parte nesse complexo tecido da psiquiatrização da infância, pois, para que possa tornar-se aceitável e legítimo o uso de psicofármacos com efeitos adversos graves, como ocorre com os antipsicóticos atípicos, foi preciso que, inicialmente, as categorias propostas pelo DSM chegassem a conquistar respeitabilidade, aceitação e reconhecimento como discurso científico. Esse discurso, como tentamos mostrar, está perpassado por uma severa fragilidade epistemológica, e sua validação não ocorre como na medicina geral (FOUCAULT, 1987, 2003), por marcadores biológicos ou neurobiológicos, mas sim por referências vagas a contextos familiares e sociais, ou por referência a duvidosos estudos de risco. Estatísticas pouco consistentes que falam de uma suposta trajetória patológica, pela qual as crianças com TOD estariam destinadas a ter uma vida de fracassos, delinquência ou loucura na vida adulta, caso não seja aceita a terapêutica preconizada.

Temos, assim, a prescrição de terapêuticas farmacológicas de alto risco para crianças com comportamentos que são considerados social, moral ou eticamente indesejados. Se dirá que um antipsicótico como a Risperidona serve como prevenção para o agravamento das patologias psiquiátricas, um encadeamento que levará a uma sucessão de patologias de gravidade crescente até o transtorno de personalidade antissocial, porém, neste caso, ainda mais que nos casos de doenças infecciosas cujas causas são essencialmente sociais, aplica-se perfeitamente a seguinte afirmação de Berlinguer:

Deve-se reconhecer que, para combater certas doenças (*em nosso caso o TOD*) não é suficiente uma ação preventiva específica de tipo técnica (vacina-medicação), mas resulta necessário mudar os

modos de viver, de produzir e de relacionar-se entre os homens. Não se deve aceitar passivamente uma realidade que gera doença. (BERLINGUER, 1994, p. 128)

É por esse motivo que pesquisadores de diferentes países do mundo – como Philippe Pignarre (2006), Élisabeth Roudinesco (2013), Ian Hacking (2006, 2013) e Horwitz (2002) – junto a grupos internacionais – como Stop DSM, o coletivo francês denominado Pas de Zero de Conduite, o Fórum sobre Medicalização ou a Abrasme – apresentaram sólidas objeções a este modelo de identificação precoce de diagnósticos. Diversas vozes assinalam a fragilidade da classificação diagnóstica hegemônica (o DSM) e mostraram o risco implicado em uma terapêutica farmacológica com efeitos colaterais graves para doenças psiquiátricas da infância, como Peter Breggin (2016), Allen Frances (2013), Robert Whitaker (2015) e Paulo Amarante (2007, 2008).

É nessa mesma direção que se desenvolve o trabalho de Berlinguer, ainda que sem mencionar especificamente o DSM ou a psiquiatrização da infância, quando afirma que: “as condições de vida, se são incompatíveis com a saúde podem ser mudadas, é necessário lutar como indivíduos para efetivar essas mudanças”. (BERLINGUER, 1994, p. 128) Renunciar a mudar nossas condições de vida morbígenas, com a ilusão de que nossos problemas estão em nosso cérebro e que uma bala mágica, como uma pílula de Risperidona, Prozac, Xanax ou Rivotril, poderá resolver nossos problemas coletivos é uma ilusão que só pode gerar mais sofrimento do que soluções.

Muitas vezes, como é certamente o caso do TOD, não se trata de alterar nossa condição genética ou nossos neurotransmissores, mas sim de pôr em evidência as dificuldades impostas pelo meio. Se argumentamos desse modo, deveremos concluir, com Berlinguer, que o conceito de saúde da OMS de 1957, na medida em que considera como saúde a “capacidade para desempenhar as funções adequadas em relação às condições ambientais e genéticas dadas”, reduz o conceito de saúde a uma definição que é ao mesmo tempo “conservadora, estática e paralisante”. (BERLINGUER, 1994, p. 128) Esse conceito desconsidera que saúde não é uma ação sobre os indivíduos e seus cérebros, visando uma melhor adaptação ao meio, o que se requer, mas sim que é uma mudança das condições limitantes e morbígenas do meio, o que, muitas vezes, resulta imperativo.

Fica, assim, a urgente e difícil tarefa de criar estratégias de despatologização da infância, o que exige renunciar a rótulos psiquiátricos para crianças cujos sofrimentos psíquicos são silenciados e ocultados com rótulos e medicamentos. Iniciar o processo de despatologização implica, sem dúvida, a necessidade de abandonar o DSM como modelo hegemônico de diagnóstico no campo da psiquiatria, um manual que, basicamente, reduz os sofrimentos individuais a uma lista de sintomas ambíguos e pouco claros que se apresentam como indicadores de um conjunto, cada vez maior, de patologias mentais.

Trata-se, pelo contrário, de criar estratégias solidárias e transformadoras que permitam compreender que os sofrimentos psíquicos só podem ser inteligíveis por referência a uma história de vida. Somente a escuta atenta das narrativas das crianças permitirá dar início à difícil tarefa de construir e reconstruir sua subjetividade, substituindo as terapias farmacológicas por estratégias mais solidárias, pois, como muito bem lembram Berlinguer e Basaglia: “cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história”. (BASAGLIA apud BERLINGUER, 1994, p. 94)

Assim, já não será no cérebro onde deveremos procurar a causa exclusiva dos comportamentos considerados desviados ou dos sofrimentos psíquicos, mas no meio social e na história de vida dos sujeitos, pois somos isso, sujeitos, e não cérebros. Por esse motivo, a afirmação de Berlinguer com que iniciamos este trabalho serve perfeitamente como breves palavras de encerramento: “*Don’t leave the brain to the experts: it’s yours!*” (1969, p. 35).

## Referências

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

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 1994.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- BASAGLIA, Franco. *Che cos'è la psichiatria?* Milano: Baldini Castoldi Dalai, 1997.
- BERLINGUER, Giovanni. *Psiquiatria y poder*. Buenos Aires: Ediciones Granica, 1969.
- BERLINGUER, Giovanni. *La Enfermedad*. Buenos Aires: Lugar, 1994.
- BREGGIN, Peter. Rational principles of psychopharmacology for therapists, healthcare providers and clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Berlin, n. 46, p. 1-13, 2016.
- CASTEL, Robert. *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta, 1980.
- CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. *A saúde persecutória e os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica*. Cidade do México: Siglo XXI, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *Il faut défendre la société*. Paris: Gallimard, 1997.
- FOUCAULT, Michel. *Les anormaux*. Paris: Gallimard, 1999.
- FOUCAULT, Michel. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard, 2003.
- FRANCES, Allen. Opening Pandoras Box: the 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, Cranbury, v. 1, n. 1, 2010.
- FRANCES, Allen. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins, 2013.
- GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioethics, power and injustice: for an ethics of intervention. *Journal International de Bioéthique*, [s. l.], v. 14, n. 1-2, p. 25-40, 2008.
- GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday, Buenos Aires, 1994.
- GONZÁLEZ, Santiago. Cocktail de psicofármacos. *Mad in (S)pain*, [s. l.], 6 abr. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3EjmWC4>.

- GOODMAN, Robert; SCOTT, Stephen. *Child and adolescent psychiatry*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2012.
- HACKING, Ian. Making up people. *London Review of Books*, London, v. 28, n. 16, p. 23-26, 2006.
- HACKING, Ian. Lost in the forest. *London Review of Books*, London, v. 35, n. 15, p. 7-9, 2013.
- HORWITZ, Allan. *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.
- MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alan. *Medicamentos que nos enferman: la industria farmacéutica que nos convierte en pacientes*. Barcelona: Contrapunto, 2006.
- PIGNARRE, Philippe. *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte, 2006.
- RIGAU-RATERA, Eugenia; GARCÍA-NONELL, Catalina; ARTIGAS-PALLARÉS, Josep. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, Barcelona, v. 42, supl. 2, p. S83-S88, 2006.
- ROUDINESCO, Élisabeth. *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2013.
- SERRA-PINHEIRO, Maria Antonia; SCHMITZ, Marcelo; MATTOS, Paulo; SOUZA, Isabella. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-277, 2004.
- VERDI, Maria; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.
- WHITAKER, Robert. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing, 2015.



# Normalidade e patologia nas classificações psiquiátricas: dos transtornos mentais infantojuvenis à Síndrome da Criança Normal

---

Rossano Cabral Lima

## Introdução

Desde os anos 1980, a chegada de uma nova edição das classificações de transtornos mentais tem agitado o campo “psi”, provocando reações que vão da adesão entusiasmada e acrítica até a contestação e recusa de suas categorias diagnósticas. Não diferente é o que vem ocorrendo desde a publicação da 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5), em 2013, e da 11ª edição da *Classificação Internacional de Doenças* (CID 11), em 2018.<sup>1</sup> Este artigo visa investigar as noções de normal e patológico que estão explícita ou implicitamente presentes nessas classificações, tomando como objetos alguns dos diagnósticos psiquiátricos nelas incluídos, e colocando em questão a própria noção de (psico)patologia na infância e adolescência.

---

1 A previsão é que a CID 11 passe a ser usada como sistema classificatório oficial pelos países-membros da OMS a partir de 2022. (WHO, 2018)

Os processos de criação do DSM-5 e do capítulo de transtornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvimento da CID 11 incluíram intensa colaboração entre os grupos que revisaram os dois manuais, buscando a “harmonização” entre ambos. (APA, 2014) Essa parceria já havia ocorrido entre as forças-tarefas do DSM-4, de 1994, e da CID 10, de 1992, visando reduzir as diferenças entre as classificações. (APA, 1995) Desta forma, a despeito de a CID 11 não se basear em listas de critérios diagnósticos, há marcantes semelhanças entre os quadros presentes em ambas.

No que se refere a crianças e adolescentes, a característica mais marcante do DSM-5 e da CID 11 é o desaparecimento dos diagnósticos especificamente dedicados a essa faixa etária. Os “Transtornos usualmente evidentes pela primeira vez na infância e adolescência”, do DSM-4, e os “Transtornos com início específico na infância”,<sup>2</sup> da CID 10, são substituídos principalmente pelo grupo dos *transtornos do neurodesenvolvimento*. Nele se agrupam as deficiências intelectuais (na CID 11, “transtornos do desenvolvimento intelectual”),<sup>3</sup> os transtornos da comunicação (“transtornos do desenvolvimento da fala ou da linguagem”), os transtornos específicos da aprendizagem (“transtorno do desenvolvimento da aprendizagem”), os transtornos motores (“transtorno do desenvolvimento da coordenação motora” e “transtorno de movimento estereotipado”), o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do espectro autista (TEA).

Os demais diagnósticos, que, no DSM-4 e na CID 10 faziam parte de grupos evidentes ou com início na infância, na DSM-5 e na CID 11, estão dispersos em outras seções, ao lado dos transtornos “adultos”. O transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo foram incluídos no grupo dos transtornos de ansiedade (na CID 11, “transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo”); a pica, nos transtornos alimentares; a enurese e encoprese, nos transtornos da eliminação; o transtorno de conduta (“transtorno de conduta antissocial”) e o transtorno opositivo desafiador, no grupo dos transtornos disruptivos, do controle dos impulsos e da conduta (“transtornos do

---

2 Esse grupo da CID 10 abrange os “Transtornos do desenvolvimento psicológico” (F 80 – F 89) e os “Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência” (F 90 – F 98). (OMS, 1993)

3 Entre parênteses e em itálico vai o título da seção ou grupo diagnóstico correspondentes na CID 11, com tradução nossa.

comportamento disruptivo ou antissocial”); o transtorno de apego reativo e o transtorno de interação social desinibida, nos transtornos relacionados a traumas e estressores (“transtornos especificamente associados com estresse”). O novo diagnóstico de transtorno de escoriação [*skin picking*], que geralmente tem seu início na adolescência e que é caracterizado por “beliscar” repetidamente a pele, foi alocado tanto no DSM-5 como na CID 11 no capítulo do TOC e transtornos relacionados (na CID, no subgrupo dos “transtornos do comportamento repetitivo focados no corpo”).

Uma das poucas diferenças entre as duas edições mais recentes dos dois manuais, no que se refere à infância e adolescência, diz respeito a um novo diagnóstico, batizado de “transtorno disruptivo de desregulação do humor (TDDH)”, fazendo parte do grupo dos transtornos depressivos no DSM-5. A CID 11 não inclui esse quadro, descrevendo a síndrome como um subtipo do “transtorno desafiador de oposição com irritabilidade e raiva crônicas” (TOD), parte do grupo dos “transtornos do comportamento disruptivo ou dissocial”. (APA, 2014; WHO, 2018)

Por outro lado, a CID 11 inclui no grupo dos “transtornos devidos ao uso de substâncias ou a comportamentos aditivos” o “*gaming disorder*” (*digital gaming* ou *video-gaming*), abrangendo os subtipos “predominantemente online” e “predominantemente offline”. No DSM-5, o correlato desse quadro, o “transtorno do jogo pela internet”, aparece no tópico “condições para estudos posteriores”, não sendo recomendado seu uso na clínica até que pesquisas futuras corroborem (ou não) sua validade. Nessa seção do DSM está também a “autolesão não suicida”, referente a comportamentos tipicamente iniciados na adolescência, quando a pessoa se utiliza de facas, lâminas ou outros objetos cortantes para infligir cortes ou perfurações na pele, com o objetivo de obter alívio e/ou para lidar com dificuldades de relacionamentos. (APA, 2014) A possibilidade de sua inclusão é – sem trocadilho – uma faca de dois gumes. Por um lado, implica o reconhecimento de que esses problemas são cada vez mais comuns na clínica com crianças e jovens; por outro, revela que o furor classificatório em psiquiatria não deixa nada de fora, transformando em doenças ou transtornos tudo que é do registro do mal-estar e do sofrimento social e subjetivo. (DUNKER, 2015)

A inclusão, retirada ou realocação de um dado diagnóstico nas classificações parece, à distância, se dar de modo puramente empírico, científico e

neutro, resultando do acúmulo de conhecimento da psiquiatria sobre as patologias mentais; mas não é bem assim que isso acontece, pois sempre há interferência de fatores externos (socioculturais, econômicos) e dos valores dos pesquisadores nesse processo. O caso da retirada da homossexualidade do DSM em 1973 e, até certo ponto, da exclusão da Síndrome de Asperger no DSM-5 são exemplos de situações nas quais pressões externas (do movimento gay, no primeiro caso, e de setores do movimento da neurodiversidade, no segundo) foram tão ou mais importantes do que as evidências científicas. (ALLRED, 2009; LIEBERMAN, 2016) Além disso, há sempre uma questão de fundo, raramente explicitada: o que é normal e o que é patológico no que tange ao comportamento e às emoções, principalmente se tratando de crianças e adolescentes? Nessa faixa etária, as mudanças físicas e psicológicas – o que chamamos de “desenvolvimento” – instauram continuidades e discontinuidades que ampliam o desafio de estabelecer claramente essa distinção. As fronteiras entre normalidade e patologia, especialmente no campo mental, não são fixas, havendo alternância entre períodos de relativa estabilidade e outros de mobilidade e redefinição de tais demarcações. O surgimento de novas edições das classificações constitui um momento privilegiado para observar essas fronteiras em movimento.

## **Normalidade e patologia nos transtornos de conduta, de oposição desafiante e de ansiedade**

A referência à normalidade está presente na descrição de diversos transtornos do DSM-5, embora o texto do manual não se dedique a uma análise mais profunda e detalhada dos pressupostos implícitos nesse tipo de conceito. Cabe a nós, portanto, realizar essa difícil e indispensável tarefa.

Os transtornos de conduta (TC) talvez sejam o exemplo mais evidente da dificuldade em distinguir claramente condutas cotidianas normais daquelas consideradas patológicas. Tais quadros facilmente mobilizam visões moralistas ou o uso de estereótipos com pouca sustentação científica e eticamente problemáticos, como o dos “pequenos psicopatas”. Esse grupo de “patologias” é herdeiro da “delinquência juvenil”, tema prevalente no início do século XX, na interface entre a justiça (tribunais de menores), a psiquiatria e a filantropia. (CONRAD; SCHNEIDER, 1992; JONES, 1999)

O grupo dos transtornos de conduta (incluindo o Transtorno de Oposição Desafiante [TOD]) envolve a presença de atos antissociais, desafiadores ou agressivos que não são eventuais ou circunstanciais, mas frequentes e persistentes, colocando em xeque a capacidade da criança ou do jovem de se conduzir dentro das normas ou regras hegemônicas em seu meio cultural, com impacto negativo em sua inserção na família, na escola e na comunidade em geral. Sua prevalência varia entre 5% e 10%, com taxas maiores em adolescentes do que em crianças, sendo considerado um dos transtornos psiquiátricos infantojuvenis mais comuns. (GOODMAN, SCOTT, 2012) Mas seria de fato um “transtorno psiquiátrico”?

Para responder a essa pergunta, é preciso levar em consideração três fatores. Em primeiro lugar, pela própria definição, fica claro que o diagnóstico de TC tem como referência a expectativa coletiva de obediência a certas regras de conduta em sociedade. Assim, o comportamento disruptivo da criança pode estar “adequado” ao padrão do meio cultural ao qual ela pertence, embora distante do ideal de conduta presente no profissional que a avalia. Portanto, é sempre necessário investigar se tratamos de um caso de psicopatologia ou de uma variante cultural aceita na comunidade em que vive a criança. Nesse sentido, o próprio DSM-5 reconhece que

O diagnóstico de transtorno da conduta pode ser incorretamente aplicado a indivíduos que vivem em ambientes nos quais os padrões de comportamento disruptivo são considerados quase normais (p. ex., em áreas de crime altamente ameaçadoras ou em zonas de guerra). Portanto, o contexto em que os comportamentos indesejáveis ocorreram deve ser levado em consideração. (APA, 2014, p. 474)

Em segundo lugar, os “sintomas” de TC ou TOD muitas vezes apontam mais para problemas psicossociais ou familiares complexos do que para a presença de psicopatologia na criança. O que distingue esse grupo é sua associação maciça com variáveis socioeconômicas e culturais, maior do que a de qualquer outro quadro infantojuvenil. Entre os “fatores de risco” para TC/TOD, além de características individuais (como temperamento “difícil”, limitações intelectuais e quadros comórbidos), se destacam aqueles ligados ao ambiente social, especialmente à desvantagem socioeconômica: regiões urbanas pobres, desemprego, más condições de moradia, apoios sociais precários.

Ao lado desses fatores, estão aqueles ligados ao ambiente educacional: escolas inadequadas, com turmas grandes e espaços precários; pouca disponibilidade dos professores para dar apoio, para ajudar a superar dificuldades e para oferecer reforço positivo. Os fatores associados ao ambiente familiar são igualmente relevantes: psicopatologia e criminalidade na família (especialmente pais ou irmão mais velho), incluindo uso abusivo de álcool e outras drogas; manejo gravemente inadequado dos filhos, incluindo uso de coerção, punições severas, abuso físico ou sexual, controle excessivo, rejeição, falta de apoio emocional, permissividade e pouca supervisão; conflitos e violência doméstica, famílias muito grandes. (ALMEIDA et al., 2019; SCOTT, 2015)

Por fim, é preciso considerar que a agressividade é um elemento presente no desenvolvimento normal das crianças. Além disso, à medida que elas vão crescendo e ganhando autonomia, posturas opositoras e questionadoras em relação aos adultos são esperadas. Isso nem sempre é negativo e não aponta necessariamente para uma patologia. Novamente, o texto do DSM-5 comenta que:

Muitos dos sintomas que definem os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta são comportamentos que ocorrem, em alguma medida, em indivíduos com desenvolvimento típico. Portanto, é extremamente importante que a frequência, a persistência, a pervasividade nas situações e o prejuízo associado aos comportamentos indicativos do diagnóstico sejam considerados em relação ao que é *normal* para a idade, o gênero e a cultura da pessoa antes de se determinar se são sintomáticos de um transtorno. (APA, 2014, p. 462, grifo nosso)

No caso específico do transtorno de oposição desafiante, o manual faz uma advertência semelhante:

A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites *normais* e um comportamento sintomático. No caso de crianças com idade abaixo de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias durante um período mínimo de seis meses [...]. No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante no mínimo

[...]. Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa *normativa* para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo. (APA, 2014, p. 462, grifo nosso)

O DSM-5 não esclarece, contudo, como se define tal “faixa normativa”, assim como não informa como calculou que frequência e duração estariam dentro dos limites do desenvolvimento normal em cada faixa etária, face ao que já configuraria uma psicopatologia.

O caso dos transtornos de ansiedade é bastante ilustrativo da relevância do *desenvolvimento* como fator demarcador entre condutas normais e patológicas. Na infância, assim como na vida adulta, a ansiedade nem sempre é patológica, podendo representar uma resposta adaptativa transitória aos desafios que o ambiente apresenta à criança.

Tomemos como exemplo o “transtorno de ansiedade de separação”, quadro ansioso típico da infância. Em sua descrição no DSM-5, o termo *normal* não aparece, mas os sintomas estão quase sempre acompanhados de adjetivos como “excessivo”, “recorrente” e “persistente”. O texto, contudo, adverte que

Períodos de exacerbação na ansiedade de separação de figuras de apego fazem parte da fase inicial do desenvolvimento *normal* e podem indicar o estabelecimento de relações de apego seguras (p. ex., em torno de 1 ano de idade, quando os bebês podem sofrer de ansiedade reativa a pessoas estranhas). (APA, 2014, p. 192, grifo nosso)

Desta forma, nos primeiros anos de vida, quando ainda não construiu um mundo interno totalmente autônomo nem está segura em relação a seu ambiente, é comum que a criança demonstre ansiedade frente a estranhos e choro ao se afastar das figuras familiares de referência. No período pré-escolar, o que normalmente predomina são medos específicos, como de animais e de escuro, podendo também haver rituais na hora de dormir. À medida que a criança cresce e passa a apresentar maior desenvolvimento da vida mental e da vida de relação, aparecem medos de fracasso, críticas ou violência, além de medos imaginários como de fenômenos sobrenaturais. Na adolescência,

são comuns preocupações sobre morte, aparência e comparação entre pares, o que é compatível com o novo papel que o sujeito é convidado a assumir a partir dessa fase. (ALMEIDA et al., 2019; MARCELLI, COHEN, 2010) Desta forma, a ansiedade só deveria ser considerada patológica quando exageradamente intensa, persistente, inadequada à idade ou à fase de desenvolvimento e quando interfere negativamente nas relações e nos ambientes onde a criança circula. Pode-se perceber que não é no registro da objetividade mensurável, mas na dimensão subjetiva, relacional e valorativa que noções como “excessivo”, “recorrente” e “persistente” ganham sentido. Isso nos leva diretamente ao tópico seguinte.

## **O normal e o patológico: o TDAH à luz da teoria de Georges Canguilhem**

Para aprofundar a investigação sobre os critérios de normalidade e patologia e sua relação com a infância e adolescência, apresentaremos os principais conceitos introduzidos por Georges Canguilhem (1904-1995), para, em seguida, aplicá-los a um dos diagnósticos mais difundidos da psiquiatria infantil contemporânea, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

As noções de normal e anormal, aparentemente ancoradas em firmes critérios objetivos e quantitativos, submeteram-se, a partir do trabalho do filósofo e médico francês, a um remanejamento epistemológico, levando a mudanças no entendimento sobre a saúde e a doença, com reflexos na práxis clínica. A publicação de *O normal e o patológico*, inicialmente tese de doutoramento em medicina de Canguilhem, em 1943,<sup>4</sup> produziu o deslocamento do fenômeno da doença (e, em consequência, da saúde) da dimensão do *fato* para o campo dos *valores*.

Já na primeira parte de seu livro, Canguilhem identifica um dos equívocos do modo clássico de se entender o patológico e o explicita sob a forma de pergunta: “Seria o estado patológico apenas uma variação quantitativa do estado normal?”. (CANGUILHEM, 2000, p. 19) O filósofo argumenta que

---

4 A tese foi publicada em 1943 com o título de *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Em 1966, foi reeditada com o título de *O normal e o patológico, acrescida de Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico*.

considerar o anormal uma simples redução ou acréscimo feito sobre o fato fisiológico equivalia a converter a continuidade entre normalidade e patologia em homogeneidade, estabelecendo entre ambas uma identidade que podia ser contestada empiricamente a partir da própria experiência do adoecimento. Além disso, essa postura acabava por tornar sem sentido a noção de doença, reduzida a simples variação (para mais ou para menos) do funcionamento corporal.

Sustentando a ilusão da objetividade do normal haveria dois campos. O primeiro, da experimentação laboratorial, entende como fenômenos normais aqueles “cujos caracteres medidos se revelam idênticos a si mesmos num determinado indivíduo, em determinadas condições e [...] idênticos de um indivíduo para outro em condições idênticas”. (CANGUILHEM, 2000, p. 114) Costuma-se ignorar que o pesquisador, a priori, já admite certas condições como normais (e não as instaura) e que as próprias circunstâncias da experimentação criam um campo no qual uma dada norma de funcionamento se torna possível de medição e repetição.

O segundo pilar que sustenta a visão quantitativa do normal é o conceito de “média”. Aqui, seria a biometria que garantiria a identificação do normal com aquilo que se encontra com mais frequência numa população. Para Canguilhem, se a média é signo de uma norma, isso se dá no sentido oposto ao usualmente considerado. “Um traço humano não seria normal por ser frequente, mas frequente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida [...]”. (CANGUILHEM, 2000, p. 125-126) A maior frequência de certas características não é a ponta visível de uma normalidade que subjaz imutável, mas expressa o arranjo que permite um melhor desfrute da vida pela maior parte dos indivíduos, dadas determinadas circunstâncias de vida. Mudando essas condições, tudo muda.

Como alternativa à concepção que entende a patologia como mera variação quantitativa da saúde, Canguilhem propõe um novo prisma: na definição da doença se inscreve um critério valorativo, que é próprio do ser vivo em suas manifestações mais elementares. Vida é polaridade, implica preferir e excluir. Os seres vivos, ao contrário dos inanimados, não são indiferentes a seu meio, mas atribuem valências positivas e negativas a suas experiências, valor esse que tem relação com as condições de preservação e reprodução da vida. (BEZERRA JÚNIOR, 2006) É a noção de *normatividade* vital que

resume esse princípio: ela é a capacidade – compartilhada, em seus elementos mais básicos, com todo ser vivo – de romper normas obsoletas ou mais restritivas e instalar novas normas no ambiente, aumentando seu repertório de respostas a situações novas e imprevisíveis. Estar saudável significa ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, é ter um “seguro biológico” que permite ao indivíduo ficar doente e se recuperar. Canguilhem ressalta assim o caráter contextual da noção de normalidade, já que o normal não porta nenhuma intrinsecabilidade e nem o é por si só, e sim na relação e dependência do meio onde vive. Como afirma Bezerra Júnior (2006, p. 104),

O indivíduo se constitui como uma solução dinâmica e funcional que responde às exigências do meio em que vive, por isso o meio faz parte, por assim dizer, da constituição da natureza do indivíduo; por outro lado, ao criar novas normas, o indivíduo influi sobre o ambiente, modificando-o, segundo suas aspirações, suas formas de vida. Ocorre um movimento contínuo de reestruturação recíproca, que difere muito do simples processo de adaptação: organismo e meio mudam juntos.

Este novo enfoque pressupõe a crítica à ambiguidade presente na noção de normalidade, que acaba “designando ao mesmo tempo um fato e um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota”. (CANGUILHEM, 2000, p. 95) Deriva daí a confusão observada no campo médico, “em que o estado normal designa ao mesmo tempo o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal”. (CANGUILHEM, 2000, p. 96) Na definição de normal necessariamente se intromete um critério valorativo, a busca por “harmonia” ou “equilíbrio”, por um tipo ideal de estrutura ou comportamento.

Em resumo, como consequência da impossibilidade de definir o patológico como uma *variação quantitativa* de uma “fisiologia humana média” e de reduzir o normal à média estatística dos comportamentos (orgânicos ou psíquicos) de toda uma população, é apenas no registro dos valores que se pode compreender o fenômeno da doença. A esta não se tem acesso por meio da inclusão do suposto doente num rígido esquema de desvio do padrão do grupo em que se insere, mas pelo que, no corpo e na palavra da pessoa, testemunham a restrição de sua ação livre dentro dessa mesma comunidade. Neste

novo ponto de vista, sob o qual a doença é vista como *alteração qualitativa*, o que definiria um determinado fenômeno ou estado como patológico seria o mal-estar relatado e/ou experimentado pela pessoa que sofre. O indivíduo só se percebe doente quando se vê limitado no exercício de seus potenciais de vida, sendo a doença uma “redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”. (CANGUILHEM, 2000, p. 160)

No caso do TDAH, a escolha da denominação do quadro já expõe, por si, o referencial no qual ele se insere: falar em hiper (atividade) e déficit (de atenção) demonstra que estamos no registro da doença entendida como variação quantitativa. A ação e a atenção passam a ser abordadas como se pudessem ser objetivamente mensuradas. Algo é acrescentado ou retirado da fisiologia cerebral e/ou do comportamento observável, e é isso que transforma o fenômeno num distúrbio psiquiátrico. Tal visão carrega consigo o problema de tentar deduzir linearmente o patológico do normal, ignorando que “a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem vital fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital”. (CANGUILHEM, 2000, p. 156) É possível que a inscrição do TDAH no registro das quantidades seja um dos fatores que explique sua ampla aceitação, já que o diagnóstico costuma resultar de uma simples soma de critérios comportamentais. No registro da psiquiatria baseada em lista de sintomas, ou *checklist-based psychiatry* (LIMA, 2019), basta ter ação a mais e atenção de menos. Mas a mais ou de menos em relação ao quê?

Obviamente, é necessário um referencial de normalidade, a partir do qual ocorre o desvio. No caso analisado, ele tentará emergir da identificação da norma com a média de comportamentos das crianças numa determinada população. A partir de escalas de avaliação preenchidas por pais e professores, a soma de comportamentos incômodos, importunos ou desviantes em uma criança, presentes por pelo menos seis meses, é tomada como suficiente para definir seu comportamento como patológico e, em consequência, convertê-la em “portadora” do TDAH. Nesta concepção, o que garante a objetividade da patologia é sua inscrição em um registro no qual comportamentos empiricamente verificáveis ou descritos numa população se aproximam ou se afastam do normal à medida que também o fazem da média estatística de conduta esperada ou encontrada no grupo. Este é um dos referenciais que sustentará o TDAH como transtorno neuropsiquiátrico e, em última instância, a

caracterização das crianças ditas desatentas/hiperativas como doentes, posto que anormais.

Como já comentamos, nos manuais psiquiátricos a definição de normal é praticamente ignorada ou é mencionada de modo ligeiro. No caso do TDAH, o DSM-5 aponta apenas que “muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é altamente variável, antes dos 4 anos de idade”. (APA, 2014, p. 62) Já a CID 11 só comenta que “o grau de desatenção e hiperatividade-impulsividade está fora dos limites da variação normal esperada para a idade e o nível de funcionamento intelectual”. (WHO, 2018) Na verdade, por trás do TDAH, além da identificação do normal com a média, há todo um ideal de funcionamento familiar, escolar e comunitário que é almejado para a criança; a falha em alcançá-lo instala o “mal-estar” (às vezes na criança, quase sempre nos pais, sempre na escola) e a percepção de “disfunção”. Mesmo que não percebamos, é de uma limitação na normatividade individual que se trata quando avaliamos que um comportamento inquieto ou desatento merece ser nomeado de “transtorno”. O ideal de criança em jogo pressupõe a valorização do bom desempenho das funções de ação e atenção como fundamental para a “normalidade”, transformando-as em foco de vigilância e cuidados especiais.

A abrangência dos critérios diagnósticos do TDAH e a obstinação com a qual legiões de crianças (adolescentes e adultos também) neles vêm sendo incluídas nos fazem pensar se podemos encontrar algo mais que fracos ecos de uma referência à normatividade individual, do modo como Canguilhem a conceituou. Se esta implicava a capacidade de instaurar normas que maximizem as possibilidades do livre exercício da vida, a adequação a ferro, fogo e psicofármacos a estilos de conduta só parecem contradizê-la e limitá-la. O exercício da normatividade por uma criança parece exigir, hoje, bem mais do que antes: objetividade, força de vontade, tenacidade. Estas exigências limitam o campo de criação de novas normas de vida pela própria criança, deixando claras as trilhas que se deseja que ela percorra. Perde-se em liberdade para se tentar ganhar em “eficiência”. Vale a pena a troca? Seria bom escutarmos mais as crianças antes de responder a essa questão.

## A Síndrome da Criança Normal

Para Canguilhem (2000, p. 23), a experiência do adoecer não autoriza reduzir o patológico a um epifenômeno do normal, pois é da doença que se extraem as considerações sobre a normalidade do corpo e da mente, e não o contrário. “É no patológico, com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde”, afirma o filósofo. O sofrimento e a limitação estariam na origem do esforço para conhecer a doença e a saúde: “é o pathos que condiciona o logos porque é ele que o chama. É o anormal que desperta o interesse teórico pelo normal. As normas só são reconhecidas como tal nas infrações”. (CANGUILHEM, 2000, p. 169)

Se é a partir da doença que deduzimos a saúde, que concepção de normalidade estaria implícita nas novas categorias psiquiátricas infantis e juvenis? Para responder, basta inverter os enunciados dos diagnósticos de alguns dos quadros psiquiátricos da infância descritos no DSM-5, ou seja, partir do “anormal” para entender a “norma”. Seguindo o modelo do manual norte-americano, os “anti-critérios” que surgem dão origem ao que denominei de Síndrome da Criança Normal (SCN), para acompanhar os acrônimos tão associados aos diagnósticos atuais. (LIMA, 2016) Na versão abaixo, a SCN está atualizada pelo DSM-5, com aumento do número de tópicos:

Quinze (ou mais) dos seguintes “sintomas” persistindo pelo período mínimo de seis meses:

1. Está atenta a detalhes, não cometendo erros por descuido em tarefas escolares ou outras;
2. Não desafia nem se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade;
3. Não se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
4. Tem facilidade para organizar tarefas e atividades;
5. Tem facilidade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
6. Não incomoda propositalmente as outras pessoas;
7. Não evita, não detesta e nem reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (como trabalhos escolares ou lições de casa);
8. Não costuma ser sensível ou incomodar-se com facilidade;

9. Escuta com atenção quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;
10. Não perde coisas necessárias para tarefas e atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros);
11. Nunca perde a calma;
12. Não culpa outros por seus erros ou mau comportamento;
13. Nunca deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
14. Segue instruções até o fim e consegue terminar seus trabalhos escolares, não perdendo o foco ou o rumo;
15. Brinca e se envolve calmamente em atividades de lazer;
16. Não questiona a autoridade dos adultos;
17. Não remexe ou batuca as mãos ou os pés nem se contorce na cadeira;
18. Fala sempre na medida certa, nunca em demasia;
19. Não costuma ser esquecido em relação às atividades cotidianas;
20. Não se mostra malvado ou vingativo;
21. Não se distrai, mesmo na presença de estímulos externos;
22. Espera sua vez sem dificuldades;
23. Nunca age como se estivesse “com o motor ligado”;
24. Não corre ou sobe nas coisas;
25. Não é raivoso nem ressentido;
26. Não explode nem se descontrola emocionalmente em resposta a situações cotidianas;
27. Não inicia brigas físicas;
28. Não mente para conseguir bens materiais, favores ou evitar obrigações;
29. Sempre obedece quando os pais o proíbem de ficar fora de casa à noite;
30. Não falta às aulas;
31. Se preocupa quando tem desempenho fraco na escola, e sempre se esforça para melhorá-lo.

Caso alguém se depare com uma criança que preencha muitos dos quesitos acima, deveria encaminhá-la – urgentemente! – para atendimento clínico,

pois a SCN pode equivaler, quem sabe, ao Transtorno de Excesso de Atenção ou Hipoatividade (TEAH), ao Transtorno de Conformismo e Acomodação (TCA) ou ainda ao Transtorno de Hipercontrole e Imutabilidade do Humor (THIH). Para além do chiste – ou, freudianamente falando, exatamente pelo chiste – a função da SCN é a de nos fazer refletir e perguntar: que ideal de normalidade nós, adultos, estamos impondo a nossos filhos, netos, pacientes e alunos? Com o auxílio de Canguilhem, e na contramão da patologização de tudo que escapa da média estimada ou da conduta idealizada, devemos inclusive admitir que o pleno exercício da normatividade pode exigir, por parte da criança, a hiperatividade e a desatenção como estratégias para manter a sanidade em um meio familiar perturbado, em uma classe escolar superlotada ou em situações de violência e/ou institucionalização prolongadas.

### **Do transtorno à condição: o caso do autismo**

A Síndrome da Criança Normal é aparentada da síndrome neurotípica, o que nos permite, como tópico final, abordar os Transtornos do Espectro Autista (TEA). Usando do recurso da ironia (que não seria característica “natural” dos autistas) para defender que o TEA se situa no registro da diferença e não da doença ou déficit, os autistas do (fictício) Instituto para o Estudo dos Neurologicamente Típicos [*Institute for the Study of the Neurologically Typical*] incluíram a neurotipicidade, ou seja, as características dos não autistas, no campo da patologia. Como mostra Ortega (2008, p. 478):

O autor do ‘instituto’ confessa que criou o site como expressão do ‘ultraje autista’, depois de conferir que aquilo que é escrito por ‘especialistas’ e ‘profissionais’ sobre o autismo é ‘arrogante, insultante e simplesmente errado’. No site, a ‘síndrome neurotípica’ é tida como ‘um transtorno neurobiológico caracterizado pela preocupação com questões sociais, delírios de superioridade e obsessão pela conformidade’. Além disso, os indivíduos neurotípicos (NT) ‘frequentemente assumem que sua experiência do mundo é a única ou a única correta. Neurotípicos acham difícil ficar sozinhos e, em geral, são aparentemente intolerantes às menores diferenças nos outros’.

O movimento da neurodiversidade<sup>5</sup> autista inverte o ônus da prova, e somos nós, os não autistas, que ficamos com a tarefa de provar que não temos um transtorno neurobiológico. Ou será que temos?

No domínio dos TEA, é importante observar como o vocabulário utilizado para descrever o quadro autista vem mudando nos últimos anos, em parte como efeito da visibilidade e ativismo dos próprios autistas, provocando novos deslocamentos na fronteira entre normalidade e patologia. Vejamos como o autismo é apresentado nas classificações atuais, com destaque para o par *normal/anormal*. No DSM-5, entre as características dos TEA estão, por exemplo, os “déficits na reciprocidade socioemocional” que incluem a “abordagem social *anormal* e dificuldade para estabelecer uma conversa *normal*”, os “déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social”, como a “*anormalidade* no contato visual e linguagem corporal” e os “interesses fixos e altamente restritos que são *anormais* em intensidade ou foco”. (APA, 2014, p. 50, grifo nosso) Nas páginas do manual, *anormal* e *anormalidade* geralmente estão associados a substantivos como “déficit”, “dificuldade” “prejuízos” e “ausência” e a adjetivos como “reduzido”, “repetitivo”, “rígido”, “inflexível”, “incomum” e “excessivo”. Da mesma forma, a CID 11 descreve o *Autism Spectrum Disorder* (ASD/TEA) como

caracterizado por *déficits* persistentes na capacidade de iniciar e sustentar interação social recíproca e comunicação social e por uma variedade de padrões de comportamento e interesses *restritos, repetitivos e inflexíveis*. O início do distúrbio ocorre durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar completamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as *capacidades limitadas*. Os *déficits* são suficientemente severos para causar *prejuízos* nas áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento [...]. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, tradução nossa, grifo nosso)

---

5 Neurodiversidade é um termo criado em 1999 por Judy Singer, portadora da Síndrome de Asperger, com influência do feminismo, internet e movimento de direitos dos deficientes (especialmente dos surdos). O termo se refere a uma conexão neurológica atípica ou neurodivergente, deslocando o autismo do campo da patologia ou déficit para o registro da diferença. (ALLRED, 2009; ORTEGA, 2008)

Ao mesmo tempo em que as categorias diagnósticas do DSM e da CID se difundem mundo afora, os movimentos de pessoas com autismo vêm re-descrevendo o TEA em vocabulário menos negativo e patológico. Assim, o próprio termo *transtorno* [*disorder*] vem sendo substituído por *condições* (do espectro autista). Tomemos como exemplo a página da *Autistic Self Advocacy Network* (ASAN), entidade não governamental baseada nos EUA formada por adultos e jovens autistas, seus familiares, profissionais e educadores, entre outros. Tendo como objetivo promover os direitos civis e melhorar a percepção pública do autismo, a ASAN descreve esse quadro como “*variação neurológica* que ocorre em cerca de 1% da população e é classificada como uma deficiência do desenvolvimento [*developmental disability*]”, não sendo “uma *condição* nova”. (ASAN, 2019, tradução nossa, grifo nosso) A ASAN tenta encontrar um meio-termo entre os traços particulares dos indivíduos autistas e os atributos universais da categoria autismo, afirmando que:

Os termos ‘autista’ e ‘espectro autista’ são frequentemente usados para se referir inclusivamente a pessoas que têm um diagnóstico oficial no espectro autista ou que se identificam com a *comunidade* autista. Embora todos os autistas sejam tão únicos quanto quaisquer outros seres humanos, eles compartilham algumas características típicas do autismo em comum. (ASAN, 2019, tradução nossa, grifo nosso)

Sua descrição do quadro autista, em boa parte, adere aos critérios do DSM e da CID, mas almeja introduzir o autismo no âmbito da diferença (e não da psicopatologia), valorizando aspectos que os distinguem dos “neurotípicos”:

1. Experiências sensoriais *diferentes*. 2. Formas *não padronizadas* de aprender e abordar a solução de problemas. 3. Pensamento *profundamente focado e interesses apaixonados* em assuntos específicos. 4. Movimento *atípico*, por vezes repetitivo. 5. Necessidade de *consistência, rotina e ordem*. 6. Dificuldades em compreender e expressar a linguagem *como usada na comunicação típica*, verbal e não verbal. [...] As pessoas com um diagnóstico do espectro autista, geralmente continuam lutando para usar a linguagem para explicar suas emoções e estados internos e para articular conceitos (*o que não quer*

dizer que eles não experimentam e entendem isso). 7. Dificuldades em compreender e expressar *interação social típica*. Por exemplo, preferindo *interação paralela*, tendo respostas atrasadas ao estímulo social, ou comportando-se de maneira ‘inapropriada’ às normas de um determinado contexto social. (ASAN, 2019, tradução nossa, grifo nosso)

Esse deslocamento conceitual não se limita aos movimentos de defesa dos diretos dos autistas. Na página da tradicional e conceituada *Clínica Tavistock*, no Reino Unido, o quadro também é chamado de *Autistic Spectrum Conditions* (ASC):

Como a ASC é uma *condição* do neurodesenvolvimento, não há ‘cura’, mas há várias intervenções individuais, familiares, educacionais e outras que estão disponíveis para ajudar crianças, adultos e famílias. (THE TAVISTOCK AND PORTMAN TRUST, 2019, tradução nossa, grifo nosso)

As posições da ASAN e da Tavistock poderiam ser tidas como periféricas, mas pesquisadores proeminentes também vêm defendendo, desde o final dos anos 1990, visões do autismo menos próximas à patologia. Para Happé (1999), as características autistas corresponderiam mais a um *estilo* do que a um *déficit* cognitivo, implicando bom desempenho nas situações que exigem atenção a detalhes ou a informações parciais, e dificuldades em tarefas que requerem a identificação do sentido global ou a integração dos estímulos em seu contexto (“coerência central”). Baron-Cohen (2000) propôs a aplicação do termo *diferença* à Síndrome de Asperger, por ser mais “neutro”, “justo” e “desprovido de valor” do que os termos lesão [*impairment*] e deficiência [*disability*], que seriam adequados apenas a autistas de baixo funcionamento. Mais recentemente, o mesmo pesquisador apontou a noção de neurodiversidade como “revolucionária” e menos patologizante, por dar mais relevância ao que a pessoa com autismo consegue fazer do que àquilo que ela não consegue. (BARON-COHEN, 2017)<sup>6</sup> Tudo isso mostra que o autismo, que já foi psi-

---

6 Não podemos deixar de apontar que, em nosso meio, Cavalcanti e Rocha (2001) fizeram críticas às “metáforas negativas” usadas por psiquiatras e psicanalistas para descrever o autismo, como “fortaleza-vazia”, “tomada desligada”, “ovo”, “concha”, “carapaça” ou “folha de papel”.

ose infantil precoce, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista, e que agora parece a caminho de ser rebatizado como Condições do Espectro Autista, não se deixa se capturar de modo fácil pelos rótulos.

## Para concluir

Este texto abordou as categorias psiquiátricas ligadas à infância e adolescência nas classificações contemporâneas, com o duplo objetivo de apontar de que modo o par normal/anormal se faz presente em seus critérios diagnósticos, e que ideais de normalidade se revelam quando invertemos o sinal da psicopatologia (de negativo para positivo, ou vice-versa), gerando a Síndrome da Criança Normal.

Dos transtornos de conduta e TOD até os transtornos de ansiedade e o TEA, pudemos mostrar que o tema do normal e o patológico raramente é abordado de modo explícito ou elaborado nas páginas do DSM ou na CID, mas seus rastros sempre podem ser identificados. A partir do TDAH, percebemos como a noção de *normatividade* introduz uma nova dimensão nesse debate, para além da normalidade tomada como média ou ideal, situando o patológico não como variação quantitativa do normal, mas como alteração qualitativa no percurso da vida daquele sujeito – em nosso caso, da criança e seus cuidadores –, tomado sempre em sua relação com o ambiente natural e cultural.

Além disso, observamos como o radical *neuro* se universaliza, designando tanto um amplo grupo de transtornos iniciados na infância (os transtornos do neurodesenvolvimento) quanto as identidades de indivíduos que se identificam como “neurodiversos”. Mesmo os não autistas são apresentados como “neurotípicos”. Isso mostra o quanto as neurociências se tornaram fonte de legitimação para gregos e troianos, ou seja, tanto para aqueles que aderem às categorias psiquiátricas quanto para os que as questionam ou subvertem. O cérebro parece ter se tornado o *locus* definitivo e definidor da subjetividade na cultura atual.<sup>7</sup> Frente a esse fenômeno, a própria noção de

---

7 Para uma visão mais abrangente desse tema, remetemos os leitores a Vidal e Ortega, *Being brains: making the cerebral subject*. New York: Fordham University Press, 2017, que em breve contará com versão em português.

*psico* vai se esvaziando, levando a previsões de que, num futuro próximo, psiquiatria e neurologia estarão fundidas na nova disciplina das “neurociências clínicas”. (INSEL, QUIRION, 2005)

Se quisermos levar o *neuro* em consideração, mas não nos limitarmos a ele, é preciso lançar mão de outras opções além dos *best-sellers* globais do mercado editorial da (neuro) psicopatologia. A *Classificação francesa de transtornos mentais da infância e da adolescência* (CFTMEA), que agora conta com edição brasileira, se apresenta como alternativa, apesar de algumas inconsistências, contradições e anacronismos. (LIMA, 2019) Ela inclui nas categorias principais de seu “Eixo I” (e não num grupo separado, como o “Z” da CID 10 ou “Q” da CID 11) situações consideradas “variações da normalidade”, como angústias, rituais e medos; momentos depressivos; condutas de oposição; condutas de isolamento; dificuldades escolares; atrasos e regressões transitórias; e aspectos originais de personalidade. Tais variações “podem corresponder a momentos fecundos do desenvolvimento, sem que a intensidade ou o incômodo eventualmente trazidos à vida relacional atribua a eles um valor de cunho patológico”, ou mesmo envolverem experiências mais duradouras, mas não necessariamente indicativas de psicopatologia, como “certas dificuldades escolares que parecer relacionadas à orientação, ao enquadramento, à pedagogia ou a certos aspectos originais da personalidade da criança ou do adolescente”. (MISÈS, 2018, p. 70-71)

A abertura para as “variações da normalidade” ressalta o que a clínica nos mostra de modo consistente e recorrente – que há demandas de cuidados e de escuta feitas pelos pais ou pela própria criança ou adolescente que não têm relação com psicopatologias claramente definidas. A diversidade da vida mental não permite catalogar todos os desvios como transtornos. Isso é ainda mais verdadeiro num momento histórico caracterizado por mudanças rápidas na vida social, deslocando os referenciais tradicionais que sustentavam os processos de subjetivação e as fontes de prescrição de normas de conduta individual e coletiva, que pareciam permitir a distinção entre o normal e o patológico sem muito esforço. Essa distinção é ainda mais difícil quando se refere a esses pequenos sujeitos, imersos em um processo que combina transformação constante com esforços repetidos de estabilização. Assim são as crianças: mutáveis exemplares a desafiar quaisquer tentativas de demarcação muito rígida dos territórios da normalidade e da patologia.

## Referências

ALLRED, Sarah. Reframing Asperger syndrome: lessons from other challenges to the diagnostic and statistical manual and ICDH approaches. *Disability & Society*, London, v. 24, n. 3, p. 343-355, 2009.

ALMEIDA, Roberto Santoro *et al.* *Saúde mental da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Manole, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *DSM-4: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AUTISTIC SELF ADVOCACY NETWORK [ASAN]. About autism. ASAN, Washington, DC, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2ZqAjl8>. Acesso em: 2 out. 2019.

AUTISTIC spectrum conditions. NHS, London, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3Bgv8AR>. Acesso em: 14 set. 2019.

BARON-COHEN, Simon. Is Asperger syndrome/high functioning autism necessarily a disability? *Development and Psychopathology*, Cambridge, v. 12, n. 3, p. 489-500, 2000.

BARON-COHEN, Simon. Editorial perspective: neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Hoboken, v. 58, n. 6, p. 744-747, 2017.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUI, Jacqueline (org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-109.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Paulina Schmidtbauer. *Autismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

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

DUNKER, Christian. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

- GOODMAN, Robert; SCOTT, Stephen. *Child and adolescent psychiatry*. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
- HAPPÉ, Francesca. Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, Cambridge, v. 3, n. 6, p. 216-222, 1999.
- INSEL, Thomas; QUIRION, Remi. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, Boston, v. 294, n. 17, p. 2221-2224, 2005.
- JONES, Kathleen. *Taming the troublesome child: American families, child guidance, and the limits of psychiatric authority*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- LIEBERMAN, Jeffrey; OGAS, Ori (org.). *Psiquiatria: uma história não contada*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.
- LIMA, Rossano Cabral. Psiquiatria infantil, medicalização e a Síndrome da Criança Normal. In: COMISSÃO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO DO CRP-RJ (org.). *Conversações em psicologia e educação*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016. p. 61-72.
- LIMA, Rossano Cabral. Classificação e psicopatologia da infância e adolescência: a contribuição francesa chega ao Brasil. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 173-177, 2019.
- MARCELLI, Daniel; COHEN, David. *Infância e psicopatologia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MISÈS, Roger (dir.). *Classificação francesa dos transtornos mentais da criança e do adolescente*. São Paulo: Instituto Langage, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-509, 2008.
- SCOTT, Stephen. Oppositional and conduct disorders. In: THAPAR, Anita *et al.* (ed.). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6. ed. Oxford: Wiley, 2015. p. 913-930.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. ICD 11: International Classification of Diseases 11th revision. WHO, Geneva, 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 25 fev. 2019.

PARTE II

**PERTURBAR OS SENTIDOS**  
ROMPENDO PRÁTICAS MEDICALIZANTES



# O ato de escrever e de ver-se em cena como forças de ruptura em práticas hegemônicas

---

*Adriana Marcondes Machado*

## **Momentos tensos e a persistência da vida**

O título da mesa em que este trabalho foi proposto – Romper práticas medicalizantes: um desafio para educação – nos convoca a pensar sobre como criar e fortalecer linhas minoritárias para romper aquilo que se estabelece como forma hegemônica. Linhas minoritárias lembram um livro de literatura infanto-juvenil em que o autor narra histórias de personagens secundários das versões oficiais (SOUZA, 1995), como ocorre com o passarinho da história de João e Maria que se torna, nessa reescrita, personagem principal, e que, num certo dia, procurando alimento, encontra com muito entusiasmo as migalhas de pão deixadas no caminho por João e Maria.

Trataremos a ruptura como algo que exige acessarmos forças minoritárias que atravessam práticas e concepções hegemônicas, o que implica corroborarmos as presenças e os percursos do que parece pouco valer. Na exposição do trabalho apresentado na mesa-redonda, foi anunciado que o seminário ocorria em uma universidade pública, a Universidade Federal da Bahia, (UFBA) que, naquele período, passava por uma crise. Esse seminário

se deu em um momento difícil – para as universidades, para a economia, para o que estabelecemos como projeto para agir na diminuição das desigualdades. Um ano antes, em 2014, houve uma greve de 118 dias na Universidade de São Paulo (USP). O projeto de modernidade e o intenso desenvolvimento tecnológico submetido a uma racionalidade instrumental nos levaram a um momento em que perdemos muitas conquistas; começou a ser questionado o contrato de trabalho de dedicação exclusiva, implementado como defesa de uma universidade em que os professores e as professoras se empenhassem na responsabilidade da construção dos saberes universitários em prol do caráter público do ensino, da extensão e da pesquisa.

Cinco anos se passaram desde o seminário e, ao escrever este texto, outra crise está instaurada: o presidente do Brasil utilizou a palavra “balbúrdia” para se referir às universidades públicas e propôs um corte de 30% das verbas para as universidades federais. Houve redução das bolsas de pós-graduação e, na USP, aposentadorias e demissões não têm sido repostas.

Observamos perdas nos espaços que, com muitos esforços, discussão e invenção, criaram rupturas em sistemas políticos autoritários, em leis trabalhistas injustas e em funcionamentos com intensa desigualdade. Um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas que contava, na equipe multiprofissional, com um educador físico e uma arte-educadora dispensa esses profissionais, submetido à ideia de que atenção em saúde é tarefa apenas para médico; um serviço de acolhimento que tinha verba para passeio não tem mais como promover transporte para realizar passeios com crianças e jovens; conselhos de saúde são desmontados; professores de escolas e de universidades públicas são contratados de forma temporária e precária.

Nesse contexto, temos intensificado a discussão sobre processos de medicalização. (MACHADO, 2014a, 2014b) O enfraquecimento da força e da responsabilidade públicas e a saúde tomada como mercadoria são ingredientes nos processos de patologização da vida: o corpo fica isolado das forças que o constituem. Tratando-se de crianças e jovens, esse isolamento é marca perversa, como se estivéssemos nos desresponsabilizado, nós adultos, pela educação. (ARENDRT, 2000 [1954])

Essas reflexões permeiam a história de um serviço público denominado Serviço de Psicologia Escolar (SePE), do Instituto de Psicologia da USP, que, desde seu início, teve como desafio desenvolver saberes e ações que criassem

brechas nas relações cristalizadas entre a psicologia e a educação, em que crianças e jovens, estudantes das escolas públicas, eram tratados como um corpo isolado das forças que o constituem.

Iremos ressaltar algumas rupturas na história desse serviço, que produziram inflexões na forma como se produzem pesquisa, ensino e extensão na universidade, e dar relevo a uma das estratégias desenvolvidas na formação de estudantes de psicologia, que, ao ampliar a possibilidade de *ver-se em cena*<sup>1</sup> na produção dos acontecimentos, propicia a capacidade de agir no mundo.<sup>2</sup>

### **Uma linha de força: o Serviço de Psicologia Escolar**

O Serviço de Psicologia Escola da USP teve sua construção alinhada a uma atuação pública universitária relacionada ao estabelecimento de um diálogo entre instituições, compondo produção acadêmica, engajamento social, formação, pesquisa, prestação de serviços, reconfiguração de campos epistemológicos e perspectivas de atuação. (CARVALHO, 2017) As práticas do serviço enfatizam a indissociabilidade entre as atividades de pesquisa, ensino e extensão universitárias ao tomar a realidade social e política e a concretude das instituições formativas, com seus dilemas e problemas, como elementos de reflexão e diálogo.

Esse texto se pauta na experiência desse serviço<sup>3</sup> (MACHADO; LERNER; FONSECA, 2017a), que teve como uma das forças de inauguração uma ruptura ocorrida na década de 1970: Maria Helena de Souza Patto, então responsável pela disciplina Psicologia do Escolar e Problemas de Aprendizagem, retirou a preposição “do” no título da disciplina, nomeando-a Psicologia

---

1 Optamos por escrever em itálico as expressões *ver-se em cena* e *nos ver em cena* como forma de acentuar a presença do que tomamos como objeto neste texto.

2 A pesquisa com apoio da FAPESP (2018-26101-1) intitulada *Uso da escrita de narrativas como estratégia de formação na interface entre psicologia e educação*, subsidiou essas discussões.

3 No ano de 2017, foi publicado um livro em homenagem aos 40 anos do Serviço de Psicologia Escolar (com acesso aberto, público e gratuito), em que são apresentados textos que retomam conceitos, percursos e produções do Serviço de Psicologia Escolar. O livro foi organizado pelas participantes do Serviço de Psicologia Escolar na época: Adriana Marcondes Machado (docente) e Ana Beatriz Coutinho Lerner e Paula Fontana Fonseca (psicólogas). A intensa presença, neste texto, de referências relacionadas a essa publicação justifica-se pela contribuição das ideias lá desenvolvidas para as apresentadas no seminário e traçadas neste texto: dar relevo à percepção de *nos ver em cena* na produção dos acontecimentos.

Escolar e Problemas de Aprendizagem. (MACHADO; LERNER; FONSECA, 2017b) Essa inflexão, constituída em meio a discussões e pesquisas que Maria Helena desenvolvia, deflagrou a necessidade de compreensão da participação das práticas psicológicas na constituição dos problemas de aprendizagem, deslocando o centro do debate e disputando formas de pensar a psicologia escolar. Ao retirar do corpo do aluno a raiz explicativa dos problemas, foi colocado no banco dos réus o processo de produção das práticas e concepções da psicologia que contribuíam na manutenção da ordem vigente.

A criação do SePE foi formalizada em 1977, com a função de organizar os estágios para alunos da graduação de maneira a terem supervisões que, na época, eram realizadas por docentes do Instituto de Psicologia da USP. Embora a ideia inicial de um Serviço de Psicologia Escolar no Curso de Psicologia da USP fosse

[...] atrelada a práticas de avaliação psicológica voltadas para o diagnóstico das chamadas dificuldades de aprendizagem na chave da Psicologia do Escolar, as mudanças estruturais na organização do Curso de Psicologia, a divisão departamental e o fato de Maria Helena Patto ter realizado discussões acerca de relação entre a desigualdade social em uma sociedade capitalista e a produção dos problemas de aprendizagem alteraram significativamente as direções e as justificativas para a existência de um Serviço de Psicologia Escolar. (MACHADO; LERNER; FONSECA, 2017b, p. 18)

O contexto de criação do Serviço teve atravessamentos que deram como direção a função de oferecer uma formação aos graduandos de forma a participarem e compreenderem as práticas cotidianas. Depois de oito anos de sua criação, em 1985, foram realizadas as primeiras contratações de psicólogas que passariam a supervisionar os estagiários e a articular as ações entre a universidade e as instituições que se abriam como campo de estágio. As atividades das docentes não permitiam aquilo que se tornou eixo principal que justificava a contratação das psicólogas: o tempo necessário para habitar o cotidiano escolar, dialogar com professoras e professores, conhecer vários atores envolvidos nas situações problemáticas e supervisionar os estagiários de psicologia em pequenos grupos, constituindo, assim, percursos de trabalho refletidos. Maria Helena Souza Patto esteve à frente no processo de

contratação das psicólogas, imprimindo a necessidade de o serviço exercer uma postura crítica diante das demandas e encaminhamentos que educadores faziam à Psicologia.

Isso em um tempo em que não havia a presença intensa dos produtos dos laboratórios farmacêuticos na vida dos(as) alunos(as) e professores(as) das escolas (e da universidade); o processo de medicalização, em que há o domínio discursivo de uma lógica médica, foi intensificado com as práticas de saúde como mercadoria e pela força da medicação como forma única de tratamento.

A força da expressão “Psicologia Escolar” demandava considerarmos as práticas em que os chamados problemas de aprendizagem se constituíam, analisando a presença da psicologia nessa construção, a depender das concepções e ações que uma certa psicologia propunha, os problemas se construíam de diferentes formas. As perguntas podiam se manter as mesmas – O que essa criança/aluno tem? O que fazer com essa criança para que ela aprenda? Ela aprende? –, mas a crítica a práticas submetidas a um pensamento científico a serviço de justificar a desigualdade social incitava nossos trabalhos a agirem no processo de produção daquilo que se naturalizava em falas, textos e pesquisas: nomear como problemas de aprendizagem algo fixado no corpo do(a) aluno(a). Para exercer uma postura crítica, precisávamos acessar as práticas institucionais. Era preciso corpo: corpo de psicólogas contratadas pelo Serviço de Psicologia Escolar que se dedicavam a ir às escolas, conversar, discutir, criar ações e analisar seus efeitos.

Muitas vezes, psicólogas de equipamentos de saúde que tinham de lidar com a demanda referente a alunos(as) encaminhados pelas escolas diziam não ter condições de fazer o trabalho que fazíamos como funcionárias públicas trabalhando no SePE. Elas tinham razão, nossa condição de trabalho permitia tempo, visitas e articulação com experiências de estagiários, mas a questão não era fazer parecido, era nosso trabalho, que tinha a função, a obrigação inerente a uma universidade pública, de socializar conhecimentos, investigações e problematizações que eram produzidas em uma forma-relação singular e que deveriam contribuir para pensar os fundamentos e as estratégias em outros territórios. A equipe do Serviço de Psicologia Escolar se constituiu com a função de compor discussões e reflexões com professores e professoras das escolas da rede pública em que fossem criadas hipóteses

sobre a produção das situações problemáticas, ampliando a análise dos fenômenos com vistas a fortalecer formas de enfrentamento.

Nossas ações com os profissionais das instituições educacionais se intensificaram em dois territórios: nos trabalhos realizados nas escolas (MACHADO, 2003) e no desenvolvimento de uma ação de formação/intervenção denominada Plantão Institucional, oferecida no Centro Escola do Instituto de Psicologia da USP. (MACHADO; SAYÃO, 2017) O eixo norteador em nossas ações era o cotidiano do trabalho desses profissionais, em que tomávamos as situações vividas como práticas em que se materializam saberes, formas de pensar e representar os acontecimentos. Esse jogo composto pelas situações/cenas vividas e pelas hipóteses de base que as constitui se tornou nosso campo de ação.

Disputas, campo de forças e atravessamentos se tornaram palavras-conceito para a análise da diversidade de elementos presentes na produção dos fenômenos: tempo, arquitetura, rotina, prontuários, salário, infância, barulho, nota, encaminhamento, corpo, avaliação, política pública, reunião, regras, educação, função da escola e outras. Nosso trabalho afirma a multiplicidade de questões presentes na constituição de uma cena ou de uma pergunta. Embora marcar essa multiplicidade seja um passo importante contra a produção de práticas diagnósticas reducionistas, o trabalho exigiu um outro passo: *nos ver em cena* na complexidade da vida que se produz.

### ***Ver-se em cena na produção dos acontecimentos***

Como dissemos, o Serviço de Psicologia Escolar poderia ter se tornado um disparador de saberes sobre técnicas diagnósticas. O fato de outra direção ter sido tomada se deu em meio a fatores políticos, epistemológicos e físicos. A mudança física do Instituto de Psicologia, com a inauguração da Cidade Universitária no campus Butantã, em São Paulo, reconfigurou as práticas do instituto, e Maria Helena Souza Patto se tornou responsável pela propositura do serviço.

Pensar o atravessamento de fatores de diversas ordens na constituição da vida poderia causar uma sensação de total submissão ao acaso, mas, ao contrário, a existência desses atravessamentos incita vivermos os acontecimentos com uma postura atenta, postura de espreita. Esse saber foi desenvolvido

pelo Serviço de Psicologia Escolar: habitamos as práticas e desenvolvemos formas de delas participar.

Nesse percurso, um dos movimentos fortalecidos em nossas discussões foi o de *nos ver em cena*. Essa é uma das rupturas produzidas na composição e articulação com o pensamento de muitos autores que discutem o movimento institucionalista, a reforma psiquiátrica, a interface entre psicologia e educação, a filosofia e a sociologia.

Somos participantes da produção de expectativas perigosas: aquelas que visam à cura como se um problema construído historicamente fosse circunscrito a uma membrana. A cada vez que uma solicitação assim é formulada, isso se constitui em uma relação de forças da qual fazemos parte. O perigo ao afirmar sermos participantes seria culminar na ideia de que todos estamos juntos e participando da mesma maneira da construção das situações. Não, nada disso. Há intensas diferenças produzidas, dependendo das formas de pensar e agir. Ser participante significa que habitamos as relações e as práticas, isto é, elas nunca são estabelecidas como um fora de nós, somos constituídos nelas e constituintes delas. Os processos de subjetivação (de formas de viver, de pensar, de sentir e de agir) se dão na disputa entre elementos que atravessam o campo social, no jogo de relações de forças em que vamos nos tornando quem somos.

Nos trabalhos, pensar nosso *corpo em cena* se tornou fundamental. Para essa discussão sobre as estratégias de *nos ver em cena*, iremos iniciar desenvolvendo algumas considerações referentes à maneira como constituímos os problemas. Essa discussão, provocada a partir da leitura de um texto de Deleuze (1987) sobre Henri Bergson, produziu uma intensa inflexão por comprovar falsearmos a realidade por meio dos problemas que estabelecemos. Um dos desafios de Henri Bergson era enfrentar o tratamento objetivista que os fenômenos psíquicos passaram a ter quando submetidos à medição. Seu questionamento focava não apenas nas respostas que damos aos problemas, mas também na maneira como são constituídos e, portanto, suas discussões colocam o método em questão.

Existem dois tipos de falsos problemas: os inexistentes e os mal colocados. Utilizarei as ponderações referentes aos problemas inexistentes, que apresentam a falsidade dos problemas ao fazerem referência ao problema do não-ser. Explico tomando a seguinte pergunta: por que isso acontece em vez

daquilo? Esse tipo de pergunta tem como pressuposto que aquilo que não acontece estaria anterior ao que acontece. Deleuze (1987) argumenta: nessas perguntas, aquilo que não ocorre parece preceder o ato que constitui as coisas serem como são. Isto é, aquilo que apontamos como sendo o que deveria ocorrer – sempre segundo um ponto de vista – estaria sendo colocado como anterior ao que constituiu as coisas serem como são. Na questão “por que esse aluno não aprende, ao invés de aprender?”, o aluno-que-aprende pareceria existir anteriormente ao aluno-que-não-aprende.

Afirmamos a indignação em relação à não-aprendizagem, sentimento motor de trabalhos que realizamos no Serviço de Psicologia Escolar, e a certeza de que, se outras fossem as práticas, outros seriam os efeitos. Essas certezas nos movem a transformações das práticas, mas, ao entrar em contato com certas histórias, percebemos que os problemas formulados são marcados por uma falsidade: por que essa criança não aprende? Por que a professora não está ensinando como deveria ensinar? Embora visando a questionar o presente e agir em processos de naturalização, nossas reflexões e escritas produziam julgamentos sobre o mundo afirmando que as coisas deveriam ser diferentes do que eram, utilizando expressões do tipo “a escola ainda não trabalha de forma inclusiva”. A defesa de que todos aprendam aponta uma direção ético-política, mas, ao se dizer que as coisas deveriam *não ser o que são* e construir discursos em que há um sujeito da frase (a escola, a professora, a família) responsável pelo que se produz, tendemos a não fazer as disputas necessárias para agirmos no processo de produção em que as coisas (e nós) se constituem. Deveriam, poderiam: verbos no futuro do pretérito, um futuro no passado, um futuro que não ocorreu e que é tratado como anterior ao ato que se formalizou, como se houvesse uma natureza anterior das coisas.

As coisas são. Dizer que são não acarreta que os fatos sejam tomados como fatalidade, como aquilo que não pode ser alterado. De forma alguma. Dizer que são, que alunos não aprendem, implica partir de uma afirmação da existência que nos convoca a pensar *como* essa existência foi construída. Enquanto permanecemos nas indagações que carregam negatividades e falsos problemas – por que ele não aprende? Por que ele não me ama? Por que ele não se convence do que é certo? –, desconsideramos que a maneira como habitamos e participamos do jogo de forças constrói aquilo que passamos a tomar como problema; desconsideramos, também, que os problemas não

podem ser tomados como equívocos, são construídos em relações históricas das quais fazemos parte.

Vale ressaltar que nenhuma forma de formular um problema deve ser analisada fora de seu contexto. A indagação – por que ele não aprende? – tem encanto, perigo, força e pode permitir que foquemos no processo de produção histórica das coisas; portanto, carrega multiplicidade. Ela pode, também, em nossos trabalhos, se tornar um começo de conversa. O que esse trabalho pretende destacar são formas de pensar e escrever, bem representadas nessa indagação, que tendem a isentar as perguntas da construção de realidade indagada.

### **O endereçamento da escrita como força de inflexão**

Imbuídas das seguintes concepções: (i) a forma como constituímos nossos problemas produz realidade; (ii) tendemos a produzir falsos problemas que não indagam o processo de produção daquilo que se formaliza; e (iii) sem indagar o processo de produção, não acessamos nossa participação no processo de produção da vida, colocamos em análise as formalizações operadas em atividades de escrita nas práticas de formação de estudantes de psicologia exercidas pela equipe do Serviço de Psicologia Escolar.

Tomaremos como objeto de discussão os relatórios pedidos a estagiários do Curso de Psicologia da USP que realizavam atividades em instituições educativas públicas e eram supervisionados pela equipe do Serviço de Psicologia Escolar. Essa prática de registro escrito, comum a tantas experiências desenvolvidas em processos de formação nos cursos de psicologia, era desenvolvida da seguinte maneira: as estudantes iam às instituições semanalmente e, vivendo cenas do cotidiano, registravam essas experiências em relatórios. Esses relatórios, entregues às supervisoras dos estágios, serviam de material de análise para a supervisão (também semanal), com o propósito de pensar o percurso do estágio.

As palavras presentes nos relatórios ressaltaram o perigo de uma escrita exteriorizada na prática universitária em que faltas são apontadas e sugestões formalizadas – “*a professora não está preparada para trabalhar com essa criança*”, “*as reuniões não pautam os problemas necessários*”, “*a escola deve repensar suas práticas*” – sem considerar o processo de produção dessas situações e, menos

ainda, a presença da forma de pensar e agir da estagiária na produção dos acontecimentos.

Uma ruptura se produziu, pois passamos a ter a clareza de que nosso pedido às estagiárias – escrever relatos sobre o estágio – era força intensa na produção desse tipo de escrita exteriorizada. (MACHADO; FONSECA, 2019) Escreviam a nós, supervisoras, e isso gerava um ciclo ensimesmado. Se a função do Serviço de Psicologia Escolar implicava uma atitude crítica perante trabalhos que produziam rótulos e nomeações que justificavam a desigualdade social, se a retirada da preposição “do” na expressão “psicologia do escolar” permitia problematizarmos as práticas da psicologia na interface com a educação, se fazíamos parte da vida institucional, o desafio que se operou foi, inicialmente, desenvolver a percepção da dimensão de ato da escrita. Uma escrita em que fosse possível captar a criação de mundo que toda escrita opera e, a partir dessa percepção, exercer uma direção que fortalecesse as relações cotidianas em sua capacidade de enfrentar e agir nas problemáticas cotidianas. Do contrário, exercíamos as funções de uma universidade que pretendia corrigir pessoas e instituições e de um profissional que nomeia o mundo, ambos se isentando do que se produz.

Tratando-se de trabalhos que realizamos com pessoas, a discussão da intuição como método nos implicou no modo como nomeamos e reconhecemos a existência dos outros. A inteligência, diz Bergson, não acessa o movimento, pois não é da natureza da inteligência coincidir com o outro, com o objeto. Pelo contrário, ela se distancia para poder conhecer a sua maneira. A inteligência não acessa o movimento da vida, não acessa o vir-a-ser, acessa, sim, estados. “A ideia de coincidência fundamenta o método como via de acesso a um movimento do qual fazemos parte para agir no que se estabelece como força dominante que categoriza, discrimina, segrega e fragmenta as existências”. (MACHADO, 2017)

Nesse sentido, o desafio de investir em formas de pensar que interrogassem a busca de significações como se fossem causas anteriores tomadas como estados fixos. *Nos ver em cena*, acessar o vir-a-ser e coincidir inspirou rupturas nas formas de escrever. Compactuando com muitos autores, já tínhamos, no Serviço de Psicologia Escolar, formulado críticas a respeito das marcas produzidas a partir de relatórios diagnósticos. A tarefa que passamos a realizar foi colocar em análise nossas próprias produções escritas.

Alteramos nosso trabalho com a escrita na formação dos estudantes que realizavam os estágios. Inicialmente, os relatórios semanais passaram a ser analisados como se fossem escritas endereçadas aos profissionais da instituição. Prática intensa e difícil, pois percebíamos o autoritarismo em nós: reducionismos na apresentação das situações, julgamentos, sugestões e orientações escritas de maneira a nos colocar fora das relações em que se constituía aquilo que era criticado. Isso gerou necessidade de variação na forma de escrever e pensar dos estagiários, ficando mais evidente a produção de realidade nas formas de pensar, indagar e formular problemas.

Durante os meses do estágio, nas supervisões, propusemos o exercício de analisar efeitos da escrita a partir da discussão em grupo. O corpo-leitura no grupo de supervisão também se ampliava, pois líamos os registros variando o lugar de escuta: não era raro percebermos que, caso uma certa professora lesse um trecho do registro, perceberia prepotência e reducionismos.

Ao final dos estágios, não mais um relatório final sobre as reflexões produzidas para a supervisora, mas um texto para ser entregue, lido, comentado e debatido pelos profissionais da instituição, um relatório que foi apelidado de “carta-relatório” e que exigia várias versões.

Todo esse processo demandou criarmos procedimentos para produzir uma escrita encarnada durante os meses de estágio: (i) a leitura de trechos dos relatórios nos grupos de supervisão; com o intuito de discutir diferentes efeitos nas escutas, permitindo acesso a variados sentidos; e (ii) o desenvolvimento de exercícios de escrita de cartas a partir de elementos presentes em descrições de situações-problema, buscando o fortalecimento da escrita autoral.

Não está dada *a priori* a abrangência das repercussões e efeitos dessas experiências: uma estudante de psicologia, em um exercício de escrita de cartas, descreveu uma situação-problema e elegeu, para sua carta, ter a grade da janela de uma escola como remetente que tinha como destinatária a própria estagiária. A grade, ao escrever para a estagiária, deu uma aula, ela tinha muita coisa a dizer. Após esse exercício, essa estudante comentou que sempre escrevera muito, depois parou de escrever na universidade, ou melhor, escrevia trabalhos, mas chamava isso de fazer trabalhos. A palavra escrever havia ficado para trás, pois não era exercida como um verbo e uma necessidade. (RILKE, 2001 [1953])

## O detalhe e o minoritário como foco de ação

Nas estruturas universitárias que temos vivido (públicas e particulares), debates, participação e autonomia se tornaram formas de resistência em relações reprodutoras de mecanismos autoritários a serviço da manutenção dos privilegiados.

Reproduzimos relações de poder se compactuamos com uma escrita que culpabiliza, generaliza e não coloca em análise, na complexidade das relações de forças, a presença dos procedimentos de nossos trabalhos – de pesquisas, intervenções e estágios – que pretendem problematizar o presente. (MACHADO, 2016) Romper com isso implica criar um processo em que as afirmações escritas sobre as práticas, as pessoas e as instituições que compõem com nossos trabalhos possam ser questionadas, indagadas e criticadas. Esse gesto precisa de coletivos e de percurso participativo. Importante ressaltar esses elementos em contextos de produção universitária que tendem, ao acelerar processos, a impedir transformações que exigem tempo, agenda e encontro.

O desenvolvimento de estratégias de escrita na formação de estudantes de psicologia se tornou um elemento de inflexão micropolítica nas práticas do Serviço de Psicologia Escolar ao visar ao fortalecimento para agir e construir o mundo. Ao discutirmos a escrita exteriorizada, dá-se relevo a uma dimensão micropolítica presente na constituição de problemas macropolíticos: nas relações de poder, os laboratórios médicos criam as doenças e pautam processos do campo da saúde. Nossa posição contrária a projetos de lei que pretendam diagnosticar alunos da rede pública como meta da implantação de uma política de educação se soma à certeza de que a força desse tipo de proposta se produz micropoliticamente, nas formas de pensar, sentir e agir. Se, nesse texto, apontamos algo que poderia parecer um detalhe – rever procedimentos de escrita –, é porque tomamos o detalhe como a força que carrega o mundo.

Agir em linhas minoritárias, como apresentado no início do texto, implica coincidir com o movimento que a vida produz. Coincidir não no sentido de se equiparar, mas de conjugar, de misturar e inflexionar, de *ver-se em cena* na constituição do mundo e, assim, fortalecer a capacidade de ação.

Em tempos em que informações sobre o que ocorre em nosso cotidiano são disputadas com mentiras e falcatruas – estaria tudo bem com o

desmatamento que ocorre na Amazônia?, nossas universidades são dispensáveis? –, desenvolver experiências em que acessemos as forças que nos constituem nos conduz a que não deleguemos por completo nossa existência àqueles que pouco se importam com ela.

## Referências<sup>4</sup>

ARENDDT, Hannah. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2000 [1954].

CARVALHO, José Sérgio Fonseca. Prefácio. In: MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). *Concepções e proposições em psicologia e educação: a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Blucher, 2017.

DELEUZE, Gilles. *El Bergsonismo*. Madrid: Cátedra, 1987.

MACHADO, Adriana Marcondes. Os psicólogos trabalhando com a escola: intervenção a serviço do quê? In: MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino (org.). *Psicologia escolar: práticas críticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 63-86.

MACHADO, Adriana Marcondes. Perdas e apostas na luta contra o silenciamento presente no processo de medicalização. *Entreideias: Educação, Cultura e Sociedade*, Salvador, v. 3, n. 1, p. 111-123, 2014a.

MACHADO, Adriana Marcondes. Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatórios. In: VIÉGAS, Lygia de Sousa; RIBEIRO, Maria Izabel Souza; OLIVEIRA, Elaine Cristina de; TELES, Liliane Alves da Luz. *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: Edufba, 2014b. p. 93-105.

MACHADO, Adriana Marcondes. Entre as demandas das pesquisas, dos psicólogos e das escolas. In: CRP-RJ (org.). *Conversações em psicologia e educação*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª região, 2016. p. 75-82.

---

4 A necessidade de escrever uma nota de rodapé em relação às referências advém do fato de ter citado muitos textos meus nessas referências. Neles, há divulgação e apresentação de autores que permitiram desenvolver as ideias aqui apresentadas.

MACHADO, Adriana Marcondes. A experiência sensível e a constituição do problema em um trabalho de intervenção. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). *Concepções e proposições em psicologia e educação: a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Blucher, 2017. p. 29-48.

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, p. 4-22, 2019.

MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). *Concepções e proposições em psicologia e educação: a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Blucher, 2017a.

MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana. Movimentos políticos e discursivos em psicologia e educação: fragmentos de uma história. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). *Concepções e proposições em Psicologia e Educação: a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Blucher, 2017b. p. 12-28.

MACHADO, Adriana Marcondes; SAYÃO, Yara. Plantão institucional em tempos difíceis: uma prática psi no campo da educação. *In*: MACHADO, Adriana Marcondes; LERNER, Ana Beatriz Coutinho; FONSECA, Paula Fontana (org.). *Concepções e proposições em psicologia e educação: a trajetória do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Blucher, 2017. p. 159-172.

RILKE, Rainer Maria. *Cartas a um jovem poeta*. São Paulo: Globo, 2001 [1953].

SOUZA, Flavio de. *Que história é essa?* São Paulo: Companhia das Letrinhas, 1995.

# **(Re)significação de discursos medicalizantes na clínica fonoaudiológica voltada à linguagem escrita: o enfrentamento das contradições, a ampliação da consciência e o posicionamento responsivo pelo sujeito aprendiz**

---

*Ana Paula Berberian  
Kyrlian Bartira Bortolozzi  
Sammia Klann Vieira*

A problemática com a qual estamos comprometidos é uma situação paradoxal relacionada aos efeitos negativos que abordagens encaminhadas por profissionais da saúde e da educação têm, historicamente, gerado em pessoas consideradas portadoras de supostos distúrbios de leitura e escrita e em seus familiares. O enfrentamento de tal situação tem se colocado para grupos de fonoaudiólogos como um desafio político e ético, na medida em que práticas implementadas nos contextos clínico e educacional, em vez de emancipatórias, têm estado a serviço da alienação e discriminação social. (BERBERIAN; SILVA; GIROTO, 2014; BORTOLOZZI, 2013; MASINI, 2004)

Podemos acompanhar, cotidianamente, que conhecimentos e procedimentos utilizados para a formulação da queixa e do diagnóstico dos supostos distúrbios de leitura e escrita imprimem, recorrentemente, sofrimentos de diversas naturezas nos sujeitos envolvidos e os destituem de uma posição de autoria nas relações sociais estabelecidas e mediadas por essa modalidade de linguagem. (SIGNOR et al., 2018)

O efeito nefasto gerado por laudos relativos a distúrbios que supostamente acometem crianças em relação à linguagem, ao comportamento, à emoção, à

cognição e à psicomotricidade nos convoca a colocar no centro de nossas preocupações uma realidade paradoxal que se manifesta, entre outros, nos fatos:

1. De crianças consideradas sem quaisquer distúrbios aos olhos daqueles que fazem parte de sua vida fora do contexto escolar, por não corresponderem às demandas da escola, passarem a ser consideradas portadoras de distúrbios/patologias/dificuldades;
2. Do diagnóstico de autismo, hiperatividade, dislexia, transtorno de atenção e memória, apraxia etc., quanto mais precocemente realizado (de preferência durante os primeiros três anos de vida), ser tomado como sinal de competência dos profissionais que os emitem e promessa de prognóstico favorável;
3. De crianças, ao serem agrupadas/classificadas em quadros patológicos, por apresentarem características supostamente semelhantes, passarem a ser tratadas abstratamente como diferentes e pertencentes à categoria de alunos com necessidades educacionais especiais. As diferenças, em vez de tratadas como constitutivas do homem e da humanidade, passam a ser reduzidas a fator/critério de homogeneização. Tal procedimento delimita e reduz possibilidades dos sujeitos de aprendizagem, de desenvolvimento e, portanto, de participação social às possibilidades identificadas, genericamente, como próprias aos grupos (dos deficientes, dos limitados) a que pertencem. (MIOTELLO, 2011)

Construindo essa realidade – enquanto processos de subjetivação, orquestrados, em geral, por profissionais da saúde e da educação –, procedimentos e narrativas construídas em torno dos referidos distúrbios – a partir da descrição de sintomas e causas de um determinado quadro patológico e da prescrição de medidas para tratamento e cura do mesmo – estão alinhados a uma concepção da linguagem escrita como código e de sua apropriação e de seus usos como decorrentes de habilidades inerentes e orgânicas dos sujeitos.

A redução da escrita à noção de código-instrumento de comunicação e, portanto, sua descaracterização enquanto linguagem constitutiva dos sujeitos, das relações e formas de organização sociais estão, historicamente, a serviço do silenciamento das dimensões políticas, econômicas, educacionais e culturais envolvidas com as desiguais e distintas condições de constituição dos leitores e escritores em nosso país. (GERALDI, 2013)

O reconhecimento de tais dimensões, assentado na máxima de que o homem é social e singular de ponta a ponta (BAKHTIN, 1998), nos conduz à

adoção da perspectiva sócio-histórica e, em especial, das contribuições do Círculo de Bakhtin, como referencial teórico-metodológico para analisar a problemática com a qual estamos envolvidas. Tal problemática está relacionada às relações restritas, negativas e de sofrimento vivenciadas por parcela significativa da população brasileira com a linguagem escrita, aos efeitos de tais relações nos modos de vida e de participação social e ao olhar patologizante-medicalizante a partir do qual tais relações vêm sendo, prioritariamente, abordadas nos contextos da saúde e educação.

Essa perspectiva oferece elementos para compreender que as condições materiais e subjetivas de vida – circunscritas nas fronteiras de um tempo e de um espaço determinados – são produzidas nos embates e nas lutas travadas entre as forças hegemônicas e as contra-hegemônicas presentes na sociedade, bem como pelas contradições que as mantêm em tensão-relação. Portanto, num território social definido, as experiências dos sujeitos e as formas de organização sociais estão atreladas a uma rede de relações que transitam do particular à totalidade e da totalidade ao particular. (FREITAS, 2002)

Conceber, dialeticamente, o particular e a totalidade como fenômenos recíprocos é condição para o entendimento de outros pressupostos que fundamentam a perspectiva sócio-histórica, de cunho bakhtiniano, entre os quais interessa, especialmente, o entendimento da linguagem como prática social como processo intersubjetivo, constituído numa rede dialógica a partir de diferentes vozes sociais. (BAKHTIN, 1998) Tal pressuposto permite compreender que as narrativas produzidas no contexto clínico fonoaudiológico voltado à linguagem escrita materializam vozes e posições ideológicas que compõem, contraditoriamente, o universo simbólico ao qual o paciente, seus familiares e o terapeuta pertencem. (BERBERIAN, 2003) Tal entendimento nos desafia a escutar nas falas produzidas, quer seja por crianças consideradas portadoras de distúrbios de leitura e escrita, quer seja por seus familiares, descrições e explicações em torno dos ditos distúrbios assentadas em discursos de autoridade, uma vez revestidos por saberes especializados, científicos e competentes.

A noção de que o enunciado produzido pelo sujeito (no caso por uma criança e/ou por seus familiares) é sempre materializado por discursos de outros (por professores, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos) e pelas lutas e pelos conflitos estabelecidos entre grupos sociais que ocupam diferentes

posições no discurso e na vida nos permite analisar a força imperativa de determinadas sequências discursivas e o abafamento de outras. As diferentes vozes, presentes na materialidade dos discursos, compõem uma rede dialógica que deflagra contradições e conflitos que engendram lugares sociais de dominação e submissão, de maior ou menor prestígio, de maior ou menor saber, autorizados ou não a produzir significações.

A noção do caráter vivo, inconclusivo e dinâmico dos discursos, assim como das situações concretas em que são criados, implica no reconhecimento de tais contradições como um ato de denúncia, sua explicitação e sua análise crítica como condição para a superação dos processos de alienação engendrados por lugares sociais que naturalizam modos de vida precários e desumanizantes. (BAKHTIN, 1998)

Abordagens assentadas numa perspectiva histórico-social permitem a (re)significação de discursos “engessados” em princípios e significações de maior prestígio linguístico, econômico, político e ideológico, uma vez que, ao fazer ecoar o não dito, o contraditório, colocam como problema central a ser enfrentado os determinantes que produzem a precarização da qualidade de vida e a desigualdade de condições de acesso aos bens simbólicos e materiais construídos pela humanidade. (GIROTO; BERBERIAN; SANTANA, 2013)

A partir das considerações apresentadas, delimitamos como objetivo deste texto, decorrente da apresentação realizada no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”, apreender, em discursos produzidos por sujeitos considerados portadores de distúrbios de leitura e escrita e por seus familiares, significações hegemônicas e contra-hegemônicas, bem como as contradições que os constituem. Para tanto, serão analisadas/interpretadas sequências discursivas que, produzidas no contexto terapêutico fonoaudiológico, permitiram a identificação de três eixos temáticos: (i) condições restritas de leitura e escrita determinadas por problemas inerentes aos sujeitos, de natureza moral, comportamental, psíquica e orgânica; (ii) a concepção da escrita como um código que representa a fala e seu processo de apropriação centrado em habilidades/atividades de codificação e decodificação; (iii) aderência às queixas e aos diagnósticos por parte de familiares e de sujeitos considerados portadores de distúrbios de leitura e escrita, e sua destituição de um lugar de saber.

Tais análises, organizadas a partir dos eixos referidos, serão desenvolvidas com base em trechos representativos das posições assumidas pelos sujeitos/pacientes e/ou por seus familiares, descritos em quatro quadros.

## **Condições restritas de leitura e escrita determinadas por problemas inerentes aos sujeitos, de natureza moral, comportamental, psíquica e orgânica**

Podemos apreender nos enunciados apresentados no Quadro 1, os discursos dos sujeitos R e V denotam a ideia de que as condições restritas de leitura e escrita são características inerentes a eles.

Quadro 1 – Trechos das sequências discursivas dos sujeitos R., V. e da mãe de R.

<b>Participantes</b>	<b>Sequência Discursiva</b>
R – 7 anos	<i>“Eu sou burro e agitado, não gosto de escrever e não sei escrever”.</i>
Mãe de R	<i>“Ele é muito devagar em sala de aula, a educadora disse que ele tem um déficit de atenção, pois não copia as coisas do quadro”. “Ele se recusa a ler e escrever, não gosta de ler nada. Ele é preguiçoso e acomodado”. “Sempre foi agitado, por isso não aprende”. “Não quero escrever, sei que vou fazer um monte de coisas erradas, sou devagar”.</i>
V – 32 anos	<i>“Tinham situações que não tinha como me esquivar, como na sala de aula, os professores, eu não gostava muito deles. Quando faziam avaliações de leitura, era muito comum eu ouvir as seguintes frases: – Você acha que tem algum palhaço aqui? – Não é para adivinhar é para ler; – Você está tirando com a minha cara ou você realmente não sabe ler ou é burro?” “Eu troco letras na escrita porque eu não presto atenção e sou meio preguiçoso e vagabundo”. “Eu devo ter algum distúrbio”. “Eu evito escrever porque sei que vai ter um monte de erros e eu tenho vergonha”.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras.

Interessa destacar que R e sua mãe, respectivamente, afirmam que: *“Eu sou burro e agitado, não gosto de escrever e não sei escrever”*; *“Ele é muito devagar em sala de aula, a educadora disse que ele tem um déficit de atenção”*. Nessa mesma direção, V refere: *“Eu troco letras na escrita porque eu não presto atenção e sou meio preguiçoso e vagabundo”*, *“Eu devo ter algum distúrbio”* e *“Eu evito*

*escrever porque sei que vai ter um monte de erros e eu tenho vergonha*". Podemos apreender, como nessas sequências discursivas produzidas em diferentes esferas (familiar, educacional e clínica) tecem a fala de R. e V.

Os enunciados produzidos por eles, portanto, compõe uma arena de vozes sociais, em que há o embate de dizeres e de posições ideológicas, tanto na forma de atualização de discursos passados quanto na forma de antecipação de uma resposta para discursos futuros, constituindo, assim, o que Bakhtin nomeia de interdiscurso. Dessa forma, o discurso do sujeito está sempre perpassado por diversos outros discursos que compõem uma rede dialógica contínua. (SOBRAL; GUIMARÃES, 2015)

É importante salientar que, nos enunciados acima expostos, as relações dialógicas se confrontam e são tensionadas uma vez que representam diferentes posições e visões de mundo (do professor, da família, do fonoaudiólogo) e que marcam o discurso desses sujeitos e seus modos de ser e existir na vida.

Para Nascimento e Brait (2016, p. 150), uma perspectiva clínica que acolhe a concretude da linguagem e considera as dimensões individuais e sociais de seus pacientes, "funda-se na concepção bakhtiniana de que existem, na língua/linguagem, duas forças em constante trabalho e tensão: as *forças centrípetas* e as *forças centrífugas*". Os autores ainda afirmam que as forças centrípetas atuam com vistas à normatização, à unificação, enquanto as forças centrífugas imprimem heterogeneidade à língua. Ambas atuam de forma a dar a condição de espaços de confrontos e de duelos aos enunciados e às enunciações.

Podemos notar como os enunciados produzidos por R e V – "*Eu sou burro e agitado*"; "[...] *eu não presto atenção e sou meio preguiçoso e vagabundo*"; "*Eu devo ter algum distúrbio*" – são engendrados pela normatização e pela unificação. Tais mecanismos impossibilitam os sujeitos de se deslocarem de uma posição de incapacidade, para um lugar de autoria, uma vez que resultam na incorporação-aderência de vozes sociais que ocupam lugar de autoridade.

De acordo com Masini (2004), assentada em pressupostos bakhtinianos, na clínica fonoaudiológica deparamo-nos com frequência com a dinâmica dessas forças, no entanto, há uma tendência nessa clínica a considerar a linguagem como fixa, como um sistema de categorias gramaticais. Tal visão acaba por supervalorizar as forças centrípetas em detrimento das centrífugas. Para a autora, a Fonoaudiologia constituiu-se, historicamente, como uma atividade que age a favor das forças centrípetas da vida linguística. Em

contraposição, a autora afirma que, ao assumir a natureza dialogal do processo terapêutico, se faz necessário considerar a existência do plurilinguismo social, que deve ser reconhecido e contemplado em uma clínica fonoaudiológica comprometida com a intersubjetividade e com o reconhecimento de vozes dissonantes socialmente, fazendo ecoar as forças centrífugas, responsáveis pela descentralização discursiva e pela diversidade.

Destacamos ainda, a partir dos enunciados produzidos por V, um adulto de 32 anos, uma dinâmica discursiva atravessada por ironias que atualizam a fala do professor acerca de sua condição de leitor: “*Você acha que tem algum palhaço aqui? Não é para adivinhar é para ler*”. “*Você está tirando com a minha cara ou você realmente não sabe ler ou é burro?*”. É possível apreender nesses enunciados e, portanto, na subjetividade de V, falas de outros, que o desqualificam e o destituem de um lugar de um sujeito ativo e responsável da linguagem. Interessa analisar como tal dinâmica discursiva evidencia, contraditoriamente, uma certa alienação de V ao discurso de outros que ocupam um lugar de autoridade e uma resistência-crítica diante do mesmo. Desse modo, podemos desvelar no discurso de V, a existência de diversas vozes sociais conflitantes que estabelecem significações com outras vozes que lhes impõem variadas relações de: domínio, alienação, aceitação, identidade, resistência, insubordinação e disputa. Por outro lado, na prática social, a linguagem está longe de ser estática, ela é resultante de volubilidade ideológica, decorrente de diferentes fatores sejam eles alusivos à economia, à política, à cultura, ao científico, ao religioso, entre outros processos.

Cabe ainda ressaltar um outro aspecto que diz respeito à noção bakhtiniana de responsividade. (BAKHTIN, 2010) A partir da concepção de que o diálogo engendra a dinâmica da vida, uma vez que comporta uma imensidão de palavras alheias e instaura a interação, podemos considerar que V reflete as marcas discursivas de incapacidade e incompetência em sua constituição histórica como leitor e escritor.

Se as considerações até aqui realizadas permitem apreender como vozes sociais se manifestam no falar desses sujeitos, com intuito de evidenciar como causas genéticas e orgânicas ganham destaque na configuração e classificação dos chamados distúrbios de leitura e escrita, interessa analisar como os enunciados apresentados no Quadro 2 estão fortemente perpassados por uma perspectiva biomédica.

Quadro 2 – Trechos das seqüências discursivas dos sujeitos E e J e das mães de E, J, D e H

Participantes	Seqüência discursiva
E – 9 anos	<p><i>“Eu sou agitada. Sou agitada sim, todo mundo fala, por isso tenho dificuldade para ler escrever”.</i></p> <p><i>“Eu não paro de falar, eu fico no mundo da lua. Não presto atenção em nada”.</i></p> <p><i>“Eu quero tomar Ritalina, depois que comecei melhorou na escola, pararam um pouco com as reclamações”.</i></p>
Mãe de E	<p><i>“Ela toma Ritalina desde os 6 anos para ficar menos dispersa. Eu também sou um pouco assim, acho que tenho déficit de atenção”.</i></p> <p><i>“Eu acho que ela é agitada porque ela é bem falante, já na pré-escola a professora fazia queixa dela, porque ela falava muito”.</i></p> <p><i>“Eu digo que o remédio é bom para ela se concentrar e fazer as coisas corretamente”.</i></p>
J – 9 anos	<p><i>“Eu troco o “s” e o “z” porque eu não presto atenção. Mas eu não sei não por que troco o “p” e o “b”, isso ninguém me explicou”.</i></p> <p><i>“O resto das coisas eu lembro, mas a minha memória falha para as letras”.</i></p> <p><i>“Eu tiro nota baixa na redação, acho que não tenho boas ideias. Não sei escrever, a professora sempre briga quando eu escrevo muitas páginas”.</i></p>
Mãe de J	<p><i>“J é como eu, tem problema na cabeça, é muito nervosa. Não dá para isso, está bloqueada para aprender a ler e escrever”.</i></p> <p><i>“Lá em casa são em cinco filhos, três já abandonaram a escola, apenas a mais velha ainda insiste”.</i></p> <p><i>“J tem dificuldade para ler e escrever e por isso é abandonada na escola”.</i></p>
Mãe de D	<p><i>“Ela fala que talvez tenha sido porque ele ficou no oxigênio quando nasceu, daí pode ter afetado algum nervo, alguma coisa na cabeça dele”.</i></p>
Mãe de H	<p><i>“Eu vi que é um pouco de genética, porque o pai dela tem a mesma dificuldade, puxou o pai”.</i></p>

Fonte: elaborado pelas autoras.

Fica evidente que os enunciados produzidos no Quadro 2, no contexto da escola, da família e pelos sujeitos/pacientes frente ao insucesso escolar, são orientados por duas lógicas que atravessam e significam os sujeitos.

A primeira delas se refere à interpretação das dificuldades escolares determinadas por um desajuste orgânico. Destacamos a fala de E ao anunciar: *“Eu sou agitada [...] tenho dificuldade para ler escrever; [...] eu fico no mundo da lua. Não presto atenção em nada”*; como também revela J: *“minha memória falha para as letras [...] acho que não tenho boas ideias”*. Assim como também revela a mãe de D: *“Ela fala que talvez tenha sido porque ele ficou no oxigênio quando nasceu, daí pode ter afetado algum nervo, alguma coisa na cabeça dele”*.

Já a segunda, relativa às dificuldades relacionadas à herança genética, a mãe de J refere: “**J é como eu, tem problema na cabeça, é muito nervosa. Não dá para isso, está bloqueada para aprender a ler e escrever**”; e ela continua com seu relato: “**Lá em casa são em cinco filhos, três já abandonaram a escola, apenas a mais velha ainda insiste**”. Quanto à mãe de H., esta afirma: “**Eu vi que é um pouco de genética, porque o pai dela tem a mesma dificuldade, puxou o pai**”.

Uma lógica que estabelece uma relação de causa e efeito entre aspectos orgânicos e genéticos e o desenvolvimento dos sujeitos, conforme afirmam Collares, Moysés e Ribeiro (2013), é reducionista e equivocada e deve ser superada, uma vez que contribui para a classificação das diferenças que caracterizam a humanidade como transtornos e quadros patológicos, descritos a partir de causas e sintomas. Além disso, as autoras chamam atenção para o fato de que desigualdades sociais são escamoteadas e transformadas em doenças. Determinantes e dimensões coletivas, de ordem política, social econômica, cultural, afetiva que restringem as condições materiais e subjetivas de vida são transformadas em questões iminentemente individuais e abordadas como doenças, transtornos e distúrbios. Desigualdades e diversidades, portanto, de diferentes ordens, são concebidas como biologicamente determinadas e inerentes ao sujeito. Tal perspectiva engendra o que denominamos “processos de medicalização e patologização da vida”, que, crescentes no mundo contemporâneo, assumem proporções desmedidas.

Para as autoras, tais processos colocam os sujeitos e suas famílias em posições de vulnerabilidade, decorrentes dos estigmas e preconceitos e da culpabilização envolvidos com os mesmos. O agrupamento dos diferentes-doentes em grupos (dos surdos, dos disléxicos, dos autistas, dos portadores de déficits de atenção e assim por diante) consiste num mecanismo que forja não só uma inclusão social dos sujeitos, como institui e situa a culpa por ser diferente à genética da família. (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013)

Decorrente dessa forma de abordar graves e crônicos problemas sociais enfrentados pelos sujeitos, mais especificamente, no sistema educacional brasileiro, eles são diagnosticados como portadores de doenças e/ou problemas individuais que precisam ser tratados por profissionais

especializados e da saúde. Diante do aumento de diagnósticos de transtornos e problemas produzidos ao longo da trajetória escolar de um número significativo de alunos, cabe analisar criticamente os processos de medicalização e de patologização dos processos de ensino-aprendizagem, uma vez que, ao instituírem e legitimarem a aplicação de procedimentos e métodos de avaliação cujo objetivo é identificar e descrever de características inerentes e/ou genéticas dos sujeitos, não os consideram como social e coletivamente constituídos. De acordo com Nogueira (2015), tais processos estão a serviço da alienação, uma vez que:

desafiados pelas condutas e pelas diferentes formas de aprender de crianças e adolescentes, temos sido apenas capazes de operar com ‘juízos pré-formados’, ou seja, apenas temos sido capazes de repousar confortavelmente no já-dado, a reproduzir a forma de pensamento já-gasta, dormindo no berço das farmacobiopolíticas que têm sequestrado os corpos, na escola, pelo dispositivo pedagógico psiquiatrizante. Estamos, assim, na Educação, em última instância, diante da despotencialização do pensar. (NOGUEIRA, 2015, p. 121)

Ainda segundo a autora, as narrativas e práticas pedagógicas sobre a infância e sobre seus processos de ensino-aprendizagem têm sido reiteradas acriticamente, assumindo um status de naturalidade e confiabilidade inquestionáveis. Uma das críticas a serem feitas diz respeito a como discursos e práticas medicalizantes foram produzidos e reproduzidos por educadores sem a devida contestação e a partir de uma análise unidirecional. A aderência aos diagnósticos e laudos que situam nas crianças acometimentos e transtornos que justificam o fracasso escolar e o silenciamento em torno de questionamentos do papel que as instituições escolares vem desempenhando historicamente em nosso país escolar inviabilizam a análise crítica e o direcionamento de políticas públicas em educação e formação docente que resultem na efetivação do direito à educação. (NOGUEIRA, 2015)

Ao contrário, no Brasil, nessas últimas três décadas, encaminhamentos escolares têm feito escorrer o cumprimento de rituais burocratizantes e repetição de clichês psiquiatrizantes e medicalizantes. Para Nogueira (2015, p. 121), “não há potência do pensar. E por não pensar, temos banalizado ao

esgotamento tanto os diagnósticos dos infantis como portadores de doença mental, quanto a alargada neurofarmacologização de seus corpos”. O não questionamento desses diagnósticos produzidos pelo saber de profissionais da saúde e reiterados por profissionais da educação engendram e oficializam discursos medicalizantes no contexto educacional a partir dos quais um número significativo de crianças são incluídas neste sistema de supressão de individualidade.

A domesticação dos corpos, o silenciamento das vozes, o silenciamento químico da infância e dos modos de ser e existir chancelam essa lógica, como podemos notar tanto no discurso de E – *“Eu quero tomar Ritalina, depois que comecei melhorou na escola, pararam um pouco com as reclamações”* – quanto no enunciado de sua mãe – *“Ela toma Ritalina desde os 6 anos para ficar menos dispersa. Eu também sou um pouco assim, acho que tenho déficit de atenção”* [...]; *“Eu digo que o remédio é bom, para ela se concentrar e fazer as coisas corretamente”*.

Contrariando posições que individualizam os sujeitos e os destituem de uma posição de autoria na linguagem, nas relações e nas formas de organização social, consideramos que as restritas condições de leitura e escrita estão atreladas:

- aos modos pelos quais o singular/único estão articulados e constituídos ao/pelo social/coletivo;
- às condições materiais e subjetivas vivenciadas pelas pessoas nas diferentes esferas/relações/grupos sociais;
- aos princípios estruturantes de nossa sociedade: produtividade, exploração e alienação.

### **Concepção da escrita como um código que representa a fala e seu processo de apropriação centrado em habilidades/atividades de codificação e decodificação**

Nesse eixo, passaremos a analisar enunciados descritos no Quadro 3, produzidos por crianças e por seus familiares, que reiteram a noção de que a escrita é um código que representa a fala e que seu processo de aprendizado

deve estar centrado em habilidades/atividades de codificação e decodificação, especialmente nas habilidades que permitem a transposição do oral para o escrito.

Quadro 3 – Trecho das sequências discursivas do sujeito K e das mães de K, T e A

Participantes	Sequência discursiva
K – 8 anos	<i>“Eu não quero escrever, não sei escrever carta. Eu tenho a letra feia”. “A professora pediu para escrever uma história, ela reclamou que eu passei o número das linhas e que escrevi coisas erradas”. “Não sei escrever, troco letras”.</i>
Mãe de K	<i>“Eu sou disléxica, quando era pequena, uma psicóloga da escola descobriu. Eu sabia que iria ter um filho disléxico, meu pai também era. É da família, o médico e a fono do posto disseram”. “K é que nem eu, tem dificuldade, precisa ler duas, três vezes para entender o assunto dos livros da história, da geografia”.</i>
Mãe de T	<i>“A gente copia, sempre copiando alguma lição. Eu faço ele repetir tudo de novo em casa, ele está sempre tentando melhorar na escola pra não ter que chegar em casa e ter que fazer tudo de novo”.</i>
Mãe de A	<i>“A pedagoga me explicou que ela está com muitos erros na escrita porque fala errado”.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras.

Assentadas no entendimento de que saber ler e escrever significa saber codificar e decodificar um padrão e de que tal aprendizado ocorre a partir de atividades repetitivas, de reprodução e memorização, encontram-se posições que compõem uma rede discursiva enunciada pelos sujeitos/pacientes e suas mães: *“Eu não quero escrever”*; *“Não sei escrever, troco letras”*; *“Eu sou disléxica [...] Eu sabia que iria ter um filho disléxico, meu pai também era [...]”*; *“A gente copia, sempre copiando alguma lição. Eu faço ele repetir tudo de novo em casa [...]”* e *“A pedagoga me explicou que ela está com muitos erros na escrita, porque fala errado”*. Interessa destacar como tais falas apontam para uma concepção de escrita enquanto código e do aprendizado, especialmente centrado em atividades mecânicas e no domínio do sistema alfabético da língua portuguesa.

Contrapondo tal ideia, entendemos que a linguagem escrita é uma atividade humana, uma modalidade de linguagem constitutiva do sujeito e que, portanto, sua apropriação depende da participação em práticas de leitura e

escrita significativas envolvendo relações dialógicas estabelecidas a partir de discursos escritos. (GERALDI, 2013)

Com diferentes funções, valores, usos e estruturas, a apropriação e o uso dessa modalidade de linguagem dependem de análises e ações de todos os envolvidos (criança, professor, família) que incidam sobre as diferentes dimensões que constituem a linguagem escrita: normativa (ortografia e gramática), textual (estruturação, coesão e coerência) e discursiva (condições de produção). Tais dimensões devem ser abordadas de forma dinâmica e articulada, uma vez que: (i) o aspecto textual envolve a maneira que o sujeito estrutura um texto, articulando partes para que seu significado possa ser apreendido e sentidos construídos; (ii) por sua vez, o aspecto discursivo diz respeito às condições de produção do texto, aos efeitos e sentidos que ele pode provocar/produzir no outro (para quem escrevo, com que finalidade, em que contexto esse discurso circula); e (iii) e os aspectos normativos da linguagem (gramática e ortografia) devem ser abordados à luz de práticas que priorizem a análise e as produções discursivas-textuais.

### **Aderência às queixas e aos diagnósticos por parte de sujeitos considerados portadores de distúrbios de leitura e escrita e de familiares e sua destituição de um lugar de saber**

Nesta seção, poderemos analisar, a partir dos enunciados descritos no Quadro 4, como modos de abordar as condições de leitura e escrita marcam posições sociais relativas aos supostos portadores de distúrbios de leitura e escrita e de seus familiares.

Quadro 4 – Trecho das sequências discursivas das mães de L, F, J, C, V e G

Participantes	Sequências Discursivas
Mãe de L	<i>“Ela fala que ela é gorda, que ela é burra, que ela quer morrer, ela também não vê esperança. Ela sabe, por mais que ela tenha algum problema, ela vê que pessoas que não têm estudo hoje em dia tá morta, tá morta”.</i>
Mãe de F	<i>“Ela tem medo até de passar de ano porque cada vez mais vai ser pior na escola, mais difícil. Ela recebeu o boletim e tinha melhorado, daí ficou preocupada, porque achou que ia ser muito ruim no ano que vem”.</i>

Mãe de J	<i>“Tem épocas que dá uns ataques nele que ele não quer ir pra escola, diz ‘eu não consigo mesmo, então não adianta eu ir’. Tem nervosismo e tristeza, fica triste. Ele fica assim, às vezes recua um pouco, fala que não vai conseguir, acho que ele se diminui um pouco junto com os coleguinhas”.</i>
Mãe de C	<i>“Eu queria descobrir o que ele tinha, o problema maior foi quando veio a hipótese da dislexia, essa me deixou transtornada, foi um choque grande quando eu vi que meu filho tinha dislexia, o neuro confirmou e deixou de ser uma hipótese”.</i>
Mãe de V	<i>“Muitas vezes eu me questionei se ele não deveria estar na Apae, não que ele seja deficiente, lá o aprendizado é mais devagar, ele se sentiria mais humano, que poderia ajudar, porque na escola é muito acelerado, mas daí falam que tem que ser assim pra ele entrar no ritmo”.</i>
Mãe de G	<i>“Eu me sinto meio impotente com relação a tudo isso, por mais que eu tente ajudar parece que eu não consigo chegar a lugar nenhum; eu me sinto bem impotente, parece que não sei o caminho”.</i>

Fonte: elaborado pelas autoras.

Os enunciados acima estão perpassados e permeados por marcas discursivas negativas de incompetência, rejeição, não pertencimento e frustração por parte das crianças, conforme podemos notar: *“Ela fala que ela é gorda, que ela é burra, que ela quer morrer, ela também não vê esperança [...]”*; *“Ela tem medo até de passar de ano porque cada vez mais vai ser pior na escola, mais difícil [...]”*; *“Tem épocas que dá uns ataques nele que ele não quer ir pra escola, diz ‘eu não consigo mesmo, então não adianta eu ir’. Tem nervosismo e tristeza, fica triste [...]”*. Cabe destacarmos ainda o quanto tais discursos, proferidos pelas mães e/ou familiares de crianças consideradas portadores de distúrbios de leitura e escrita, endossam e aderem às queixas já pronunciadas por vozes alheias, destituindo seus filhos de um lugar de saber.

Outros enunciados, para além de revelarem sentimentos negativos de frustração e impotência, evidenciam a aderência aos diagnósticos proclamados pelos profissionais especializados: *“Eu queria descobrir o que ele tinha, o problema maior foi quando veio a hipótese da dislexia, essa me deixou transtornada, foi um choque grande quando eu vi que meu filho tinha dislexia, o neuro confirmou e deixou de ser uma hipótese”* e *“Eu me sinto meio impotente com relação a tudo isso, por mais que eu tente ajudar parece que eu não consigo chegar a lugar nenhum; eu me sinto bem impotente, parece que não sei o caminho”*.

Os discursos produzidos pelas mães, sob efeito do discurso valorativo médico ou de outros profissionais da saúde, revelam uma concordância em

relação aos diagnósticos que, perpassados por uma racionalidade organicista, representam uma força produtora de discursos que passam a funcionar e a definir modos de ser e de estar desses sujeitos no mundo. (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015) Prolifera-se, desse modo, segundo os autores, um discurso com *status* de verdade, e o estatuto de realidade, ao se considerar que essas crianças – que supostamente não aprendem – têm problemas derivados de uma explicação de ordem orgânica. Tal discurso está atrelado, de acordo com Garrido e Moysés (2010), a um violento processo de medicalização de alunos que não correspondem ao padrão esperado pela escola, e que tais condições, como evidenciam os enunciados apresentados, se naturalizam e se instituem no discurso da família e de educadores.

Para Christofari, Freitas e Baptista (2015), considerar que uma criança que está iniciando seu percurso escolar tem problemas, distúrbios, e que não conseguirá avançar, assim como de que ela precisa de acompanhamento médico e/ou de medicação para aprender, tende a destituí-la de suas potencialidades, como se aquele sujeito, aquele corpo, nada tivesse para ser construído, modificado e compartilhado. A partir de procedimentos implementados por diferentes profissionais da saúde, o fracasso escolar é justificado, assim como o fracasso de vidas que não conseguem corresponder às expectativas da escola. Os autores ainda enfatizam que

sabe-se que muitos alunos, embora tenham seu direito de acesso à escola garantido, não têm seus modos de ser e aprender respeitados e valorizados da mesma forma. São criadas diferentes maneiras de se dizer aos alunos que não fazem parte do grupo que se instituiu como aluno normal, aluno padrão, que há algo de errado com eles. A esses é negada, de certa forma, uma experiência ampla de escolarização, de convivência e de apropriação do que é estabelecido como conteúdo escolar, excluindo-os do processo de transformação humana pelas experiências com o outro. (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1098)

Logo, a medicalização dos modos de ser e de aprender é a negação do verbo *estar*, afetando todos os escolares em um processo que se infiltra sorrateiramente por todas as frestas da escola e de outras instituições. Assumir uma posição contrária ao discurso, ao olhar e às práticas

patologizante-medicalizantes voltadas ao fracasso escolar dessas crianças que supostamente não atendem às expectativas escolares, implica o compromisso com abordagens clínicas e educacionais que permitam ao sujeito ocupar um lugar responsivo e valorativo nas relações sociais a partir dos referenciais ideológicos que o constituem e que, portanto, promovam possibilidades de significações e ressignificações determinadas no contexto histórico/social em que está inserido.

Ao produzirmos discursos, não somos a fonte deles, mas intermediários que dialogam e polemizam com os outros discursos existentes em nossa sociedade, em nossa cultura. Como já foi dito, a relação dialógica é polifônica, não há passividade. Nela, o discurso é um jogo, é movimento, uma tentativa de transformação e mesmo subversão dos sentidos. O sentido de um discurso jamais é o último: a interpretação é infinita. O que faz evoluir um diálogo entre enunciados é essa possibilidade sem fim de sentidos esquecidos que voltam à memória, provocando neles a renovação e (re)significação dentro de outros contextos. (BAKHTIN, 2010) Assim, a interação discursiva empreendida entre os sujeitos será sempre construída de forma dialógica, bem como sua identidade, enfim, num processo de interação e, portanto, de intersubjetividade.

Quanto às relações dialógicas constitutivas de todo discurso, podemos dizer que, para que algo faça sentido, é necessário que já faça sentido anteriormente, ou seja, ao enunciar, o sujeito traz em seu discurso a presença de vários outros discursos que circulam na sociedade da qual faz parte, quer se dirija ou não a eles e quer essa presença seja interdiscursiva ou apenas intertextual. (SOBRAL; GUIMARÃES, 2015) Portanto, a partir da interação discursiva estabelecida entre os sujeitos de forma dialógica, a clínica fonoaudiológica, segundo Santana e Santos (2017), deve ser compreendida como um espaço privilegiado de esfera social, uma arena de produção e (re)elaboração de sentidos. Aos profissionais que trabalham com a linguagem, cabe, também, a singularidade de um interlocutor atento e interessado na construção de significados, no partilhar de compreensões, reflexões, dúvidas e conhecimentos. (PERROTA; MÄRTZ; MASINI, 1995, p. 30)

Uma atuação fonoaudiológica, portanto, eticamente orientada, em um contexto clínico, deve se constituir como um espaço de escuta e que possibilite

fazer circular as vozes presentes da escola, da família, dos profissionais da saúde, de maneira a (re)significá-las e lhes atribuir outro tom valorativo.

Para Jobim e Souza (2011), tais modos de atuar e intervir reconhecem e investem no dialogismo como forma de promover a tensão entre as vozes e seus silêncios, fazendo circular a palavra em suas múltiplas direções, de maneira a transparecer preconceitos e discriminações, bem como promover o exercício alteritário. A possibilidade de ampliação da consciência e do ato responsivo desses sujeitos a partir do dialogismo, do encontro com o discurso alheio, de um outro (fonoaudiólogo) e de outras vozes que ecoem, refratem e possam promover a (re)elaboração e (re)significação de tais discursos e o deslocamento de posição desses sujeitos. Cabe destacar que a explicitação das contradições e de sua materialização nos discursos é um caminho necessário para que seja possível confrontar diferentes posições discursivas e sociais ocupadas pelos sujeitos, bem como concordar ou discordar das diferentes perspectivas ideológicas que atravessam tais posições de forma consciente.

## **Considerações finais**

A possibilidade de ressignificar posições medicalizantes, assumidas hegemônica e discursivamente por crianças e seus familiares, emerge na explicitação e crítica de suas contradições e, portanto, do embate travado, nas redes dialógicas, entre essas posições e outras que com elas antagonizam. Procuramos, com este estudo, evidenciar que a (re)significação de tais posições pode ser orientada a partir do reconhecimento do estatuto da palavra do outro e do fato de esta requerer sempre uma compreensão ativa e uma atitude responsiva-ativa na constituição da nossa palavra, ou seja, no reconhecimento do caráter dialógico da linguagem, da consciência e da posição dos sujeitos na vida.

Tal entendimento, fundamentado a partir de uma perspectiva social e histórica, oferece elementos para o implemento de abordagens, clínicas e educacionais que priorizem as relações dialógicas como matéria-prima dos processos de objetivação e de subjetivação da consciência humana.

## **Referências**

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

BAKHTIN, Mikhail. *Para uma filosofia do ato responsável*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2010.

BERBERIAN, Ana Paula. Princípios norteadores da avaliação clínica fonoaudiológica de crianças consideradas portadoras de distúrbios de leitura e escrita. In: BERBERIAN, Ana Paula; MASSI, Giselle; GUARINELLO, Ana Cristina (org.). *Linguagem escrita: referenciais para a clínica fonoaudiológica*. São Paulo: Plexus, 2003. p. 11-38.

BERBERIAN, Ana Paula; SILVA, Daniel Vieira; GIROTO, Claudia Regina Mosca. Condições de letramento e os processos de inclusão e exclusão social. In: NOZU, Washington Cesar Shoiri; LONGO, Marcelo Pereira; BRUNO, Marilda Moraes Garcia (org.). *Direitos humanos e inclusão: discursos e práticas sociais*. Campo Grande: Editora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2014. p. 20-30. v. 1.

BORTOLOZZI, Kyrlian Bartira. *Fonoaudiologia e educação: a constituição de uma parceria responsiva ativa*. 2013. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação) – Faculdade de Ciências Biológica e da Saúde, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos modos de ser e de aprender. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015.

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

FREITAS, Maria Teresa Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 116, p. 21-39, 2002.

GARRIDO, Juliana; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 149-162.

GERALDI, João Wanderley. *Portos de passagem*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

GIROTO, Claudia Regina Mosca; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula de Oliveira. Saúde, educação e educação especial: princípios e paradigmas norteadores das práticas em saúde no contexto educacional inclusivo. In: HEREDERO, Eladio Sebastián; GIROTO, Claudia Regina Mosca; MARTINS, Sandra Eli Sartoreto de Oliveira (org.). *Serviços de apoio em educação especial: um olhar para diferentes realidades*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la UAH, 2013. p. 101-124.

JOBIM E SOUZA, Solange. Por uma epistemologia da imagem técnica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del Rei, v. 6, n. 2, p. 206-210, 2011.

MASINI, Maria Lucia Hage. *O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica*. 2004. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Faculdade de Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MIOTELLO, Valdemir. *Discurso da ética e a ética do discurso*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2011.

NASCIMENTO, Vinícius; BRAIT, Beth. Reflexões dialógicas sobre a clínica da linguagem. In: MONTENEGRO, Ana Cristina Albuquerque; BARROS, Isabela Barbosa de Rêgo; AZEVEDO, Nadia Pereira da Silva Gonçalves de (org.). *Fonoaudiologia e linguística: teoria e prática*. Curitiba: Appris, 2016. v. 1. p. 139-156.

NOGUEIRA, Juslaine de Fátima Abreu. *Discursos de psiquiatrização na educação e o governo dos infames da escola: entre cifras de resiliência e acordos de resistência*. 2015. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

PERROTA, Claudia; MÄRTZ, Laura Wey; MASINI, Lúcia. *Histórias de ler e de contar: a linguagem no cotidiano*. São Paulo: Summus, 1995.

SANTANA, Ana Paula; SANTOS, Karoline Pimentel dos. A perspectiva enunciativo-discursiva de Bakhtin e a análise da linguagem na clínica fonoaudiológica. *Bakhtiniana*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 174-190, 2017.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; VIEIRA, Sammia Klann; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. Distúrbio de processamento auditivo – dificuldade de leitura e escrita: há uma relação? *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 581-607, 2018.

SOBRAL, Adail; GUIMARÃES, Fernanda. A resignificação da imagem da criança: uma análise bakhtiniana do vídeo *Nuestro México del Futuro*. *Revista Leitura*, Maceió, v. 1, n. 55, p. 98-114, 2015.

# Medicalização e humilhação social

---

*José Moura Gonçalves Filho  
para Elaine e Tháís<sup>1</sup>*

## **O ponto de vista e seus giros**

*Medicalização* é um termo pejorativo que assumiu este caráter por razão de protestos críticos justificados. Trata-se de um ato muito diferente do ato sóbrio de recomendações ou cuidados médicos, acompanhados ou não de receitas farmacológicas.

A medicalização, indiscriminada e compulsória, carrega o mesmo vício que a *psicologização*. Os atos de medicalizar e psicologizar realizam sobre o drama de alguém uma mesma operação: o drama é enquadrado sob foco muito reduzido, desligando-nos dos caminhos de alguém e seus diversos cenários. O drama é amarrado a um só ponto de vista, impedindo deslocamentos de perspectiva, indispensáveis para que fosse mais bem percebido.

A pessoa cuja aparição ficou regulada por um estreito feixe de luz, dirigido num só e mesmo sentido, pode ficar tão enfatizada quanto desligada de sua realidade. Pensemos em ilusões produzidas por canhões de luz dirigidos

---

1 Elaine Cristina de Oliveira e Tháís Seltzer Goldstein.

para os palcos e que isolam um ator, de tal modo que sua manifestação ou ação pareça desligada de seus arredores. O cenário maior e outros atores, deixados no escuro, não mostram participar do que vemos. Pode parecer que o ator caiu quando, na verdade, foi empurrado. Ficamos sem perceber o agressor, porque não foi iluminado, e acusamos uma queda quando houve um golpe. Há muito se sabe que fatos ocultados ou apenas enturvados autorizam interpretações equívocas, e pior: o equívoco pode não ser notado. Se havia luz, julga o iluminador que houve iluminação, no entanto, sob foco curto e demais dirigido, a luz apagou o drama.

Em 1986, assisti pela televisão ao epílogo de um festival de filmes publicitários. O filme vencedor divulgava um jornal britânico: *The Guardian*. Eis, em seguida, como lembro o filme.<sup>2</sup>

Inicialmente, tela escura. Aos poucos, abre-se uma cena e vemos um velho em elegantes trajes londrinos: veste um chapéu-coco, um capote, traz uma bengala e uma maleta de trabalho. Aparece à frente de uma grande porta que, pelo luxo, lembra a porta de um hotel ou prédio bancário. Então, acontece de entrar correndo à esquerda do velho, subitamente, um rapaz. O moço, atabalhado, esbarra no idoso e caem os dois. Fecha-se a cena. A impressão do espectador é de que assistiu a um casual acidente.

Abre-se de novo a cena, mas a câmera foi deslocada para o canto direito da calçada. Vemos outra vez o velho e, agora, desde o início, vemos já o rapaz. Percebemos que está vestido mais ou menos modestamente. O moço prepara uma corrida e dispara em direção ao velho, mirando-o com determinação agressiva: caem os dois outra vez. Fecha-se a cena e a impressão, alterada, é desta vez de um ataque agressivo, um golpe deliberado, talvez um assalto.

---

2 O que segue corresponde ao filme tal como dele me lembrava. Reencontrei e revi o filme recentemente. Qual não foi minha surpresa! Minha lembrança, passados tantos anos da primeira exibição, havia modificado ou acrescentado elementos, perdido alguns, felizmente permanecendo a estrutura e o argumento do filme original. A memória trabalha o passado. A informação e a imaginação podem disputar a lembrança por times contrários, noutras vezes sob mesma camisa. Algumas vezes, graças à parceria, informação e imaginação alcançam juntas a melhor lembrança. Em todo caso, os caprichos do lembrador ou os preconceitos de seu grupo podem cobrir o passado e dominar a memória. O decisivo é sempre a liberdade para o objeto, para a coisa lembrada, o que exige desapregos de ego e de grupos. Convido o leitor a fazer a experiência do filme e que seja condescendente com minha lembrança falha: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_SsccRkLLzU](https://www.youtube.com/watch?v=_SsccRkLLzU).

Abre-se a cena uma terceira vez. A câmera havia agora assumido um ângulo semelhante ao da primeira exibição, mas muito recuado: vemos o velho à frente da porta luxuosa, vemos agora o prédio inteiro a que corresponde a porta, vemos o jovem à esquerda. Vemos também, pendendo de uma das janelas do prédio, um piano içado por guindaste. A corda do guindaste começa a se romper e tudo cairá exatamente sobre o velho. Notamos agora que o rapaz, num relance, se dá conta do desastre iminente, põe-se a correr e empurra o velho para um ponto seguro, afastado do lugar em que o piano irá se espatifar. Vem então a impressão que parece definitiva: o rapaz havia se empenhado numa genuína ação de socorro. Fechada a terceira e última exibição da cena, tela outra vez escura, aparece em letras sóbrias uma só frase: “*The Guardian*, a notícia por todos os ângulos”.

Devemos conceber ainda outra variação dos ângulos: a variação pela história. Suponhamos que o rapaz e um grupo de comparsas tivessem semanas antes estimado a riqueza do velho e observado seus hábitos e rotinas. Forjaram o acidente e calcularam o salvamento do cavalheiro, tudo em hora certa para que este, agradecido, devendo-lhes a vida, viesse a recompensá-los sobejamente. Considerada então a gênese da cena, o que apareceu no espaço como um salvamento, apareceria no tempo como um plano de extorsão velada, um crime premeditado e disfarçado. Suponhamos mais: depois de acusados, os rapazes foram praticamente inocentados, suas penas significativamente reduzidas. É que, por minuciosa auditoria e prolongada investigação, os advogados de defesa descobriram e demonstraram que a riqueza do velho era produto de agiotagem e que os réus, todos filhos de famílias exploradas pelo vil usurário, tinham pretendido vingança. Desesperados sobre juízes ou promotores, calejados com tribunais morosos ou subornados, aconteceu que os jovens haviam decidido fazer justiça pelas próprias mãos, sem sangue.

A notícia mais veraz, a que mais objetivamente se impõe, é a que abraçou mais pontos de vista, reunindo e superando os ângulos de atenção demais encolhida. Das trocas de lugar e perspectiva, abre-se um ponto de vista mais abrangente e complexo do que os pontos de vista primeiro praticados. O ponto de vista que nos fez opinar sobre agressão ou assalto incluiu e venceu o ponto de vista em que opinávamos sobre um esbarrão casual. O juízo final, salvamento do velho por um jovem, adota e ultrapassa os pontos de vista anteriores, muito parciais, justifica cada um dentro de seus limites, mas corrige

a parcialidade graças a um terceiro ponto de vista, o mais alargado dos três. Uma atitude assim se renova sucessivamente e, ao que tudo indica, alargamentos decisivos são alargamentos no tempo, feitos de história, o que exige narrativas.

## A pessoa avulsa e a pessoa ligada

*Aqueles que estão de algum modo engajados na pesquisa de ciências humanas e de ciências todas, considerem que esta tarefa põe fenômenos de facetas ocultas: dão-se a ver somente sob certas condições, ao longo do tempo, às vezes de maneira inesperada, podendo modificar substancialmente nossa primeira compreensão e até os rumos da investigação. Por isso, toda cautela é necessária, especialmente quando estamos diante de fenômeno intrincado e impactante como a medicalização, sobre o qual, infelizmente, disseminam-se explicações imediatas, tão prestigiosas quanto farsantes.*

Thaís Seltzer Goldstein<sup>3</sup>

Superar operações de medicalização supõe superar imagens de alguém como de uma pessoa avulsa, sem território, sem parceiros ou adversários. Impossível perceber o drama de alguém sem que a percepção abrace um mundo, posições no mundo, a pessoa e seus interlocutores, a pessoa e seus antagonistas, a biografia, e a biografia de alguém pode exigir a história de seu grupo, quase como o estado da árvore exige exame da raiz. O cenário das ações e a posição dos agentes, o começo do drama, seus percursos e suas horas candentes: quando nada disso entra em linha de consideração, as interpretações entram em distorção e podemos acusar assalto ou crime onde havia socorro ou desforra. As ações da pessoa, quando isoladas e quando lidas fora de circunstância e tempo, revelam mal seu sentido, podem até parecer sem sentido ou assumir sentido forçado, trazido por quem se põe a julgar muito depressa, com arrogância e abusiva autoridade. O saber sobre os traumas humanos não pode ser presumido, só pode ser incessantemente buscado: não precisa ser concluído para que alguma cura sobrevenha. Um trauma, sempre mais ou

---

3 Thaís foi a primeira leitora e revisora deste texto inteiro.

menos enigmático, fica agravado quando o queremos decifrar facilmente: o enigma permanece ou mesmo cresce, agora sob a dura capa de que teria sido resolvido pelos especialistas. Representa uma ofensa contra o traumatizado, uma desmoralização, tomar como óbvio seu mal.

Os atos de medicalizar e psicologizar se movem sob perspectiva imediata: tudo é tomado sem sua vizinhança e sem sua ocasião. A formação dos fatos mórbidos é ignorada: a região de formação dos fatos é desprezada, talvez confundida com um lugar no corpo ou na mente, e mais ainda desprezada é sua formação no tempo, talvez confundida com o seu começo e desdobramento dentro do corpo ou dentro da mente. Mundo e história desprezados fazem desprezadas as pessoas: afinal, eu não sou simplesmente eu: eu sou eu e meu mundo, sou eu e meu caminho. *Eu mais fundo*, ou *eu mais revelado*, não sou ideia alguma que médicos ou psicólogos tenham fabricado sem me ouvir ou satisfeitos com me ouvir só um pouco.

Um *eu mais fundo* ou um *eu revelado* sequer correspondem a uma ideia senão à de um *outro irredutível*. Uma ideia sem objeto: não se fala *sobre* o outro, não se fala *sobre* alguém, falamos *ao* outro, falamos *a* alguém. Se insistimos, praticamos a ofensa maior, a mais radical das desmoralizações: falar sobre alguém é manjar alguém, consumir sua existência e sua manifestação, mastigá-las como uma ideia minha, afinal, pondo-me apenas comigo mesmo, nada havendo além de mim, nada de outro senão uma ideia minha *sobre* o outro. Em sessão médica ou psicológica, é de se esperar que ouçamos alguém e falemos a alguém. Nunca uma conversa sobre alguém, mas sobre o drama de alguém e, quanto a isso, a pessoa a quem falo é a primeira que preciso longamente ouvir. Um drama humano, sim, é assunto, objeto de conversa. Uma pessoa jamais é assunto. Torná-la um assunto é fofocar, maldizer, bisbilhotar: um máximo de desprezo, uma humilhação.

Acentuemos um ponto. Medicalizar e psicologizar são operações de dissociação social: a pessoa é tomada como alguém apartado de amigos e apartado de inimigos. Fala-se dela como de alguém desirmanado, entretanto, a pessoa traz comunidade e sofre os destinos de sua comunidade. Quando cai, fala-se da pessoa como se a queda nada devesse às rasteiras dos outros. As soluções para os grandes problemas humanos, contudo, exige atenção social. Veja-se, por exemplo, o problema do racismo. Os ataques racistas não dependem de quem seja a vítima individualmente, não dependem do que diga

ou faça: não precisa dizer ou fazer coisa alguma para ser maltratada. O que importa é o fato de pertencer a um *grupo*. Um grupo desejado como subordinado pelo *grupo* do racista.

Há uma luta de grupos mediando o choque racista entre duas pessoas. A agressão racista carrega o sentido de subordinar alguém, mas subordinação que foi historicamente iniciada como subordinação social, a violenta subordinação do *grupo da pessoa agredida* pelo *grupo do agressor*. Em toda intenção racista há uma mais antiga iniciativa grupal, uma operação de grupo contra grupo, então capaz de depois comparecer num só agressor contra uma só vítima. Daí que seja tremenda a força do agressor, porque age nele uma energia de grupo. A pessoa traumatizada se espanta com a força descomunal assumida pelo gesto de um agressor, às vezes um tipo tolo e até fraco quando tomado por si mesmo. É que a vítima foi exposta a um golpe de grupo, caindo necessariamente em prostração e grande transtorno.

Tantas vezes o golpe de grupo fica invisível. Invisível para a vítima, para o agressor, também para o delegado ou juiz, médico ou o psicólogo com quem a vítima vai eventualmente se deparar. Sendo assim, talvez opinemos todos que a vítima, abalada de modo aparentemente desproporcional, se mostra alguém demais suscetível. Algumas vezes, diremos que exagera e haverá quem possa até mesmo duvidar ter havido racismo. A desmoralização vai orientar a medicação e os conselhos psicoterapêuticos tanto quanto terá orientado a atenção policial e judiciária. Talvez oriente a consciência que a própria vítima adote sobre si mesma.

Há também o caso da pessoa que, percebida como antissocial, é responsabilizada sem atenuantes por suas explosões. Haverá profissionais que não se cansarão em listar todas as vezes em que o réu ou o paciente pareceu inadequado e furioso. Suas explosões, entretanto, eram contragolpes de um rebelado. Eram respostas a golpes que lhe foram aplicados primeiro, mas outra vez ficaram invisíveis para os que o vão julgar ou diagnosticar. Os golpes o atingiram hoje e antes mesmo de seu nascimento, agora e antes, lançados contra seu grupo atual e contra seu grupo ascendente. São golpes aplicados pelo presente e pelo passado, golpes de perto e golpes de longe, aplicados como “remuneração” e aplicados como “herança”. Há sofrimentos em nós que são mais históricos que biográficos: atingiram-nos quando já atrás nos atingiam por nossos antepassados. Quem então julgará que as reações a tantos golpes,

ostensivos e sorrateiros, pudessem ser menos que reações explosivas? Quem sumariamente condenará comportamentos antissociais produzidos por sociedade? Quem preferirá ignorar nas revoltas ameríndias, afro-americanas e proletárias a sociedade duramente armada contra os explorados para assegurar sua exploração sem rebelião? O escravismo colonial brasileiro jamais teria sido possível sem milícias de engenho, de fazenda ou minas, e jamais sem o Exército Imperial. O fato renitente e contemporâneo de soldados ou guardas civis que agem violentamente contra cidadãos de sua própria classe social, que se mostram muito pouco conscientes de si próprios como servidores públicos e, pelo contrário, são inclinados ao comportamento de mordomos armados, isso deita raízes em regimes de exploração, espertos em tornar os explorados perseguidores de explorados.

Sufrimentos, quando enigmáticos, não são apenas pesarosos: são angustiantes. A angústia advém de sofrimentos que não pudemos compreender e que, por isso, estranhos, confundem e desorientam o angustiado. São muito inquietantes, afligem, e muito intrigantes, levantam perguntas sem suficiente pista para respostas. Que foi isso que sofri e que dura ainda? De onde veio e para onde arrasta o que sinto? Eis as indagações tão próprias de toda gente angustiada. A lembrança dos enigmas se impõe sem trégua, sem esquecimento: obsedia. Desguarnecida de unidade ou organização que só a compreensão pode trazer, a lembrança enigmática e angustiante vem por estilhaços, por pedaços, por reminiscências fragmentárias e estonteantes. Não me sai da cabeça, por exemplo, uma frase solta, um olhar sinistro, inexplicáveis, um gesto esquisito e que me põe aturdido. Por que aquele homem ou aquela mulher dirigiram-me palavras grosseiras e caretas, por que me falaram de cima para baixo, mostrando desprezo irritadiço? Um cidadão pobre ou um cidadão negro, espancados sem limite, ininterruptamente, os espancadores cheios de ira, sem a medida do que traz a morte: quem, sofrendo ou testemunhando a indiferença ou o sadismo, assistindo à tortura ou ao assassinato, verificando o crime publicamente praticado por policiais ou por supremacistas incontidos, quem poderá depois decidir e explicar o que aconteceu e o espetáculo pungente? Os violadores, nestes episódios, saberiam eles responder pelo seu ódio funesto e pela licença com que batem ou matam?

O mal-estar de quem sofreu racismo é tão difícil de decifrar: aparentemente produzido por um só violador, é todavia produzido por um grupo que

nem sempre podemos reconhecer e que nem sempre ataca abertamente, um grupo que atuou longamente contra meu grupo, acertando os avós de meus avós antes de acertar-me. Se o mal-estar pareceu estranho aos avós, mais estranho pareceu aos netos, que o receberam por notícias despedaçadas: chegou-lhes talvez por sequelas de alma ou corpo dos avós, percebidas ainda hoje pelos jovens nas atitudes ou cicatrizes dos velhos, mas muito desligadas de sua remota origem. A memória aturdida, pouco formada pelas primeiras vítimas perplexas, chega ainda mais atordoada aos seus filhos e aos filhos dos filhos. A angústia cresce. Para estancar, pede que atinemos com o seu sentido. Dada a dispersão de pistas e a entropia das reminiscências, a cura pelo sentido dependerá de atenção histórica e até de pesquisa historiográfica. Não se compreende sem consciência histórica a memória desmontada dos oprimidos, ou a memória que jamais puderam montar suficientemente.

Evoco a situação e rumo de duas pessoas. Primeiro ela, uma jovem negra brasileira a quem chamarei Luana. Depois ele, a quem chamarei Afonso, um senhor negro, também brasileiro, poeta afiado e fino professor de literatura.

Luana se sentia apagada nos ambientes públicos: nas ruas ou praças, nos teatros ou cinemas, às vezes no ônibus, em restaurantes ou bares; na escola e, mais tarde, na universidade sobretudo; no trabalho, sempre; na cidade toda. Embora se sentisse bem menos apagada no bairro materno e nunca em casa, nada a dissuadia de que o sentimento de passar despercebida fosse devido a algo exclusivamente seu, muito próprio, uma fraqueza psíquica e de origem interna, endógena. A convicção, todavia, nada curava e a moça seguia em toda parte sentindo-se mais ou menos desaparecer. Notava a corriqueira cegueira dos encimados sobre os rebaixados, a indiferença ou superioridade por que brancos abordam os pretos, o desdém ou mandonismo: estas notas pareciam se ligar muito teoricamente ao sentimento de invisibilidade e a vinham acalmar superficialmente, logo voltando à convicção de que o mal-estar partia de dentro e não de fora. Os fatos ofensivos, tão objetivos, todavia mais racionalizados do que sentidos, não a demoviam da aposta na profunda subjetividade do mal-estar: decidia que o problema superava as situações que o despertavam e que o trazia consigo mesma desde muito pequena.

Certa vez, porém, ocorreu ter lido o seguinte: os africanos eram misturados nos navios negreiros, depois nos portos coloniais em que eram leiloados,

mantendo-os embaralhados também no trabalho servil que os iria consumir. Gente de raízes diversas, o que incluía idiomas discrepantes, sabiam-se diversos e em dificuldades de troca ou comunicação só gradualmente superadas. Mas eram todo tempo tomados sob uma só perspectiva pelos seus mercadores e senhores: eram todos tomados como escravos, indiscriminadamente caçados, embarcados e enfiados na moenda de cana, nos roçados ou pastoreio e na mineração como servos equivalentes. Ficavam invisíveis para os escravistas. Foi como se Luana tivesse pela primeira vez atinado com a origem social de sua presumida doença: a informação histórica fez superar racionalizações estéreis. Compreendia finalmente que aquilo que a atacava de dentro viera de fora, mas muito longinquamente de fora. Agora reconhecia um apagamento na face e movimentos de seus pais, de seus avós, de seu grupo que não mais parecia saído deles e sim impingido por uma gigantesca operação social, muito antiga, prolongada, finalmente dispersada e amortecida em inúmeras e pequenas operações servilizantes. O mal se havia generalizado e banalizado, assumindo aspecto natural. Perdendo sua face coletiva e brutal, o mal distribuído e cada vez mais institucionalizado ocultou-se: seguia agindo tremendamente, mas não mais aparecia como fonte imensa de lancinante humilhação. O mal coletivo não mais aparecia como o que só pode ser vencido coletivamente. O produtor de vítimas invisíveis havia se tornado ele mesmo invisível: desde então, sofrer por um mal que não se vê parece justificar que o julgemos um mal interior, que surge num ou noutro indivíduo particularmente atormentado, um mal que surge de dentro e lancina por dentro.

Luana se julgava uma doente individual porque não via e não víamos o ponto em que se havia originalmente organizado por muitos contra muitos, jamais produzido por um só e reservado a um só. Sentia sofrer sozinha e sem motivo aparente. Dizia isso quando, por exemplo, entrava em lojas com hesitação e medo irrefreáveis, exigindo-se inutilmente livrar-se deles por esforço individual, entretanto, quando viu a operação gigante caindo sobre uma multidão, e a viu como nunca, porque não a viu com olhos da cara, mas olhos historicamente alargados, a visão abrangeu tempos sucessivos e de longa duração: os olhos estavam agora informados por memória, pesquisa e revelações históricas. A convicção se modificou: consentiu que entrasse apreensiva em toda e qualquer loja e que seu bem-estar dependesse de algum gesto alheio, suficiente para indicar-lhe hospitalidade. Disse-me que havia finalmente feito

compras em paz, o que dependeu de esperar por quem a atendesse cordialmente, sem esforço de cordialidade. Teve sorte. A mocinha que a veio receber na loja pareceu-lhe solta e capaz de verdadeiro respeito: soltou-se então, sem desta vez exigir que se soltasse unilateralmente, fora de companhia e sem depender de parceria. Tivesse Luana deparado com distância e soberba, com fingimento ou franca hostilidade, não duvidaria de preconceito, este expediente psicológico de dominação. Consideraria retirar-se ou a coragem de alguma ação afirmativa.

E quanto a Afonso? Este senhor vinha penando palpitações, respiração ofegante, noites sem dormir. Andava assombrado pelo envelhecimento. Decidiu-se por conversar sobre a senescência, a perda de viço psicossomático, a limitação de movimentos ou de funções vitais. Conversamos. Decidiu-se por conversar sobre a hora existencial da velhice, hora do senso acentuado da morte, hora da memória, hora silenciada, hora de filantropia infantil ou do zelo geriátrico excessivo e impessoal, hora de papéis sociais impedidos, hora de isolamento asilar. Isto tudo cresceu e agradou a Afonso. Ainda assim, palpitações não esmoreceram, tampouco o sufoco e a insônia. A certa altura do caminho, comento casualmente que havia lido sobre o escravismo brasileiro. Ressalto um ponto chocante. A vida útil dos africanos escravizados não excedia a média dos 7 a 10 anos. O que significa que um moço africano de 17 anos, quando capturado e servilizado, tornava-se imprestável para trabalho já aos 24 ou 27 anos: um envelhecimento precoce produzido por envelhecimento eminentemente social. Outra vez a dominação. Afonso se envolveu extraordinariamente com o assunto. Leu estudiosamente o *Escravidismo Colonial*, de Jacob Gorender. Um dia, compartilha longa e detalhadamente o precoce envelhecimento dos negros na situação colonial e pós-colonial, um envelhecimento social e que ele havia temido já na juventude. Era precisamente este, nenhum outro, o envelhecimento que o vinha outra vez importunando e tolhendo: a indigência social trazida pela dominação escravista e pós-escravista. Só então Afonso voltou a dormir e voltou a dias mais calmos. A indigência politicamente produzida pede superação política. A consciência disso, exigida por alma e não artificialmente, não realiza a superação política, mas acalma sem pusilanimidade, sem despolitizar.

O quadro quanto possível íntegro de um drama humano, o que só alcançamos gradualmente, guarda ascendência sobre seus elementos ou

ingredientes, ligando-os significativamente. É ascendência de sentido: o quadro inteiro explica suas partes mais do que pode ser por elas explicado. Tomado por sua face imediata ou, pior, tomado por pedaços que arbitrariamente privilegiamos, o quadro fica perdido e tudo se inverte: os elementos ou ingredientes, isolados, ficam parecendo a fonte dos dramas. Há procedimento medicalizante quando operações de isolamento dão um estado mórbido do organismo como fonte do drama; há procedimento psicologizante quando operações de isolamento dão um estado afetivo-cognitivo como fonte do drama. O organismo ou o psiquismo participam dos dramas humanos como ingredientes, contam ali como meios, como suportes mais ou menos sobrecarregados pelo que apoiam, o sentido dos dramas. O sentido dos dramas não desponta de seus ingredientes e sim das ações e interações humanas, no espaço e no tempo, no mundo e na história.

O que decidimos sobre um fenômeno – uma coisa, um acontecimento, uma experiência – perde seu sentido, perde a objetividade tão encarecida pelas ciências, quando perde o concreto. *Concreto*, na acepção aqui assumida por este substantivo ou adjetivo, orienta-se por tradição hegeliano-marxista, em que vale como *o que reúne muitas determinações e as faz conversar entre si*. Eis um conceito que faz jus à etimologia mesma da palavra: *concreto*, antes de aparecer como substantivo ou adjetivo, é verbo, é o particípio passado do verbo *concrecer*. Trata-se de um verbo pouco praticado em português e que significa formar-se por agregação, crescer por ligações. *Concrecer* é crescer em companhia. *Concreto* é todo fenômeno que cresceu por muito lados e por variação de contato ou comunicação. É a coisa, o acontecimento, a experiência, que cresceram por relacionamento com outras coisas, acontecimentos e experiências: é o que apareceu de relações desenvolvidas no espaço e no tempo, relações geográficas e históricas.

O concreto, assim entendido, precisa ser alcançado como ponto de partida e de orientação para toda interpretação que se pretenda *objetiva*. A *objetividade* de uma interpretação depende da comunicação do intérprete com o concreto e de uma sondagem sem fim dos relacionamentos de que a coisa interpretada participa. Os fenômenos – coisas, acontecimentos, experiências – são de modo que, para alcançá-los concretamente, precisamos supor um percurso, um caminho, uma conquista que não é imediata. Não se trata de um percurso apenas intelectual, mas empenha corpo e alma indissociavelmente

e, frequentemente, depende de certas condições que podemos notar como condições de natureza política.

## **Monólogo e conversa, dominação e emancipação**

A medicalização não corresponde apenas ao vício epistemológico de tomar um impasse humano de um ponto de vista abstrato, retirado de sua situação concreta no espaço e no tempo. A medicalização representa também uma exageração da autoridade do médico, por razão ligada à pomposa posição dos médicos ou das instituições médicas. Há uma comunidade epistemológica entre o ato de medicalizar e o ato de psicologizar, uma vez que ambos estão assentados sobre o mesmo vício da abstração e do reducionismo; mas, se a despeito disso, procurássemos uma diferença, certamente seria encontrada no fato de que um psicólogo geralmente tem o seu ponto de vista mais relativizado, mais exigido pela discussão pública do que o ponto de vista de um médico, que comumente se pronuncia como quem tem a palavra final. Mas não devemos subestimar o prestígio dos psicólogos e seu modo próprio de também dispor sobre os outros de cima para baixo.

A necessidade epistemológica de conhecer mais objetivamente um fenômeno supõe, nos trabalhos de conhecimento dos dramas humanos, a necessidade política de estarmos todos no igual direito de falar e de ouvir. Cada um de nós é exigido a ouvir e a buscar um ponto de vista não pela disputa com outros pontos de vista, mas pela conversa entre eles, de maneira a posicionar a conversa em níveis crescentes de complexidade.

Os gregos antigos, mais especificamente os atenienses, descobriram a conversa como um ato profundamente democrático. Neles inspirados, digamos que conversar implica, antes de nada, apresentar os fenômenos que compartilhamos tais como se mostram para cada um de nós. O mundo compartilhado é primeiro trazido por alguém que o enuncia de seu ponto de vista, de seu lugar e momento. Logo em seguida, a conversa prossegue. E seguir conversando significará, para o primeiro enunciador, deixar-se impressionar por outro ponto de vista acerca do mesmo mundo, trazido por alguém de um outro lugar e momento. Saio de um lugar e momento próprios. Quem sai de lugar e momento próprios para um lugar e momento alheios, sai para lugar e momento que, diferentes dos meus e diferentes dos teus, levam-nos a um terceiro lugar e terceiro momento, que advêm entre nós e além de nós, que não

existiriam entre nós sem a nossa conversa, e que só se realizam quando nos pomos a conversar.

A conversa nos faz ocupar lugares e momentos que ninguém isoladamente ocuparia. Esses lugares e momentos cruzaram pontos de vista, resultando em percepção do mundo cada vez mais alargada, porque capaz de abraçar e superar pontos de vista muito particulares, mas a disposição para isso precisa supor o gosto do igual direito de falar e o gosto do dever geral de ouvir. A medicalização se desenvolve como um ato unilateral de enunciação dos dramas humanos, é imprescindível, para superá-la, a democratização das relações públicas entre os profissionais de saúde, entre os profissionais de saúde e educação, entre todos nós, cidadãos e cidadãs, profissionais e leigos.

A violência *contra* os oprimidos inclui percepção unilateral de seus dramas, daí que tantas vezes distorcidos. Já a violência *dos* oprimidos, tomada sob perspectiva ampliada, mediante debates públicos igualitários, vai geralmente reaparecer como *contraviolência*. Há muita angústia nos sentimentos e ações que perturbam o corpo dos oprimidos, e a visão de corpos perturbados pode muito nos enganar se nos apegarmos à percepção imediata. O que é imediatamente visível em corpo num cidadão oprimido pode estar isolado, abstraído de sua história e mundo, a história do corpo, o mundo do corpo. Outra vez, sob perspectiva ampliada, pode-se notar que o corpo, quando perturbado, foi transpassado por um golpe que é social e longamente preparado. É de se notar no corpo que determinados sofrimentos foram se constituindo no percurso de uma biografia, uma história de vida, podendo recuar para a história dos pais, dos avós, muitas vezes exigindo recuo para a história dos ancestrais mais longínquos.

O retrato encolhido de alguém não é apenas o resultado de diagnóstico médico ou psicológico encolhedor, um produto de atenção profissional demais especializada. O retrato depauperado da pessoa é frequentemente o retrato imaginado pelo *preconceito*, o sentimento e a atitude que acompanham a dominação e fazem a perspectiva dos dominadores. O preconceito informa os expedientes da medicalização e da psicologização. A distribuição da luz e das sombras sobre pessoas, fazendo figurar certos lados, deixando outros sob penumbra, supera a operação do sol ou das lâmpadas. A iluminação, neste caso, é operação política: arquiteta quem vai brilhar e quem ficará no escuro. A iluminação política – o que vemos e o que deixamos de ver – é decidida

segundo o modo como fomos colocados em companhia uns dos outros e segundo o modo como nos colocamos e como eventualmente nos recolocamos em companhia.

O isolamento, antes das abstrações médicas ou psicológicas que o vem agravar, é condição para a qual foram politicamente arrastados povos ou grupos determinados. O isolamento político se forma num tempo muito estendido: a pessoa isolada é historicamente precedida pelo isolamento de seu grupo, já o dissemos para os negros e agora o repetimos para outros mais. Os antagonismos entre superiores e inferiores, mais precisamente entre encimados e rebaixados, comandantes e subordinados, repartem-nos em grupos que não sentem mais sua diversidade e suas ligações, grupos sobre os quais interessa apenas assinalar quem governa e quem é governado, o antagonismo que prevalece sobre os seus relacionamentos. A mútua dependência entre grupos e pessoas fica corrompida como dependência entre quem manda e quem obedece.<sup>4</sup> A dominação informa o isolamento de mulheres, de estrangeiros

---

4 Permitam-me uma longa nota e em expressão própria, embora soprada de Simone Weil e Hannah Arendt. A dependência é condição que se modifica e que temperamos, mas nunca anulamos. O adulto não é alguém sem depender de ninguém, é alguém de quem os outros podem depender. O que distingue a criança imatura não é tanto depender de nós quanto o fato de não podermos depender dela, e o amadurecimento dos menores pede que os maiores saibam gradualmente depender dos menores. A independência, como atributo dos adultos, caracteriza não os repletos, mas pessoas capazes de trocas ou mútua dependência. As relações assimétricas são relações necessariamente temporárias. Tomemos o caso das relações entre mestres e aprendizes. A autoridade do mestre não é atributo próprio ou inato, mas uma condição ela mesma adquirida por aprendizagem. A competência de um mestre jamais foi solitariamente adquirida e sempre dependeu de mediadores humanos ou outros mestres. Por exemplo, um jovem nunca por esforços só seus poderia se tornar um cardiologista. Muitas vidas e heranças humanas lhe chegam através de professores até que uma competência seja alcançada e, desde então, arriscando parecer uma posse vaidosamente empunhada pelo indivíduo. Há uma dívida ancestral no cardiologista e que remonta aos primeiros humanos atentos ao coração. Uma dívida que não se paga, a não ser transferindo-a. O mestre, como nas brincadeiras de roda, recebe e passa o anel, e recebe de quem o recebeu. O mestre progressivamente aprende com os aprendizes, afinal, ensinar é demonstrar uma aprendizagem e seguir aprendendo. Ideia-guia de Paulo Freire: *ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, nós nos educamos em comunhão*. As relações pedagógicas, quando não envenenadas pelo mandonismo, implicam respeito dos mestres pelos aprendizes. A instrução dos moços não será praticada como humilhação. A severidade eventual vai ser aproveitada e vencida pela persistente amabilidade. A atenção dos aprendizes para as orientações ou advertências dos mestres será concedida sem servilismo. Um conselho vai esperar consideração sem nunca obrigar obediência. A desobediência poderá ser requerida pela tarefa aprendida e não pela insolência do aprendiz.

e de trabalhadores, faz confrontos por gênero, raça ou cultura e classe, faz também confrontos por orientação sexual, faz a aversão dos normais pelos loucos, a aversão dos produtivos pelos velhos, dos adultos pelas crianças, faz a impaciência dos consumidores contra os artistas não comerciais.

Voltemo-nos para diversos episódios e para alguns comentários que pretendem ligá-los e ligá-los todos ao nosso problema, a medicalização da vida humana. Tomemos primeiro um episódio sobre Natil e outro sobre Leia.

Natil é migrante de Pitanga, vila mineira que nem conta em mapas. Chegou criança a São Paulo. Veio morar em bairro proletário na periferia sul da cidade, a Vila Joanisa. Foi monitora e depois coordenadora de um Centro de Juventude (CJ). Os CJ joanisenses se formaram nas décadas de 1970 e 1980 como um trabalho sem patrões, conduzido em reuniões e fora delas pelas próprias servidoras, fossem educadoras na sala ou cozinheiras ou faxineiras.

Eis o ponto: Natil tinha como certo um apego à mãe. Quando se retirava da Vila Joanisa e alcançava longe de casa o gosto de algum bem, a alegria da coisa logo se comutava em amargura e lágrimas. Lembrava-se irresistivelmente da mãe, mas também se lembrava de um sem-número de outras pessoas, que podiam ser seu sobrinho, sua comadre e madrinha, seus vizinhos, as companheiras do CJ ou gente do bairro. Nessas horas, dizia experimentar um retorno antecipado para a Vila, um retorno em fantasia, única maneira de acalmar-se e que descrevia assim: *Parece um feitiço. Está bom ali, mas ... alguma coisa dói e eu despenco de volta na minha realidade, de volta pra casa, perto de minha mãe.*

Lembro tê-la visto nesse estado algumas vezes. Numa delas, foi por causa de uma árvore de rua que lhe pareceu encantada. A árvore havia sido coberta por lampadzinhas de Natal e ficava em pátio de um suntuoso shopping center. Noutra vez, foi por causa de passeio a Nova Lima, única cidade que lhe havia valido uma viagem para fora de São Paulo e um inesquecível passeio em visita a uma amiga nova-limense. Nestas vezes, chorou muitíssimo, de só sossegar quando imaginava estar de volta para a casa e ao lado da mãe.

Qual foi a descoberta de Natil? O que ela amargava, nestas circunstâncias, era um bem afastado de sua mãe, mas não só. Um bem afastado de sua gente, de sua família, de suas irmãs e irmãos de classe. O que Natil amargava era a fruição de um bem formado como *privilégio* e cuja fruição *excluía* cidadãos das classes pobres, um bem de que ela mesma podia valer-se só raramente.

Um bem vivido em situações em que os pobres não contam ou contam à margem, apoiando como servidores subalternos os prazeres dos ricos. A árvore iluminada encantava um centro comercial de consumo e gastos exorbitantes. Uma viagem para Nova Lima dependia de lazer e dinheiro extras, ou seja, tudo indicava um prazer sentido como vantagem em detrimento de companheiras e companheiros. Era isso que azedava os prazeres de Natil, quando “afastados de sua mãe”, e só neste caso.

Considerem a contraprova. Certa vez, Natil passou dias fora de casa, esbaldando-se no Carnaval organizado na pracinha da Joanisa. Sua mãe não estava com ela, não aprecia Carnaval, mas poderia ter comparecido, bastando que o tivesse desejado. Tratava-se de um Carnaval aberto e não sectário. Natil não despencou e passou muito bem longe da mãe. Até namorado arranjou.

Muito ao contrário de um afeto regressivo, infantil, a amargura de certos bens deve-se ao fato de que nós nos retiramos de amores quando cobram indiferença por pessoas a quem também amamos e a quem estamos muitíssimo ligados por raiz e destino. Natil não mostrava um regressivo apego filial, mas mostrava que nossos prazeres pedem acesso compartilhado: há, sem que o saibamos, uma condição política permitindo ou restando nossa fruição erótica quando a fruição esteja aberta ou vetada para nossa comunidade. Natil se curou de chorar sem compreender suas lágrimas. Compreendeu. Chora ainda, mas sem angústia, e luta contra privilégios.

Mais um episódio, dessa vez vivido por dona Leia, outra joanisense. Também imigrante mineira. Ela, o marido, o filho e duas filhas, depois de residir em edículas como agregados, foram morar na Vila Joanisa em casa própria. O marido, metalúrgico, finalmente havia amealhado o suficiente para um sobradinho. No entanto, Leia escolheu morar em quarto-e-cozinha no trecho São Jorge e não em sobrado no trecho Fanfula da Vila Joanisa. E por quê?

A escolha parece impelida por aquilo que psicólogos e psiquiatras facilmente julgariam um impulso mórbido (desejo de pobreza) ou boicote (renúncia a um bem maior). Ouçamos, entretanto, o que ela nos disse: “*Vendo aquela gente miúda no São Jorge, aquelas casa meio feia, aquilo se identificou comigo. Bateu assim ni mim que ali dava pra crescer. Ali gostei e ali fiquei, dez anos!*”.

Quando sentiu afeição por gente miúda e casas feias, Leia não desejou a pobreza. Identificou-se com pessoas e coisas: a humildade dessas criaturas pareceu falar-lhe à alma e trazer um profundo sentido de hospitalidade. Eis

o decisivo: ali sentiu crescimento e foi onde então desejou sua casa. De fato, em São Jorge, dona Leia e a família tornaram o quarto-e-cozinha gradualmente uma casa. Cresceu. Leia se tornou em São Jorge uma iniciadora de lutas bem-sucedidas por um posto de saúde, por biblioteca e quadra na única escola pública da redondeza. Cresceu. Como Natil, tornou-se educadora e depois coordenadora de CJ. Cresceu. Foram dez anos de crescimento antes de regressar a Nova Lima, sua cidade natal em que Natil foi visitá-la. Não era desejo de pobreza, era desejo de crescimento, revelado por Leia como todo desejo: desejo nenhum é soberano e pede apoio no colo dos outros. Queremos morar onde encontramos colo. Desvendado o motivo da escolha aparentemente inusitada, Leia me contou depois que, na Fanfula, ao visitar o sobradinho que pretendiam ter comprado, caiu em desgosto com as caretas e olhares de moradores ao redor: não queriam os pobres como vizinhos. Humilhação social é fator incomparável de desânimo, um freio do crescimento psicológico, político e econômico das pessoas.

Natil e Leia não dispensavam médicos ou psicólogos, aliás, beneficiaram-se de alguns, que as souberam escutar sem estigmatizá-las como doentes ou neuróticas. Todavia, na comunidade dos Centros de Juventude foi que estas duas mulheres contaram com mulheres que as ouviram primeiro e ouviam umas às outras. Foi daí que souberam exigir respeito de médicos ou psicólogos que pretendessem ajudá-las. Foram ajudados por elas a ouvir também.

Recuemos agora para Brasília, 20 de abril de 1997. Dia da morte de Galdino Jesus dos Santos, um indígena pataxó. Cinco jovens de classe média alta atearam-lhe fogo enquanto dormia num ponto de ônibus. Galdino havia passado o dia 19 em Brasília, Dia do Índio, dedicando-se a ações por demarcação de terras e a reuniões com congressistas ou com representantes do Executivo. Precisou pernoitar em guarida de ônibus. Os rapazes haviam saído à noite para alguma farra e resolveram-se pelo prazer de dispor de um homem como de uma coisa que queimasse. Uma incontida encenação do rebaixamento de um humano por humanos. Nada levantou nos incendiários o senso do crime e da morte. Desprevenido, acordando subitamente e já ardendo em álcool de automóvel, Galdino não logrou escapar e, mal chegado ao hospital, faleceu em consequência das queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus. Os jovens alegaram debilmente que não pretendiam matar, quando o chocante neste caso foi que tivessem pretendido queimar como se isso já não caracterizasse dolo hediondo.

Houve comoção nacional. Por toda parte, pessoas censuravam os rapazes. O argumento para a censura se baseava em ideia rápida: foi uma monstruosidade. Houve quem falasse em sadismo geral: neles explodiu o que todos nós temos amarrado ou solto, o prazer de aplicar dor contra alguém. Será certo opinar assim? Um dos jovens assassinos, presumindo estupidamente um abrandamento de pena, declarou ao delegado e aos jornalistas que o grupo não havia reconhecido um líder indígena e que o haviam tomado por um mendigo. O ato sádico e monstruoso pode ter sido impulsivo, todavia não foi cego. O impulso de queimar um mendigo é um impulso orientado: há aí um objeto e um objetivo determinados. Os jovens não saíram a esmo e à cata de qualquer sujeito aleatoriamente: estavam atrás de um mendigo. Isto precisa ser notado: houve eleição de objeto. O que estimulou a operação funesta não foi, por exemplo, a mãe de um deles, e a percepção de um mendigo foi o que bastou para que a tropa considerasse admissível dele servir-se cruelmente. Percepção, aliás, mais presumida do que discernida: os criminosos não precisaram de quase nada para confundir a indigência de um mendigo com o despojamento de um indígena. Os rebaixados, assinalemos mais uma vez, parecem indiscriminadamente os mesmos para os que vivem de abusar deles e longe de notá-los. Não foi difícil que o sacrifício de um mendigo fosse expiado por um indígena bem nas ruas de Brasília, a capital de um país de escravizados que se transfere num país de proletarizados.

Há mais para frisar. Os jovens, no ato obsceno, estavam unidos não tanto por uma soma de prazeres quanto por fruição de um só prazer: o prazer dos cinco, um prazer de grupo. Há prazer que surge entre nós antes de aparecer em cada um de nós individualmente. Pode parecer prazer individual, mas tem sua base no grupo e não nos membros do grupo tomados um a um. É um prazer de grupo e que sentimos em grupo: quando parece que o sinto sozinho é porque trago o grupo comigo. Afastado do grupo só exteriormente, sigo operando em grupo interiormente. O prazer de dominar pertence a esta categoria de prazeres e encarna o caso em que o prazer de grupo é feito de dispor de outro grupo despoticamente.

A dominação não começa com um dominador e depois se soma: há primeiro os dominadores e depois um dominador, que sente o que sentiu primeiro em grupo, com os outros. O que um grupo sente primeiro, ninguém sentia antes isoladamente, e, no quadro da dominação, é o sentimento de que,

reunidos, somos um só, um gigante. Testemunhamos, quando estamos juntos, a manifestação de uma força que ignorávamos e que pode embriagar: a força de obrigar outro grupo à vida do nosso grupo.

Daí que, para alguém superar o desejo de dominar, é necessário um desapego de grupo, um desprendimento dos humores e projetos do grupo dominador. Isto pode implicar importantes conflitos com o grupo de nascimento e um difícil amadurecimento para a condição adulta. A condição adulta pode ficar mais ou menos interrompida em pessoas travadas por necessidades infantis não atendidas ou mal atendidas: os dominadores são frequentemente vorazes. A condição adulta pode também ficar mais ou menos interrompida em pessoas empanturradas por cuidados que lhe foram reservados como prerrogativas de grupo: os cuidados de nosso grupo foram providenciados em oposição aos cuidados de outro grupo. Mais: os cuidados de nossa classe foram providenciados por serviço forçado de outros grupos e dependeu da privação de outros grupos. Os dominadores não encorajam o desejo, andam em círculos amarrados, apenas querendo viver, pouco disposto senão para consumir e descarregar, usar e descartar, sem crescer para o prazer de servir, inebriados e afinal devorados pelo prazer exaltado e afinal letárgico de ser servido. A dominação prende indivíduos a uma mentalidade tão gregária quanto superficial e exasperada. Satisfeitos com seu grupo familiar e intolerantes com grupos estranhos. A dominação infantiliza, faz submissos os próprios dominadores, não por força, mas por prazer, o prazer de viver para um grupo a que tudo é ilimitadamente devido, as coisas todas e as pessoas todas, nós mesmos ou nossos subordinados.

Um grupo no desejo de dominar distingue-se radicalmente de um grupo comunitário cujo desejo de convivência e colaboração traz profundo apreço pela diversidade humana. Os dominadores fazem um grupo homogêneo e se distinguem em bloco dos grupos subordinados, percebidos também como um só grupo homogêneo e inferior. A dominação representa uma destruição do sentimento e do gosto da pluralidade humana. Não por acaso, contra a servidão voluntária, Étienne de La Boétie protestava contra a opressiva cumplicidade do “todos um” e exortava-nos em favor da amizade do “todos uns”. A comunidade é um grupo heterogêneo que não suprime a separação entre nós e afirma as trocas de igual para igual. O clã dos dominadores afirma a identidade de todos e traz fanática subserviência ao programa geral de dominação.

Perdoem a repetição seguinte, mas é resumo para os últimos passos adiante. O prazer dos dominadores não pode jamais ser buscado, encontrado e sustentado por um só humano. O gozo experimentado por um dominador é feito de um transe ou delírio nivelador: sente o gozo de seu grupo como se fosse seu. Vive de querer coincidir com o grupo e com os integrantes do grupo num só e mesmo prazer. A comunidade é ocasião de muitos prazeres, tantos quantos são as pessoas; e as pessoas mais diferentes são, umas para as outras, revelações de gente, revelações com que nunca coincidimos, mas com que nos alteramos, crescemos e que amamos.

Causa ódio aos dominadores a figura vulnerável dos indigentes ou espoliados, dos despojados ou humildes. Um ódio que pode se prolongar em repugnância e prazer sádico, o prazer de infligir dor a quem não reflete minha presunçosa figura ou, mais precisamente, a soberba figura do grupo a que pertença. A dominação é feita de fascínio por um grupo sentido como soberano e que transfere sua soberania para os seus integrantes, ninguém necessitado de ninguém senão para que, unidos sem separação, vivam todos da fantasia de um grupo superior, forte e sem pecados. Trata-se de uma fantasia de prosperidade erigida sobre o culto *coletivo* da vida e da segurança *privadas*. A vida e a segurança, quando sentidas como bens privados, ignoradas as suas condições necessariamente sociais, são sentidas como coisas que a compaixão pode invadir e roubar. A solidariedade entre estrangeiros, os cuidados e os serviços públicos, a emancipação dos oprimidos, tudo que pede comunidade vai ser temido como usurpação. É, afinal, o medo o que comanda o ódio dos dominadores, seus desprezos e preconceitos.

Como se produziu a fantasia de calcinar um ser humano? Não dependeu do contato ou interação entre os moços e Galdino. O projeto estava já formado e bastou um disparador, o mendigo. O desprezo por mendigos nos cinco jovens de classe média alta estava socialmente preparado. Nenhuma ação de Galdino foi necessária para que fosse atacado: nenhum motivo dependeu da vítima para a deflagração do crime: foi suficiente que parecesse mendigo. Até mesmo convinha que estivesse passivo, pois o que importava era a satisfação do grupo em dispor ilimitadamente de um pária, alguém que só prestasse como empregado e que, como esmolador sem emprego, não prestasse para nada, só para o insulto e a crueldade de patrõesinhos.

Há crimes eminentemente sociais. São crimes que, desde o início formados em grupo, têm no grupo seu princípio e nos indivíduos os seus delegados. O prazer de ver incandescente um mendigo dificilmente ocorreria a um dos jovens separado de seu grupo, a não ser quando só exteriormente afastado do grupo carregasse consigo a alma coletiva como sua própria alma. Consideremos outra vez a figura do gigante. Um grupo de dominadores vale menos pelos seus associados do que pela própria sociedade daí resultante: não faz ver os indivíduos que o integram, todos tão assemelhados, quanto faz ver o próprio grupo como um indivíduo colossal e representado pelos indivíduos como por soldados equivalentes. O gigante é o indivíduo grupal ou o grupo-indivíduo que, uma vez constituído, integra ao seu ser devorador os indivíduos antes separados e agora confundidos como peças iguais de um só mecanismo ou metabolismo coletivo. Na dominação, a sociedade dos dominadores é como uma só e enorme máquina ou como um só e enorme organismo. Desaparecem os indivíduos separados, fascinados por um só indivíduo social que julgam representá-los, quando, pelo contrário, o gigante é que se faz todo tempo representar por seus membros: os soldados, retirados de toda e qualquer forma singular de manifestação, não cansarão de só representar o exército, manifestando-se todos sob modos gerais, subsumidos por voz idêntica e máscara idêntica. Nenhum dos soldados reivindica nada para si ou para alguém senão o que todos e cada um aspiram uniformemente. A sociedade pode funcionar como um só indivíduo quando engole a pluralidade dos indivíduos, tragados como partes intercambiáveis da máquina formidável ou do imenso organismo, besta social, faminta e fortíssima. Um indivíduo coletivo pode levar seus integrantes a atos monstruosos, capazes de atrocidades não reconhecidas, porque sentidas e justificadas como direito de grupo diretor.

Na exploração colonial das Américas, a violência dos europeus contra os povos ameríndios e africanos não derivou do desprezo individual de um branco por um indígena ou por um negro, foi formada no bojo do mercantilismo europeu, grande máquina ou grande organismo de exploração e enriquecimento que, para alimentar-se sem trabalho assalariado, já em formação na Europa, mas ainda impossível no Novo Mundo, não hesitou avançar sobre uma nova forma de escravismo, a mais feroz de todas que temos notícia na história: uma solução econômica regressiva em plena era burguesa da

liberdade. O senso de contradições morais e políticas vai a zero quando disso depende a dominação e o seu programa econômico.

Em todo projeto de dominação, de um modo que pode parecer automático, porque feito de desejo coletivo, fenômeno prenhe de inconsciência, o grupo dominador inclui, no ato da subordinação de grupos inteiros, o desprezo pelas características fenotípicas e étnicas de cada grupo subordinado: o rebaixamento político e econômico sempre inclui humilhação social. Os subordinados parecerão sempre feios aos que os subordinam e impedem sua participação ou aparição pública. Parecerão feios seus corpos e rostos, parecerão inferiores suas maneiras de falar, pensar e fantasiar, seus modos de dançar, cantar e rezar, suas maneiras de amar, viver ou morrer. O que dissemos aqui, até agora, pode não parecer suficiente para a compreensão da humilhação dirigidas a grupos que não se caracterizam como grupos-alvo de exploração econômica, e, de fato, não é suficiente, mas há sempre um liame entre dominação e toda forma de humilhação social: a humilhação dos velhos e dos loucos inclui a pecha de que são improdutivos; a homofobia e a transfobia incluem recusa, rejeição ou negação de uma comunicação entre o masculino e o feminino que fazem estrebuchar quem erigiu sua segurança sobre a força e precisou viver de uma dissociação entre ternura e vigor. A desmoralização do humilhado começa pela desmoralização dos humilhados exigida pelo domínio ou exclusão de seu grupo.

Os atos desenfreados de medicar ou interpretar sem ouvir ou ouvindo pouco são uma forma de queimar corpos ou almas e queimar sem sentir que queimam. A escuta alargada pede que nossa medicina se torne medicina social e que médicos ou médicas se tornem estudiosos de biografias e de História. É o mesmo que devemos pedir de psicólogos e psicólogas. É o que devemos pedir de nós todos, nós todas. É o que devemos à dignidade de todos, todas, cada um, cada uma.

## Referências

ARENDDT, Hannah. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 1988.

GORENDER, Jacob. *O escravismo colonial*. São Paulo: Ática, 1992.

LA BOÉTIE, Étienne de. *Discurso da servidão voluntária*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LAPLANCHE, Jean. *Teoria da Sedução Generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LEFORT, Claude. O nome de um. In: LA BOÉTIE, Étienne de. *Discurso da servidão voluntária*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LÉVINAS, Emmanuel. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes, 1993.

SAFRA, Gilberto. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco, 1999.

WEIL, Simone. *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.



# Medicalização e racismo

---

*Kwame Yonatan Poli dos Santos*

## Introdução

Em 2021, fará cem anos de uma história americana recente de genocídio em massa pouco contado nos livros de história. Em 1921, na cidade de Tulsa, no estado de Oklahoma, aconteceu um dos piores massacres de genocídio racial da história dos EUA. No dia 31 de maio, uma multidão de pessoas brancas invadiu e destruiu o distrito de Greenwood, que na época era uma das comunidades negras mais prósperas do país, apelidada de “Wall Street Negra”.<sup>1</sup>

O episódio de filme de terror da vida real durou cerca de dezoito horas, matando mais de trezentas pessoas negras e deixando outras 10 mil desabrigadas. Pelo menos uma metralhadora e até aviões foram usados no ataque. Por fim, as autoridades da época decidiram que os negros eram os culpados pela violência, classificada como um motim racial. Nenhum dos invasores brancos jamais foi responsabilizado. Ainda em 2020, existem valas comuns

---

1 Link da reportagem: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50188869>.

em Tulsa que não foram descobertas. Um dos grupos responsáveis é a Ku Klux Klan (KKK), grupo de supremacistas brancos que nasceu em 1860, após a Guerra da Confederação, cuja principal disputa foi a dominação e subjugação dos corpos negros, e que existe até hoje.

O colonialismo nas Américas era um regime de poder que contou com estratégias de controle que não se limitavam à escravização dos corpos. É preciso analisar o aparato da lógica de violência de Estado por meio do racismo científico que deu a sustentação à racionalidade colonial.

Colonialidade é compreendida como o processo de assujeitamento (FANON, 2008) ou de objetificação dos corpos, reduzindo-o a suas funções orgânicas e sequestrando sua potência de vida. A colonialidade se utilizou do racismo científico para fundamentar as estratégias de dominação. Através da eugenia, naturalizava-se a subjugação e o genocídio dos povos africanos e indígenas.

O exemplo mais ilustrativo de biologização de práticas de poder é a drapetomania,<sup>2</sup> diagnóstico criado dez anos antes da Guerra de Secessão, em 1851, por um psiquiatra norte-americano chamado Samuel Adolphus Cartwright. Drapetomania era a nomeação dada à enfermidade mental que acometia os escravizados que tentavam fugir, ou seja, aqueles que fugiam da sua posição “natural” de subalternidade.

Outro elemento importante é a formulação linguística usada para designar os povos diaspóricos como escravos, em vez de se falar daqueles que foram trazidos do continente africano escravizados. Essa passagem de escravizado a escravo não é mero detalhe, mas algo a ser explorado, pois nessa mudança acontecem dois apagamentos relevantes: primeiro, do processo social de desumanização pelo qual o negro se torna escravo e tem sua existência reduzida a um mero instrumento de trabalho; outra consequência é o apagamento do protagonismo daqueles que chicotearam, torturaram, escravizaram e lucraram muito com esse regime de escravidão.

Cartwright, além de médico, era um dos principais pensadores do movimento pró-escravidão.<sup>3</sup> Além desse, ele criou outro diagnóstico (*Dysaesthe-*

---

2 Cf. <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/photos/a.1099828860069579/1109518935767238>.

3 Cf. [http://academic.udayton.edu/health/01status/mental01.htm?fbclid=IwAR3qY48b\\_GS6b5dRkrs3GhvH-hJot37jRyO-z3o3tLooOJ4mlQ\\_Zulq73pQ](http://academic.udayton.edu/health/01status/mental01.htm?fbclid=IwAR3qY48b_GS6b5dRkrs3GhvH-hJot37jRyO-z3o3tLooOJ4mlQ_Zulq73pQ).

*sia Aethiopica*) também voltado para pessoas negras, cujo tratamento médico era o chicote.

Tais histórias podem parecer estranhas e distantes, contudo, o racismo científico se institucionalizou, isto é, ele permaneceu como prática de racismo institucional. Sendo assim, tal como o diagnóstico de drapetomania classificou e medicalizou como doentes mentais aqueles que destoavam de uma situação de extrema violência, na atualidade, por vezes, o uso de diagnósticos psiquiátricos visa escamotear e individualizar as desigualdades raciais, sociais e de gênero. Por exemplo, sujeitos que se rebelam violentamente contra as opressões são diagnosticados com Transtorno Opositor Desafiador (TOD), em outras palavras, diferentes manifestações das linhas de fuga que evidenciam situações de opressão são capturadas e tornadas patológicas.

Dessa maneira, este trabalho é um desdobramento da pesquisa de mestrado intitulada *Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos* (SANTOS, 2014), em que, para explicar o que é medicalização, perguntamos o que produzem os antidepressivos. Por um lado, traçamos uma genealogia dos psicofármacos, em relação às contingências que possibilitaram sua consolidação enquanto principal, por vezes única, alternativa a tratamentos em saúde mental; por outro lado, analisamos criticamente os efeitos, investigando em cinco sujeitos que tomam antidepressivos há mais de três anos o modo como enxergam esse tratamento. Neste texto, traremos o caso da Carolina para exemplificar.

Oferecemos nosso panorama geral de uma das temáticas levantada na pesquisa sobre a medicalização da depressão como dispositivo. Visamos sintetizar algumas questões intra e intersubjetivas relacionadas ao uso prolongado do referido medicamento.

A crítica aqui não visa às causas da depressão, ao invés disso, ela problematiza o dispositivo de medicalização da depressão que articula práticas e discursos cujo princípio são linhas difusas e múltiplas. Desconstruiremos a individualização da experiência depressiva, deslocando o paradigma medicalizante e retirando a hegemonia discursiva da psiquiatria-DSM.

Acrescentamos a proposta de outra clínica, em que o sintoma possui o lugar de diferenciação. Para isso, traremos o relato de caso do Fábio, que, após passar por evento trágico, sente a ampliação de um vazio e começa a

tomar antidepressivos, em grande parte, para tamponar o efeito do racismo que sofreu.

Refletiremos sobre seu começo, o percurso dentro do uso de antidepressivos e seus efeitos em relação à quilo que lhe aflige. Por fim, este trabalho aponta para a questão ética como um elemento significativo que possibilita a realização das potencialidades do sujeito, de modo a fomentar o cuidado de si e, junto a ele ou dele conseqüente, a criação de uma estilística da existência.

## **O que produzem os antidepressivos?**

A interrogação caminha em duas direções: por uma via, é preciso questionar os efeitos dos antidepressivos e, por outra, realizar uma análise dos agenciamentos que possibilitaram sua prescrição e seu uso indiscriminado.

Embora existam diversas formas de sofrer, talvez só comparáveis as mais diferentes formas de viver, evitar o sofrimento é o mecanismo humano mais natural de proteção da existência.

Nossa pesquisa trabalhou com as diferentes relações que a sociedade estabelece com o antidepressivo. Estudamos a psicodinâmica dos impasses psíquicos relativos ao uso prolongado de antidepressivos e buscamos entender as dimensões deste sofrimento.

Assim sendo, podemos resumir nosso trabalho na pergunta: quais contingências possibilitaram a expansão de prescrições e o uso dos antidepressivos? Haveria algum sofrimento subjacente nos sujeitos que utilizam os antidepressivos por um longo período? Do que tratam os antidepressivos?

Para refletir sobre essas questões, primeiramente, realizamos um levantamento do estado da arte das pesquisas sobre o uso de psicofármacos e a clínica.

Analisamos os efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos em cinco sujeitos, estudamos que papel ocupam os do sofrimento psíquico de entrevistados e na reconstrução de sentidos sobre seus impasses. Utilizaremos adiante apenas uma das entrevistas, Carolina, para compor os argumentos da nossa discussão.

Ao longo da revisão bibliográfica, percebemos que ocorreu uma mudança não só na forma como o sofrimento psíquico era tratado, mas sobretudo ocorreu uma transformação paradigmática no campo da saúde mental em relação à concepção do que era o sujeito.

Inicialmente, veremos que os sintomas dos pacientes eram considerados e descritos de maneira aberta e relacional. Atualmente, o sujeito é descrito como uma mônada encerrada em si mesma, prevalecendo o que chamamos de “sujeito cerebral” (EHRENBERG, 2009), ou seja, toda e qualquer queixa é lida pela chave do comportamentalismo, de modo que os chamados transtornos mentais são frutos de desbalanceamento neuroquímico. Assim, individualizou-se o sofrimento psíquico retirando seu caráter transindividual.

O resultado é que se descobriu que a depressão era responsável por quase 10% das incapacitações, segundo reportagem do jornal *Folha de São Paulo* de 17 de dezembro de 2014. Ela nos alerta que a depressão já é a doença mais incapacitante entre todas (câncer, doenças coronárias etc.). Tal informação é um importante sinal, visto que indica uma série de produções a respeito da experiência depressiva, contudo esmiuçaremos aqui uma composição principal: o estado depressivo como o “mal-do-século”.

Os primeiros antidepressivos datam do fim do século passado. Quando a fluoxetina (Prozac®) surgiu, na década de 1980, ela foi propagandeada como a “pílula da felicidade” para além dos hospitais psiquiátricos, vendendo a ilusão de que os sujeitos não precisariam mais padecer de suas agruras emocionais e poderiam ser “felizes para sempre”.

A partir dela, as queixas emocionais passaram a ser explicadas exclusivamente por seu desbalanceamento neuroquímico, deixando em segundo plano a discussão sobre processos de subjetivação. Nomeamos como medicalização este processo de ações e práticas discursivas que tendem a circunscrever diferentes problemáticas no campo da medicina.

Haveria uma tentativa de se tentar circunscrever os desviantes da norma como casos psicopatológicos. No caso em questão, o diagnóstico psiquiátrico de depressão passou a ser utilizado para agrupar um conjunto de critérios diagnósticos tão amplos que dificilmente alguém, em determinado momento da vida, não se encaixaria.

Atualmente, observamos um aumento dos casos de suicídio em adolescentes, principalmente de jovens negros, segundo dados de 2016 do Ministério da Saúde. (BRUM, 2018) O que está acontecendo? Será que teríamos desaprendido a sentir a tristeza como parte da vida? Será que, além das explicações neuroquímicas, as violências sofridas pelo sujeito, como o racismo,

produzem sofrimento psíquico? Na nossa leitura, tal projeção é indicadora da crise do modelo hegemônico da biomedicina para a saúde mental, acenando para a necessidade de introdução de determinantes sociais para se pensar o processo saúde-adoecimento-atenção. (COSTA-ROSA, 2019)

Assim sendo, nomeamos esse conjunto de linhas difusas (práticas e discursos) que se conjugam para determinada finalidade, como é o caso do dispositivo da medicalização. Medicalização enquanto expansão da medicina para campos que não eram do âmbito médico, sem que houvesse diálogo com outras áreas, como no caso do Fábio, que, após sofrer com sucessivos episódios de discriminação racial, começou a tomar antidepressivos.

*Pharmakon*, na tradição grega, significa, ao mesmo tempo, remédio e veneno. (DERRIDA, 1988) Essa ambiguidade dá a exata dimensão dos efeitos a longo prazo do antidepressivo, que, por um lado, remedia a queixa, apaziguando a dimensão insuportável da dor e permitindo que o sujeito procure alternativas para seu tratamento; por outro, ao tamponar o sintoma, envenena, pois dá a ilusão de que construir narrativas sobre o processo do adoecimento não é importante, dificultando que processos outros de saúde sejam criados.

No estudo do caso de Fábio, foi possível perceber o uso de antidepressivos para lidar com os efeitos da ferida do racismo. Assim, é preciso pensar o limiar ético da ação dos psicofármacos, visto que corremos o risco de empobrecer o fenômeno, ocultando muitas vezes questões de violência, como o racismo sistemático sofrido pelo Fábio.

O Fábio foi acompanhado analiticamente por quase três anos e, em determinado momento, abandonou o tratamento. A seguir escutaremos sua história, a partir dos efeitos dos antidepressivos no tratamento do racismo. Percebemos que há um movimento de patologização da sociedade em que, muitas vezes, os efeitos do racismo ficam escamoteados por uma patologia psiquiátrica, deixando a ferida aberta pela violência sangrando. É preciso construir aquilo que chamamos de ética clínica para pensar num trabalho transdisciplinar, mas podemos adiantar que a depressão é um estado subjetivo de alta complexidade (composto por diversos fatores relacionais) e que tal estado passou a ser individualizado, medicalizado, explicado e reconhecido unicamente pelo campo da neuroquímica.

## ***Carolina, a equilibrista***

*A esperança equilibrista*

*Sabe que o show*

*De todo artista*

*Tem que continuar...*

(João Bosco e Aldir Blanc)

Propomos uma ampliação da discussão da medicalização junto ao dispositivo, por meio da história da depressão de Carolina, que nos oferecerá uma interessante intersecção de dois campos: o da medicalização da depressão e o da hetenormatividade.

Carolina é uma equilibrista que caminha na corda bamba da vida. Na época da entrevista, tinha 24 anos e há sete anos tomava diversos psicofármacos continuamente. Apesar da pouca idade, já havia passado na vida por várias turbulências. Passou por cinco fases diferentes de coquetéis psicofarmacológicos, três internações hospitalares, consultou-se com quatro psiquiatras diferentes e já tentou suicídio quatro vezes. Ela tentava se equilibrar de qualquer modo, às vezes até flertando com a morte. Ela relata que com 15 anos se apaixonou por outra garota e que os pais de ambas as garotas não aceitaram tal relação, mudando-as de sala no colégio onde estudavam.

Carolina passou a ser monitorada para que não encontrasse com a outra garota. Em seguida, segundo suas próprias palavras, foi forçada a iniciar a psicoterapia como punição. Com essa idade tentou se suicidar por meio da ingestão de vários medicamentos, não deixando claro se foi antes ou depois do início da terapia.

Com 17 anos, após uma crise aguda, a psicóloga a diagnosticou com depressão, o psiquiatra confirmou, e ela começou a ser medicada com antidepressivo. Carolina foi passando por um aumento progressivo de combinações medicamentosas: na primeira fase, tomava somente o antidepressivo; mais tarde, ela tomou a combinação de antidepressivo, antiepiléptico e antipsicótico.

Quando indagada se via relação entre a homofobia que tinha sofrido e o estado depressivo, respondeu que não, mas que fazia relação entre a depressão e o preconceito vivido dentro da família, referente ao transtorno de

personalidade, visto que era uma criança difícil de lidar e que contestava muito os adultos. Pensamos que, talvez, tenha faltado uma explanação sobre o que conceituamos como homofobia, já que:

Por homofobia entendemos o medo, a aversão, o descrédito e o ódio a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, de modo a desvalorizá-l@s por não performarem seus gêneros [...] em correspondência com aquilo que é social e culturalmente atribuído para seus corpos biológicos. Trata-se, portanto, de um dispositivo regulatório da sexualidade que visa à manutenção da heteronormatividade. (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI; BESSA, 2011, p. 727)

Nesse sentido, Carolina teria passado por uma série de violências por não atender à heteronormatividade que normatiza como cada um deve performar seu gênero, sua orientação sexual, sua prática sexual e a que(m) deve desejar. Dizemos que dispositivo na sexualidade gerencia o regime dos afetos e desejos, pois

Michel Foucault (1999), ao estudar os mecanismos de disciplinarização nas sociedades, elaborou a ideia de que a sexualidade é um dispositivo regulatório na construção das subjetividades. Para compô-lo enquanto tal, diversos discursos, como os religiosos, os jurídicos, os científicos, os políticos e os educacionais são atravessados pela homofobia. (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI; BESSA, 2011, p. 727)

A biopolítica da heterossexualidade compulsória arregimenta todes que desviarem do padrão da dita sexualidade normal, portanto, nesse caso, atribuímos à homofobia, proveniente do dispositivo na sexualidade (para a sustentação da heteronormatividade vigente na nossa sociedade), um dos prováveis fatores de composição da experiência depressiva de Carolina.

### ***O dispositivo***

O dispositivo é o objeto de descrição da genealogia na obra de Michel Foucault. Com a noção de dispositivo, Foucault reitera sua crença na historicidade do dizer verdadeiro, que é o que lhe confere seu caráter singular. Ele é mais geral que a episteme, que é mais discursiva, por assim dizer.

Entendemos o conceito do dispositivo foucaultiano como uma trama que engendra uma rede de discursos, articulando elementos díspares para uma determinada finalidade. O dispositivo é uma malha de elementos heterogêneos (discursos, ciência, leis, filosofia, moral etc.) que ele estabelece o tipo de ligação existente entre estes elementos. Ele é dado por sua gênese, e o que está em jogo é: como ele se constitui? Que estratégia ele objetiva?

No caso, o dispositivo da medicalização tem função estratégica: a meta-normalidade das pessoas sob a camisa de força química. (SILVEIRA, 1981) Ele perdura porque exerce sobredeterminação funcional, pois, uma vez instalado, ele se autoengendra. Foucault (1979) afirma que o dispositivo é o resultado do acoplamento de uma série de práticas a um regime de verdade.

O discurso que aparece ou que se impõe (e se impõe mais como dispersão do que como estrutura, pois sua natureza impositiva sobressai à percepção ou compreensão que possamos dele ter) como a priori histórico, apesar de ser determinado pelo devir da história, é o que define o regime de veracidade, engendrando o falso e o verdadeiro.

Enquanto o discurso age com persuasão, controle e repressão na organização da experiência, o dispositivo é ativo e produz efeitos. Logo, o dispositivo não é algo a ser avaliado pelo crivo do juízo de valor (bom ou mal) ou como se agisse de fora, antes, o dispositivo atua com nós mesmos.

Neste sentido, a medicalização não existe, nem é, por isso, ilusão ou ideologia. Ela não existe, contudo, está inscrita no real através de práticas específicas e de um regime de verdade, de verdades que são fabricadas institucional e socialmente. Portanto, a questão nos parece ser: como os antidepressivos entram num dispositivo que faz deles a única realidade do tratamento da experiência depressiva?

Neste sentido, a questão a respeito do uso de antidepressivo e da prática medicalizante conjuga uma teia de discursos – das neurociências, da medicina psiquiátrica, da neuropsicologia, da genética, da biologia, da farmacologia, da mídia etc. – para justificar o uso de antidepressivos como o melhor tratamento para a depressão, a despeito de outros atravessamentos que compõem o campo.

No mais, existem outras leituras para defendermos que o dispositivo circunscreve a medicalização da depressão, por exemplo: a “patologização do social”, “a medicalização da vida” por meio do saber/poder da “psiquiatria

DSM”, (COSTA-ROSA, 2011) entre outros aspectos, que não comentaremos neste breve ensaio, mas que se encontram presentes na dissertação já mencionada.

### ***Medicalização do racismo***

Em 2016, o psiquiatra Telmo Kiguel defendeu que condutas discriminatórias precisavam de diagnóstico compatível com o crime.<sup>4</sup> Ele acreditava que a prevenção para a discriminação estaria em um diagnóstico psiquiátrico, de modo que o conhecimento de tal definição inibiria tais violências.

No dia 6 de junho de 2020,<sup>5</sup> um jovem negro entregador de aplicativo sofreu racismo por parte um morador de condomínio de luxo em Valinhos (SP). Em seguida, o pai do agressor apresentou como defesa para o crime documentos de que o filho teria o diagnóstico de esquizofrenia e o juiz acatou.

Consideramos igualmente problemáticas as duas tentativas de redução da complexidade das relações raciais a questões da medicina, na medida em que escamoteiam o racismo enquanto dado estruturante das relações. Resumidamente:

- O racismo estrutura, pois o mito da democracia racial funda o Estado brasileiro, mistificando o real das contradições e da nossa realidade racial profundamente desigual, a institucionalizando;
- Ele está naturalizado, então, sua manifestação não é sinal de ignorância, ou mesmo de adoecimento mental. Como no exemplo acima, os sujeitos que cometem a discriminação racial são o produto “saudável” de uma sociedade permeada e calcada no racismo, podendo até ser eleitos presidentes do país;
- Ele acontece dentro de uma relação dialética, em que a patologização dos sujeitos que discriminam apenas individualiza a questão, camuflando, muitas vezes, o fato de que depois da denúncia do crime de racismo a maioria dos processos são ganhos pelos réus, posto que os juízes dificilmente condenam alguém pelo crime de racismo;

---

4 Link da reportagem: <https://bit.ly/3D8f2Lt>.

5 Link da reportagem: <https://bit.ly/3C4b99d>.

- Por fim, o racismo se atualiza de maneira que há uma política de manutenção contínua da subalternidade por meio do dispositivo de racialidade. (CARNEIRO, 2005)

Discursos circulam e nos levam a ver, sentir, pensar, afetar, imaginar, sonhar de determinada maneira, ou seja, a política discursiva nos vincula. Como nos diz Foucault (1993), Hitler e Mussolini (ou Bolsonaro) conseguiram chegar ao poder porque souberam discursivamente mobilizar e utilizar o desejo das massas, levando-as a sentir, pensar e agir de uma determinada forma: eliminar a diferença dentro, fora e entre nós.

Quando pensamos em linhas discursivas que se conjugam para atingir um determinado fim, estamos pensando em dispositivos; por sua vez, o dispositivo opera pela linguagem: “autores, discos, práticas políticas, livros e sonhos, entre outros assuntos, podem ser diagramados em feixes de linhas que se cruzam. Na intersecção encontraremos um ponto móvel que denominarei dispositivo”. (BAPTISTA, 2000, p. 18)

Lacan nos ensina que o inconsciente se estrutura como linguagem, e Fanon (2008) complementa afirmando que a colonialidade está imbricada na linguagem, de modo que, quanto mais o colonizado falasse na língua culta, ou seja, fosse falado, versado no idioma do colonizador, menos seria visto como selvagem. O autor descreve o processo de colonização pela via da racialização que produz tanto o negro quanto o branco. O processo de racialização, para o negro, passa por uma epidermização da inferioridade (FANON, 2008) em que, entre outros desdobramentos, o sujeito é submetido a uma dupla injunção: odiar as marcas da negritude em si e desejar os ideais da branquitude. (SOUZA, 1983)

Nosso pressuposto é o de que essa noção de dispositivo oferece recursos teóricos capazes de apreender a heterogeneidade de práticas que o racismo e a discriminação racial engendram na sociedade brasileira, a natureza dessas práticas, a maneira como elas se articulam e se realimentam ou se re-alinham para cumprir um determinado objetivo estratégico, pois em síntese o dispositivo, para Foucault, consiste em ‘estratégias de relações de força, sustentando tipos de saberes e sendo por eles sustentadas’. (FOUCAULT, 1979, p. 246 apud CARNEIRO, 2005, p. 36)

É inegável que a origem colonial-escravocrata da América Latina é algo marcante nos processos de subjetivação, estando presente em todas as camadas da sociedade até hoje, por isso, é preciso realizar uma analítica do poder buscando as sequelas dessa dimensão nas subjetividades. Nesta perspectiva, a clínica é o espaço privilegiado para a escuta do dispositivo da medicalização do racismo, uma vez que o dispositivo “compreende [...] tudo aquilo que produz agenciamentos rumo à produção de uma subjetivação singularizante”. (COSTA; PÉRICO; SOUZA, 2019)

Qual clínica é capaz de escutar os efeitos do dispositivo da medicalização do racismo? Com qual escuta? Faremos uma circunscrição das bases clínicas sobre as quais nos debruçaremos para a escuta do dispositivo medicalizante do racismo.

### ***Dispositivos clínicos e a descolonização***

A partir de Freud e Lacan, tomaremos a noção do inconsciente acentuando a perspectiva pulsional (SCHIAVON, 2012), o que nos permitirá dia logar com o campo das relações raciais, objetivando a construção de uma interlocução entre a escuta do dispositivo de medicalização e a perspectiva pulsional.

Freud definiu a pulsão como a zona interseccional entre o somático e o psíquico. Esse território anômalo é uma perspectiva singular em exercício que produz o comum, ao mesmo tempo em que, quanto mais se encontra o comum, mais se produz a singularidade numa relação virtuosa. A pulsão é o não colonizável da subjetividade, outro ponto de vista avaliador, um pensamento que está fora-da-lei. Sendo então ponto de vista crítico, calca-se no não todo, no parcial em relação à totalidade, que não se explica pela negatividade, mas pela afirmação da vida.

Assim, a pulsão funciona como a atualização da expressão plástica da força ativa da vida em nós, e quando essa força é impedida de se realizar como tal, temos as correções de rota, as formações do inconsciente (sonhos, sintomas, ato falho etc.). A força diante da qual se padece é possível de ser exercida quando nos posicionamos eticamente à altura do acontecimento. (SCHIAVON, 2012)

O desejo é um exercício ético, assim sendo, há uma perspectiva clínica no trato da subjetividade que busca escutar o desejo a partir da sua

pragmática e se posicionar eticamente a partir da pulsão. Portanto, como construir um lugar que nos auxilie a cartografar linhas de força e escutar onde as escolhas estão impedindo essa força de se expressar? Um lugar de escuta que trabalhe com um diagnóstico de singularidades, buscando pistas sobre e onde a vida pode se expressar? Para refletirmos sobre essas questões, propomos uma conversação sobre o caso do Fábio, visando a construção de uma escuta dos atravessamentos dos marcadores sociais de diferença (raça, classe, gênero e orientação sexual) e buscando sua perspectiva pulsional.

Partiremos da escuta dos efeitos dos marcadores sociais de diferença na subjetividade, ou seja, a escuta de como o sujeito elaborou no corpo as marcas, uma vez que nossa hipótese é de que por meio do atravessamento desses marcadores na clínica é possível a produção da *diferença*:

uma diferença no sentido absoluto ou da duplicidade, algo que não se deixa simbolizar e que excede a representação [...] ‘uma anarquia improvisadora’. Ela seria portadora da negatividade, mas também de uma alteridade que escaparia incessantemente ao mesmo e ao idêntico. (DERRIDA; ROUDINESCO, 2004, p. 33)

A *diferença* é um neologismo criado a partir de uma das possíveis traduções do termo *différance*, cunhado por Derrida (1991). *Diferença* é a ideia que não se submete à identidade, é a sustentação do conflito, “um devir-espaco do tempo, um devir-tempo do espaco”. O tempo e o espaco são categorias tradicionais de garantia de afetação de um fenômeno, por isso a alteração de um deles é a alteração do acontecimento, a produção de diferenciação a partir dele e, ao mesmo tempo, a impossibilidade da identidade de si do fenômeno. Nesta perspectiva, faz-se necessário o deslocamento da noção de sintoma, que é central na discussão sobre medicalização, uma vez que os diagnósticos são realizados a partir da concepção de sintoma como sinal de evidência de uma patologia.

Deslocando o sentido clássico que se dá ao sintoma, será possível movimentar a clínica como pano de fundo. Assim, almejamos com esse destronamento construir na clínica um dispositivo de subjetividades singularizadas. (COSTA; PÉRICO; SOUZA, 2019)

## ***A escuta amoreira dos pássaros (sintomas) que batem o bico na janela***

Se a terra for boa/se o tempo deixar/a semente vai brotar.

(Canto corrido de capoeira)

O maior desafio que tive no início da clínica após a graduação, em São Paulo, foi encontrar diálogos em campos de discussões teóricos-clínicos que tivessem ressonância com o que naquele momento nomeava como os atravessamentos dos estudos interseccionais na clínica. Eu estava à espreita de algo que nem ainda sabia bem nomear; sentia também um desafio ético, logo, clínico, de estar à altura do que me propunha diante da realidade que escutava.

Lembro de perguntar para vários psicanalistas se haviam formações que contemplassem discussões sobre os marcadores sociais de diferença, e a resposta era ou negativa ou insuficiente. Escutava que havia um silêncio no campo da psicanálise relativo às dimensões de gênero, raça e orientação sexual.

Segui buscando até que entendi que esse campo teria que ser criado. Existiam pessoas que já trabalhavam há muitos anos com isso (como o Instituto Amma Psiquê e Negritude, o Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades etc.) ou que não existisse uma validação do que é racismo, machismo e LGBTIfobia enquanto violências que atravessam o campo da clínica; porém, falta a compreensão de que somos subjetivados dentro de um regime colonial-escravocrata, uma colonialidade que atravessa todos nós e que nos arruína coletivamente. Desse modo, a clínica precisava se constituir como uma escuta singularizante, ou melhor, uma análise daquilo que de tão íntimo toca à flor da pele.

Ainda há aqueles psicanalistas que acreditam que os estudos de gênero, raça e sexualidades não tenham nada a dizer para a psicanálise, simplificando tais discussões aos narcisismos das pequenas diferenças, porém, esquecendo o narcisismo das grandes indiferenças. Se a psicanálise é o questionamento da enunciação (quem fala?), dela não pode se furtar o endereçamento desse lugar de quem diz. (AYOUCH, 2019)

Uma despolitização do discurso psicanalítico nos faz questionar: que tipo de violência é perpetrada no consultório? Portanto, é preciso pensar a psicanálise como processo de menorização e reconhecer as violências das marcas,

sem essencializar. Para isso, são necessárias perspectivas exteriores a ela, até para garantir que a própria psicanálise não se agarre ao narcisismo das grandes indiferenças. (AYOUCH, 2019)

O que implica a análise da diferença colonial? Uma psicanálise menor, em referência ao conceito de desterritorialização de uma língua maior, politizando-a através da centralização nas relações de poder (poder como feixe de produção de realidade) e do reconhecimento da menorização sem essencializar, ou seja, apagar as universalidades para fazer emergir uma pluralidade de diferenças.

É preciso decifrar os escombros, ouvir as ruínas daquilo que foi chamado e que ainda é conhecido, como a civilização na qual foi erigida a clínica psicanalítica, uma vez que civilizar uma população sempre significou recair na barbárie. Nesse sentido, Freud comparava o trabalho do clínico com o do arqueólogo:

[O trabalho do analista] de construção ou [...] de reconstrução, se assemelha em grande extensão a uma escavação arqueológica numa edificação que tenha sido destruída e enterrada [...] Os dois processos são na verdade idênticos, exceto pelo fato do analista trabalhar em melhores condições, tendo mais material à sua disposição [...] pois estamos lidando não com algo destruído, mas com algo que ainda está vivo [...] assim como o arqueólogo reconstrói paredes de um edifício a partir de fundações que permaneceram em pé, determina o número e posição de colunas a partir de depressões no chão e constrói decorações murais e pinturas a partir do que ficou nos débris, assim também procede o analista quando faz inferências a partir de fragmentos de memória, pelas associações e pelo comportamento do paciente de análise. (FREUD, 2018, p. 192)

É preciso escutar a ruína até para que ela se torne outra coisa, escutar no limiar, na zona de transição, um “entre” que indique movimento, espaço de passagem da *diferença*, (DERRIDA, 1991) “um devir-espaço do tempo e devir-tempo do espaço”, um espaço potencial de diferenciação, espaço do “quase”, do “ainda não”.

Freud foi um pensador do “entre”, das variações, das possibilidades de circular entre as várias potencialidades e modos de existir. Propomos aqui

uma psicanálise com janelas abertas aos agenciamentos, em que é possível até ouvir nascer as amoras na amoreira.

Da janela do meu consultório, é possível pegar amoras da amoreira. Na primavera, todos os dias, ela colore o chão de roxo, e com isso os passarinhos conseguem comer seus frutos, ou seja, escutar a amoreira.

Por vezes, os pássaros comem as amoras e batem com o bico na janela, são os sintomas, como afirmam Guattari e Rolnik (2005), pois não se trata de decifrar seu significado oculto, mas “de situar sua trajetória para ver se eles têm condições de servir de indicadores de novos universos de referência, os quais podem adquirir uma consistência suficiente para provocar uma virada na situação”, (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 222-223) ouvir a fenda geológica onde a amoreira conta dessa escuta-antropofágica dos pássaros-analistas.

A amora demora quase um ano até ser “curada”, ou seja, atingir sua potência máxima, seu grau mais alto de existência, mas, depois, quando vem a primavera, temos um verdadeiro “enxame” de amoras.

Em vez de prescrevermos antidepressivos, como dizem Guattari e Rolnik (2005), devíamos receitar poesias da mesma maneira que se receitam vitaminas. Portanto, é preciso regar, escutar ruína, ter a ética das plantas, isto é, rasprear na clínica o traço vivente presente no vivo.

### ***Fábio e o tossir para dentro de Lucrecia***

Fábio falava baixinho, com a voz trêmula, por vezes embargada, carregava a pele escura e as marcas na voz de vivências íntimas à flor da pele. Tinha 26 anos, estava desempregado, morando com os pais e sofria por não atender às expectativas que eram depositadas nele. O modo como contava sua história lembrava-me uma personagem do conto “O caso da Vara”: Lucrecia. (ASSIS, 1997)

“[Lucrecia] tossia, mas para dentro, surdamente, a fim de não interromper a conversação”. (ASSIS, 1997) A cena dramática narrada se passa na era colonial do Brasil, Lucrecia é uma personagem literária, criança escravizada de apenas 12 anos que tem uma relação que nos interessa com a fala, já que ela “tossia para dentro para não incomodar”. Não acreditamos que ela represente ou metaforize o caso de Fábio, porém, há uma ressonância entre a forma vacilante com que a personagem lida com a linguagem e a vacilação de Fábio na voz.

A hesitação de Fábio na voz carregava uma tênue relação com seu dizer. Se a pulsão é um dizer (SCHIAVON, 2012), podemos perguntar quais impedimentos se escondem atrás dessa “tosse para dentro de Lucrecia” que se atualiza em Fábio?

O inconsciente é um campo de forças que se expressa nas condições que elas encontram, assim sendo, Lucrecia funciona como diagnóstico ampliado do caso de Fábio. Diagnosticar significa rastrear os atravessamentos a partir de uma perspectiva pulsional, por exemplo, considerar como o racismo produz sofrimento psíquico, sufocando a voz de Fábio e impedindo-o de dizer.

Fábio estudou a vida inteira em colégio particular onde era o único negro da classe. Em uma sessão, contava como se sentia na vida sempre tendo que se controlar para ser aceito; o modo vacilante como falava, uma fala voltada para dentro, dizia desse medo de que algo fosse se quebrar. Entrou em análise após a morte trágica de seu irmão, pois sentia o alargamento de um vazio. Sua fala era toda entrecortada e interrompida, pois parava constantemente para se corrigir. O psiquiatra havia diagnosticado Fábio com depressão e receita de antidepressivos por conta de uma ideia suicida.

Ao longo das sessões, Fábio foi se dando conta de que sempre ocupava uma posição de subalternidade nas relações, como se sempre tivesse que servir, embora não entendesse o porquê. Contou como sentia que tinha duas escolhas durante o período escolar: ou se defendia da violência do racismo com agressão, ou tentava agradar para poder sobreviver naquele contexto hostil. Associava esse período com as vivências profissionais, e a análise acabava sendo um espaço para reconhecer a atualização dessas marcas e para a criação de linhas de fuga.

Perguntei o que será que inibia sua fala, e ele começou a falar como foi moldado, definido pela sua negritude nos espaços que passava. A morte do irmão tornou o vazio produzido pelo racismo ainda mais insuportável.

Embora sua análise tenha ficado incompleta, nas últimas sessões, Fábio conseguiu ressignificar as definições que recebeu ao longo da vida, de modo a se implicar no sintoma “da tosse para dentro” e das correções do discurso como momentos em que era falado pelo Outro, percebendo como inibia sua forma de se expressar, hesitava no que ia dizer e se calava, pois se sentia estranho e queria poder ser estranho.

## Conclusão

*Explicando minha depressão à minha mãe – uma conversa*

Mãe, minha depressão é uma metamorfose

Há dias que é pequena como um vaga-lume na palma da pata de um urso;  
no dia seguinte é o próprio urso.

Nesses dias, me faço de morte até que o urso me deixe em paz.

Nomeio os dias ruins como os “dias sombrios”.

Mãe diz: tente acender velas

Mas quando veja uma vela, vejo a tremular e a cintilação de uma chama e faíscas de  
memórias recentes como o meio-dia.

Estou parada próxima a seu caixão aberto.

E é nesse momento que percebo que todas as pessoas que um dia conhecerei irão  
morrer.

Além disso, mãe, eu não temo o escuro. Talvez isso faça parte do problema.

Mãe diz: eu pensei que seu problema era não conseguir sair da cama.

E eu não consigo. Ansiedade me mantém como refém em minha casa, dentro da  
minha mente.

Mãe diz: de onde vem essa ansiedade?

Ansiedade é como um primo meu vindo de outra cidade  
que a depressão obrigou-se a trazer pra festa.

Mãe, eu sou a festa.

Só que uma festa que não quero estar.

Mãe diz: por que não vai a festas reais? Encontrar seus amigos.

Claro. Eu faço planos.

Faço planos, mas não quero ir. Faço planos por que sei que deveria ir.

Eu sei que às vezes poderia querer ir.

Mas não é tão agradável se divertir quando não se quer diversão, mãe.

(Respira)

Sabe mãe, toda noite, a insônia me arrasta até seus braços, mergulha-me na  
cozinha até a chama brilhante do fogão. Insônia tem esse jeito romântico de fazer  
com que a lua seja nossa perfeita companhia.

Mãe diz: tente contar carneirinhos. Mas minha mente só numera razões para me  
manter acordada. Então saio para caminhar mas meu joelhos gaguejantes tem  
como colheres de prata seguradas por braços fortes e pulsos fraquejantes.

Eles soam nos meus ouvidos, como sinos de uma igreja, lembrando-me que sou  
uma sonâmbula em um mar de felicidade em que não posso ser batizada.  
Mãe diz: felicidade é uma decisão.  
Mas a minha é um buraco como num ovo em pedaços; minha felicidade é como  
uma febre alta que logo irá passar.  
Mãe diz: “eu sou tão boa em transformar o nada em algo” e subitamente me  
pergunta se tenho medo de morrer. Não, eu tenho medo de viver!  
Mãe, eu estou sozinha!  
Acho que aprendi isto quando papai se foi: como transformar a raiva em solidão, e  
a solidão em ocupação.  
Então, quando digo que andei muita ocupada ultimamente, quero dizer que  
adormeço de tanto assistir esportes no sofá para evitar o confronto com o lado  
vazio da minha cama.  
E minha depressão sempre me conduz para a minha cama até que meus ossos se  
tornem fósseis de esqueleto de uma cidade esquecida; e minha boca um quintal  
ósseo de dentes quebrados por morderem-se.  
O auditório oco do meu peito desmaia com os ecos do batimento cardíaco mas eu  
sou uma turista descuidada aqui.  
Nunca realmente vou saber por onde andei.  
Minha mãe ainda não entende!  
Mãe, você não entende que eu também não consigo entender?  
  
(Sabrina Benaim)<sup>6</sup>

O que produzem os antidepressivos? Qual condição eles tratam?

O intenso longo relato acima é de uma jovem de 13 anos que tenta nomear para sua mãe a condição depressiva que a atravessa. Ela utiliza a linguagem poética, sem romantizar aquilo que lhe aflige. O que mais nos interessa é que, apesar de utilizar as nomeações psiquiátricas, ela amplia singularmente a compreensão sobre aquilo que a afeta.

Os psicofármacos produziram avanços importantes no auxílio à construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental, no entanto, é preciso

---

6 Link do vídeo: <https://youtu.be/w7OtOevN4FM>.

apontar sua limitação de modo a não os tornar uma panaceia que trata e explica todas as formas de sofrimento.

Nesse sentido, olhando para a discussão da medicalização de forma mais apurada, veremos que em seu centro gravitacional repousa a noção de sintoma e o modo como ele é observado, descrito e tratado. É a partir deste conceito que, na psiquiatria, o diagnóstico é realizado e os medicamentos psicoativos são prescritos. É também a partir dos sintomas relatados pelo sujeito que se inicia uma análise.

Na psicanálise, o sintoma não é sinal de nada, apesar do sofrimento sintomático ser o motivo do analisando buscar e entrar em análise. O sintoma será o fio condutor e o motor principal da análise, tendo em vista que é uma formação do inconsciente. Logicamente que, quando se fala em sintoma na psiquiatria biológica, não há ressonância com seu significado na psicanálise. Na psiquiatria, o sintoma é algo emblemático, um sinal que remete a uma lista que caracteriza determinados transtornos, e essa, por sua vez, remete a outro catálogo, no qual estão classificadas todas as psicopatologias.

Para a psiquiatria biológica, o sintoma é um corpo estranho alojado no indivíduo, ela estuda o sintoma de maneira externa ao sujeito, como disfunção que perturba o funcionamento mental.

O sintoma psicanalítico possui sua história de constituição a ser desenrolada, não sendo algo que brota espontaneamente no sujeito, mas, antes, que faz parte de uma tessitura subjetiva e que não pode ser tratado como elemento descartável, visto que é uma saída do sujeito do inconsciente. Nesta perspectiva, sintoma é o acontecimento que evoca todo um campo de relações de força, como no caso de Carolina, em que foi possível escutar que sua queixa escamoteava uma série de histórias de violência.

É possível fazer uma analogia com a acústica para entendermos melhor o funcionamento sintomático: num primeiro momento, ouviremos o sintoma como um ruído, um barulho incômodo aos ouvidos. Nessa etapa, a atitude mais óbvia seria silenciá-lo; contudo, mesmo que o sintoma esteja fora de sintonia com o som ao redor, está dentro da frequência polifônica do desejo. Portanto, por mais desagradável que seja aos ouvidos, não se pode desconsiderá-lo ou obstruir sua passagem, visto que a distorção sonora produzida pelo sintoma é de autoria do próprio sujeito.

O mesmo processo pode ser transportado para o relato clínico de racismo de Fábio, que deve ser escutado na sua singularidade. O psicofármaco não consegue silenciar o barulho causado pelas experiências de racismo em relação ao adoecimento e à perda de si. (FANON, 2008)

Na maior parte das vezes, o racismo age, primeiramente, no âmbito dos afetos dos sujeitos, produzindo sofrimento psíquico, ou melhor, moendo a subjetividade. No entanto, não devemos individualizar essa vivência apenas utilizando diagnósticos psiquiátricos, é preciso analisá-la criticamente a partir do campo ético-estético-político, de modo que o diagnóstico (por exemplo, de depressão) não reduza os impasses produzidos pelo racismo a apenas uma nomeação biomédica, escamoteando, assim, os aspectos estruturantes dessa violência.

O racismo como moinho de gente faz parte de uma forma da racionalidade colonial, ou melhor dizendo, da estratégia de dominação por meio da racialidade sob a atual forma da governabilidade necropolítica (MBEMBE, 2018), ou seja, da necropolítica como forma sistemática de aniquilação dos “indesejados”. Desta maneira, a colonialidade e a medicalização são processos bem próximos de controle dos corpos e de subjugação da perspectiva da *diferença* (DERRIDA, 1991) de modo a apartar o sujeito daquilo que ele pode, da sua potência de diferenciação.

Por isso trouxemos um capítulo sobre dispositivos clínicos, que visam a subversão tanto da lógica medicalizante quanto colonial, podendo ser entendidos como instrumentos de descolonização. Descolonização não denota uma simples inversão para interromper o moinho de moer as subjetividades, mas a possibilidade de dar passagem à *diferença*, afirmando a existência daquilo que foge às capturas da colonização.

O real se exerce em linguagem e a análise vai na direção do real, pois se trata da subversão do “tossir para dentro”, em que é possível gritar outros modos de existência, outras práticas de vida em que há um pensamento da vida e sobre ela.

A força que faz gritar vem antes do horror, de maneira que, quando pensamos com as categorias da vida, grita-se onde o vivo estiver sendo sufocado, logo, há que se desterritorializar, isto é, criar linhas de fuga. A força do gritar não é o grito, é aquilo que me faz gritar. O grito é o exercício desafinado

do canto, ao passo que o exercício pulsional é o exercício de afinação desse berro.

A pulsão é força constante, um grito do vivo constante de natureza ética do desejo, uma menorização da língua maior, gaguejar dentro da própria língua, a criação do singular. A pulsão é essencialmente atividade, mas não é tarefaira.

Há uma determinação ética, no sentido de qual medida é desnaturalizante da pulsão, afinal, é possível tornar a natureza “naturante”, criadora. A natureza da escuta e a ordenação da análise visam a construção de estrangeirismos dentro da língua.

O que reside na origem do dizer? *A diferença*, (DERRIDA, 1991) o pensamento originário que é a vida. A vida é um processo de desterritorialização, enquanto a construção de um lugar de escuta é a força afirmativa, “é um processo de traçar algo sobre o vivente, só assim a *diferença* é possível, é uma diferenciação para além de qualquer espécie de limite”. (DERRIDA; ROUDINESCO, 2004, p. 33)

## Referências

ASSIS, Machado de. *Páginas recolhidas*. São Paulo: Globo, 1997.

AYOUC, Thamy. *Psicanálise e hibridéz: gênero, colonialidade e subjetivações*. Curitiba: Calligraphie, 2019.

BAPTISTA, Luis Antonio. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF, 2000.

BRUM, Elaine. O suicídio dos que não viram adultos nesse mundo corroído. *El País*, Madri, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2ZNvUZk>. Acesso em: 1 dez. 2020.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA-ROSA, Abílio. *Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como sintoma social dominante, operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. 2011. Tese (Livre-Docência em Psicologia

- Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
- COSTA-ROSA, Abílio da. Por que a atenção psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo de Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, Assis, v. 18, p. 37-54, 2019.
- COSTA, Maico Fernando; PÉRICO, Waldir; SOUZA, William Azevedo de. Do dispositivo disciplinar ao dispositivo intercessor. *Revista de Psicologia da Unesp*, Assis, v. 18, p. 161-178, 2019.
- DERRIDA, Jacques. *A farmácia de Platão*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
- DERRIDA, Jacques. *Margens da filosofia*. Campinas: Papyrus, 1991.
- DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Élisabeth. *De que amanhã: diálogo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- EHRENBERG, Alain. O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 187-213, 2009.
- FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Edufba, 2008.
- FREUD, Sigmund. Construções na análise. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. 19. v. p. 189-198.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. Uma introdução à vida não fascista. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, n. esp., p. 197-200, 1993.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1 edições, 2018.
- SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos. *Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.
- SCHIAVON, João Perci. *Pragmatismo pulsional: clínica psicanalítica*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SOUZA, Neuza Santos. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra; BESSA, Juliana Cristina. Reflexões sobre homofobia e educação em escolas do interior paulista. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 725-742, 2011.

# Transmasculinidades e saúde: do processo transexualizador a um pouco além

---

*Leonardo Peçanha  
Guilherme Silva de Almeida*

Neste capítulo, discutiremos a importância de uma concepção ampliada do processo transexualizador, regido pelo Portaria nº 2.903/2013 (BRASIL, 2013a) – atualizando a fala no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos” (2015) –, devido à mudança de alguns protocolos na política de saúde e retificação de nome para pessoas trans. Para ilustrar, discutiremos alguns dados sobre saúde de uma recente pesquisa quantitativa sobre a população trans do estado do Rio de Janeiro.<sup>1</sup>

---

1 A pesquisa foi intitulada “TransUerj – Saúde e cidadania de pessoas trans no contexto do HIV-Aids no Brasil: uma aproximação comparativa Brasil/França” e foi coordenada entre os anos de 2013 e 2018 pelos professores Anna Paula Uziel (Lidis/UERJ) e Alain Giami (Inserm/FR), e desenvolvida por uma ampla equipe (Adriana Maria Shad e Balthazar, Ana Beatriz Sant’Anna Magalhães, Ana Camilla de Oliveira Baldanzi, Aureliano Lopes da Silva Junior, Carolina Gonçalves Santos de Brito, Guilherme Silva de Almeida, Jimena de Garay Hernández, João Pedro Passos de Queiroz, Luana Guimarães, Luisa Bertrami D’Angel, Marcela Virgílio Vendramini, Mario Felipe de Lima Carvalho, Sergio Luis Carrara e Vanessa Marinho Pereira) que incluiu um grande número de pessoas trans como Comitê Assessor (incluiu pessoas trans e cisgêneras: Alessandra Ramos Makkeda, Bárbara Aires, Daniela Murta Amaral, Denise Thaynâh Leite, Giowana Cambrone,

Quando se pensa na relação de homens trans com a política de saúde, o que ocorre com mais frequência é a associação desses sujeitos com o processo transexualizador.<sup>2</sup> Aqui, defendemos que o processo transexualizador é – sobretudo – um processo social, e não individual, meramente psicológico ou cirúrgico. Também não é *apenas* o nome que o conjunto das intervenções da política de saúde, com vistas ao atendimento das necessidades de modificação corporal – destinadas a confirmar a identidade de gênero autorreferida pelas pessoas trans (travestis, mulheres trans, homens trans) – recebeu da política de saúde no Brasil. Ao contrário, podemos compreendê-lo como um *processo social* de assunção de uma identidade de gênero pública diferente da originalmente imposta a uma pessoa no seu nascimento.

Esse processo envolve não apenas o indivíduo, mas os demais sujeitos e instituições que fazem parte da sua vida: escola, trabalho, território, espaços de pertencimento religioso, de exercício político, de entretenimento, de atenção à saúde, entre outros. Envolve tecnologias “leves” (como as mudanças de indumentária, na disposição dos cabelos, no manejo dos pelos corporais, nas unhas, no manejo dos seios: ocultação com *binders* ou, ao contrário, construção de seios postíços), o uso de próteses sexuais não biomédicas (como *packs* que substituem o pênis na vida diária ou recursos outros que ocultam o pênis/escroto), entre outras. Ele também pode envolver modificações fisiológicas

---

Leila Dumaesq, Leonardo Peçanha, Livia Casseres, Márcia Cristina Brasil Santos e Veriano Ter-to Junior). Durante a pesquisa foram aplicados questionários com perguntas fechadas junto a 391 pessoas, o que fez desta uma das maiores amostras quantitativas já produzidas no Brasil sobre pessoas trans. Os questionários foram aplicados majoritariamente por pessoas trans, que receberam treinamento e remuneração para fazê-lo. A pesquisa foi fruto da parceria entre a UERJ e o Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – Inserm*), da França, e buscou produzir e analisar dados acerca da diversidade da população trans na região metropolitana do Rio de Janeiro (perfil demográfico, epidemiológico e psicossocial), bem como os itinerários de saúde e cidadania percorridos por tal grupo em sua afirmação de gênero (em especial no acesso a serviços de saúde, tecnologia de modificações corporais e demandas jurídicas). Agradecemos a toda a equipe da pesquisa Transuerj também pelos dados referidos neste artigo.

- 2 Como descreveu Berenice Bento, o processo transexualizador é o “conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem do gênero atribuído para o identificado. A cirurgia de transgenitalização não é a única etapa desse processo. Para as pessoas transexuais que desejam realizá-las há procedimentos consensuados internacionalmente, principalmente a partir de documentos produzidos pela Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin. Estes procedimentos formarão os protocolos a que todas as pessoas transexuais devem submeter-se”. (BENTO, 2008, p. 146)

não biomédicas, como no caso do silicone industrial (aplicado principalmente em travestis e mulheres trans para o aumento das mamas, das panturrilhas, dos glúteos, dos quadris, remodelação das faces etc.). O processo transexualizador pode envolver ainda modificações fisiológicas biomédicas obtidas a partir do acesso a serviços de saúde (acompanhamento da reposição hormonal, monitoramento dos efeitos da reposição hormonal, cirurgias plásticas reconstrutoras: mamoplastias, tireoideoplastia, histerectomia/oforectomia/vaginectomia, entre outras) e até cirurgias de transgenitalização (vaginoplastias e faloplastias).

O mais importante no processo transexualizador, entretanto, é perceber a existência de conexões entre as complexas trajetórias de modificação corporal e os profundos regimes de reconhecimento social na identidade de gênero pretendida. Esses últimos incluem não apenas o reconhecimento jurídico-legal da identidade, mas aspectos bem mais sutis que condicionam a possibilidade de acesso a bens objetivos e subjetivos da vida social.

Entre a possibilidade de bens objetivos, podemos compreender que o reconhecimento social da identidade de gênero interfere diretamente na capacidade de sobrevivência das pessoas trans no que se refere à capacidade de trabalhar e gerar renda, de ser protegido(a) ou não na sua integridade física (não sofrer violência e poder cuidar de si) no território em que vive e circula, de acessar direitos sociais como educação, habitação, lazer, previdência social, assistência social e, também, o direito à assistência à saúde. Entre os bens subjetivos, poderíamos elencar o direito ao conforto mental e espiritual, o direito a se manifestar, a possibilidade de ter amigos(as), de escolher ter ou não ter relações afetivo-sexuais (e como vivê-las) e até de construir uma família e vê-la reconhecida (se desejar). Na vida concreta das pessoas trans, a possibilidade de conquistar esses bens objetivos e subjetivos está profundamente ligada à possibilidade de reconhecimento social e ao investimento que o Estado promove nessa direção.

Para que seja considerado de fato o acesso de pessoas trans ao reconhecimento social e, por conseguinte, à possibilidade de acesso a bens objetivos e subjetivos, o processo transexualizador deve ser compreendido como muito mais amplo do que a realização de modificações corporais. A construção da possibilidade do reconhecimento social envolve processos que não são diretamente enfrentados apenas com modificações do corpo. Existem processos

sociais a serem enfrentados, como o reconhecimento documental – que se tornou menos difícil após decisão do Supremo Tribunal Federal que autoriza a retificação de nome e sexo sem cirurgia de transgenitalização indo direto ao cartório. (STF, 2018) Porém, ainda existem burocracias financeiras que podem dificultar a efetivação desse direito – a relação destas pessoas com o território, com suas famílias e demais redes de relacionamento, a possibilidade de participação política e de obtenção de respeitabilidade nos diferentes espaços em que circulam. É aí que entra também o trabalho de profissionais que (assim como os médicos[as] clínicos[as], cirurgiões[as], urologistas, ginecologistas, proctologistas) precisam estar presentes no processo transexualizador, tais como psicólogos(as), assistentes sociais, educadores(as) físicos(as),<sup>3</sup> fonoaudiólogos(as), nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros(as). É na relação com tais profissionais que as pessoas trans podem encontrar outros recursos que possam cooperar para um maior conforto social.

Um exemplo disso está no fato de que algumas pessoas trans acessam o processo transexualizador tendo como única expectativa a realização de cirurgias de transgenitalização e não têm esta expectativa trabalhada pelas equipes de saúde do processo transexualizador. O que ocorre, muitas vezes, nestes casos, é uma frustração de parte destas pessoas após realizarem a cirurgia de transgenitalização. Isso ocorre porque descobrem que a cirurgia sozinha não foi capaz de alterar a forma como ela vinha sendo tratada nos diferentes espaços sociais. É preciso, portanto, ter uma compreensão ampliada do processo transexualizador que tenha em perspectiva o oferecimento de alternativas que favoreçam a obtenção de conforto social, sempre pensando nas necessidades individuais evocadas pelo(a) próprio(a) usuário(a).

Existem pessoas trans que buscam o reconhecimento social e político de suas identidades de gênero sem lançar mão de quaisquer tecnologias de modificação corporal, no entanto, existem muitas que veem no processo transexualizador uma das formas de construir este reconhecimento, e a política de saúde precisa estar preparada para recebê-las. Por outro lado, é preciso registrar que as necessidades de saúde de pessoas trans não se resumem ao

---

3 Para Leonardo Peçanha, “apesar da atividade física ser algo importante para a construção, adaptação e modelagem do corpo, o profissional de educação física, que é o que entende de movimento relacionado ao corpo e a prática de exercícios não está no Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (PEÇANHA, 2017, p. 467)

processo transexualizador. Para que o acesso à saúde por pessoas trans se efetive, é preciso que este tema ganhe capilaridade na atenção básica em saúde, aquela dispensada sobretudo pelos municípios nos postos, centros, clínicas da família, estratégias de saúde da família, entre outros espaços onde pessoas trans vão cuidar dos mais diferentes aspectos da sua saúde, como preconiza a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. (BRASIL, 2013b) Em outras palavras, a assistência à saúde de pessoas trans precisa deixar de ser apenas um programa federal executado em unidades especializadas para ser uma conduta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hormônios são geralmente a primeira tecnologia de modificação corporal utilizada por homens trans e tendem a ser vistas por eles como mais importantes, inclusive, do que as cirurgias de transgenitalização. A pesquisa Transuerj verificou que apenas 15% dos entrevistados declararam já fazer uso de hormônios no momento das entrevistas. Uma chave para a compreensão desse dado está na questão do acesso, tanto ao medicamento (controlado por receitas) quanto a consultas com endocrinologistas.<sup>4</sup>

Alguns homens trans entrevistados tiveram acesso a hormônios através de academias de ginástica (5,3% dos que se autodeclararam homens e 5,1% dos que se declararam homens trans) e até através de fontes veterinárias (1,8% e 1,7%, respectivamente), que são formas usuais, mas ilegais, de obtê-las no Brasil. Elas são, ademais, bastante perigosas para a saúde. Outra fonte de acesso aos hormônios foram outras pessoas que também os utilizam (14% dos homens e 20,3% dos homens trans).

Do total de homens e homens trans, 8,8% já tinha realizado oforectomia<sup>5</sup> e/ou hysterectomia, e 86% consideram a possibilidade de realizar oforectomia e/ou hysterectomia.<sup>6</sup> Quanto aos procedimentos de transgenitalização,<sup>7</sup>

---

4 É muito comum que endocrinologistas se recusem a atender pessoas trans, algumas vezes alegando que não atendem a este público por razões morais e, outras vezes, alegando desconhecimento, no entanto, este último argumento não encontra sustentação, uma vez que este já não é um procedimento experimental internacional e nacionalmente, e existe literatura técnico-científica para ser acessada acerca da temática. Esta recusa vem levando ao frequente não acesso de pessoas trans à assistência endocrinológica, mesmo nas unidades especializadas do processo transexualizador e na rede privada de saúde.

5 Remoção cirúrgica de um ou os dois ovários.

6 Remoção cirúrgica do corpo e colo do útero, podendo também ser removidos ovários e trompas.

7 Cirurgia de redesignação sexual.

como o prolongamento do clitóris, extensão da uretra e construção do escroto: 1,8% realizaram, mas 71% consideravam a possibilidade de realizar, e 26% não consideravam realizar. Quanto à neofaloplastia,<sup>8</sup> 64% consideraram realizar e 33% não consideravam essa possibilidade. Tais dados demonstraram que há uma crescente demanda por estas cirurgias e infelizmente os dados de realização destas cirurgias no SUS não são apresentados pela política de saúde de forma transparente. A insuficiência de vagas no SUS para os interessados nestes procedimentos vem fomentando sua realização em hospitais privados.

Vale destacar que uma alta porcentagem de homens trans passou também por cirurgias “complementares”<sup>9</sup> nos serviços públicos de saúde: 19,4% fizeram isso dentro do processo transexualizador do SUS, e, 6,5%, fora dele. Dos homens e homens trans entrevistados, 24% já tinham realizado mastoplastia e 75% consideravam seriamente a possibilidade de realizar. Há aí também um forte gargalo na realização deste tipo de procedimento, e muitos estão recorrendo a cirurgias plásticas particulares, abrindo mão para isso de seus poucos bens pessoais e, muitas vezes, migrando de um estado a outro da federação.

A equipe da pesquisa Transuerj observou insuficiência do serviço público de saúde em dar conta de todas as especificidades e demandas da população trans, assim como forte discriminação que as pessoas trans sofrem nos serviços de saúde de maneira geral. A maioria dos homens trans entrevistados, apesar de ter acesso ao serviço público de saúde, ainda não tinha conseguido realizar cirurgias porque as instituições de saúde não tinham vagas para estes procedimentos. Em alguns casos, havia também insegurança dos homens trans quanto à qualidade das técnicas (especialmente de transgenitalização) disponíveis no SUS. Essa insegurança é acentuada pelo fato de que as cirurgias já realizadas não serem publicamente divulgadas por profissionais/serviços de saúde. Além disso, os homens trans que conseguiram realizar cirurgias no SUS eram em geral alguns dos mais velhos, porque os mais jovens

---

8 Cirurgia para a construção do pênis.

9 São chamadas de “complementares” todas as cirurgias que não são faloplastias feitas por homens trans. Essa terminologia vem da literatura médica, embora, para muitos, elas sejam as únicas cirurgias que querem realizar ou as mais importantes para seu conforto pessoal.

encontraram maiores limites ao acesso às instituições de saúde nos últimos anos, que abriram pouquíssimas novas vagas no Rio de Janeiro.

A equipe também registrou o fato de que muitas pessoas trans relataram durante as entrevistas que evitavam as instituições de saúde de um modo geral, mesmo quando estavam doentes, por medo de sofrerem transfobia. No caso dos homens trans, é comum observar que não cirurgiados, com frequência, não realizem exames Papanicolau e das mamas, por exemplo, por receio de se inserirem nos serviços de saúde que os realizam. Outros, ainda, vêm adentrando as instituições de saúde em momentos como a gravidez e o parto e, nesses casos, existe um persistente desconhecimento/silêncio acerca do que acontece com eles em termos de transfobia institucional quando vivem tais eventos como trans.

Em relação ao acompanhamento pós-operatório, os principais profissionais envolvidos nele foram os cirurgiões e clínicos gerais. Embora muitos procedimentos tenham sido realizados por serviços privados de saúde, o sistema público de saúde desempenhou um papel importante no monitoramento pós-operatório, ocorrendo em 45% dos casos em nossa amostra. Como observado por outros autores, o fato de as pessoas trans terem os recursos necessários para acesso aos serviços de saúde privados não significa que as dificuldades no acesso à saúde tenham sido superadas, dadas as deficiências nos serviços de saúde prestados a essa população.

De um modo geral, 47% das pessoas entrevistadas consideraram ter boas condições de saúde, fazendo uso de diferentes táticas para mantê-la: a maioria usa remédios caseiros (58%) ou compra medicamentos por conta própria (64%). Sobre saúde mental entre os homens trans, 65,7% não buscaram acompanhamento psicológico durante seu processo de afirmação de gênero e 28% buscaram consultório privado, de um total de 46% dos homens trans que estão sendo acompanhados por algum profissional do campo *psi*, ainda que possam ter demanda para esses/as profissionais.

As taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio foram extremamente altas, principalmente quando comparadas com as da população em geral. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, no ano de 2016 foram notificados 1.582 casos de lesão autoprovocada entre a população da região metropolitana do Rio de Janeiro (n = 11.835.705, segundo o Censo de 2010 do IBGE), o que

corresponde a 0,01% da população dessa região metropolitana. Entre a população trans masculina entrevistada, 40,5% (n = 47) já haviam tentado se suicidar, número que cresce consideravelmente quando questionadas se alguma vez já desejaram a própria morte: 83,6% (n = 97) responderam “sim” a essa questão.

Assim, 19,3% dos *homens* e 20,3% dos *homens trans* responderam ter feito nos últimos 12 meses uso diário de calmantes, tranquilizantes e/ou soníferos. O uso de drogas como crack, haxixe e inaláveis, como cocaína, não foi reportado pelos homens trans entrevistados. A única exceção foi o uso de inaláveis, que 1,7% dos homens trans afirmaram fazer uso.

Mais do que a concepção de que necessitam de acompanhamento psicológico, o que tais dados parecem mostrar é que a exclusão desta população dos serviços de saúde também diz dos serviços voltados à saúde mental (concebidos de forma ampla), o que a torna ainda mais vulnerável.

Os dados referentes à aids mostraram que aparentemente as *masculinidades* são as que realizaram a testagem em menor número (36%), sendo que 24,6% dos *homens* nunca fizeram o teste. Entre os *homens trans*, 16,9% nunca fizeram o teste: 42,9% dos *homens* (n = 6) não realizaram o teste por considerarem não ter práticas de risco, o que nos remete tanto à discussão sobre o alcance das campanhas de prevenção como à autopercepção da necessidade de realizar a testagem.

Em relação a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), 9,5% das *masculinidades* (n = 11) afirmaram já terem tido alguma delas nos últimos cinco anos. Nas IST, entre as *masculinidades*, tivemos maior presença de candidíase (81,8%) e HPV<sup>10</sup>/condiloma ou crista de galo (27,3%).

## Considerações finais

O processo transexualizador é uma política pública importante para as demandas em saúde trans, embora hoje seja insuficiente. Com a atualização do Código Internacional de Doenças (CID), com a CID-11, tivemos um novo capítulo sobre saúde sexual, no qual as identidades trans foram realocadas como “incongruência de gênero”. Tal mudança justifica a necessidade de que

---

10 É amplamente divulgado nas pesquisas de ordem biomédica a relação entre infecção por alguns tipos de HPV e o câncer de colo uterino.

ocorra uma atualização da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803/2013 (BRASIL, 2013a), que redefiniu e ampliou o processo transexualizador, acompanhando as demandas e transformações atuais – e a partir de uma ampla participação das pessoas trans –, para que de fato a normativa possa estar mais próxima das necessidades de saúde dos(as) usuários(as) trans do SUS.

Em relação aos homens trans, observamos um baixo acesso a cirurgias de modificação corporal. Embora a maioria queira fazer a mamoplastia masculinizadora (mastectomia), foi a minoria que conseguiu realizar o procedimento. Sobre cirurgias de transgenitalização transmasculinas, é pequeno o número de homens trans que realizaram, embora muitos a desejem. No caso da neofaloplastia, há uma recente decisão do Ministério da Saúde, motivada por processo judicial impetrado pela OAB/SP, que possibilita que homens trans pleiteiem este procedimento em qualquer hospital público do SUS, no caso de o parecer médico ser favorável. (BRASIL, 2019)<sup>11</sup> Essa decisão pode ser considerada positiva, porém, sabemos que em demais hospitais fora do processo transexualizador não se realizam com regularidade esse tipo de cirurgia e pode não haver cirurgiões ou demais profissionais de saúde aptos a realizá-la, tanto do ponto de vista técnico quanto ético.

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019), através da Resolução nº 2.265/2019, revogou a Resolução nº 1.955/2010, ampliou acesso a atendimentos na rede pública de saúde, em relação a terapia de reposição hormonal e cirurgia de redesignação sexual, e reposição hormonal a partir dos 16 anos e cirurgias após 18 anos. Em homens trans a neofaloplastia continua tendo caráter experimental, podendo ser realizada seguindo as normas do Sistema CEP/Conep. A metoidioplastia<sup>12</sup> fica autorizada, perdendo o caráter experimental.

O menor número de testes para IST pode ser entendido também como um indicador de que homens trans não estão cuidando de sua saúde, seja por pensarem que não podem transmitir ou pegar, seja por receio de sofrerem transfobia durante a busca do acesso a saúde. Empiricamente também

---

11 Portaria do Ministério da Saúde nº 1370, de 21 de junho de 2019, publicada no Diário Oficial da União de 24 de junho de 2019 e disponível no endereço eletrônico: <https://bit.ly/3wxGQXb>. Acesso em: 26 jun. 2019.

12 Cirurgia genital realizada em homens trans, que faz a soltura e alonga o clitóris após uso prolongado de testosterona. Pode ser também uma preparação para neofaloplastia. Mais informações disponíveis no site: <https://bit.ly/3C4Gh8c>. Acesso em: 17 jun. 2021.

observamos que os casos de suicídio entre homens trans são crescentes, o que podemos ler também como transfobia social, devido à violência estrutural e simbólica pela qual muitos passam.

Muitas são as questões que tratamos neste breve artigo. O mais importante a ser destacado, entretanto, é a urgência de repensar o modelo assistencial que nos é dispensado em todos os níveis de atenção do SUS.

## Referências

- BENTO, Berenice. *O que é transexualidade?* São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 nov. 2013a.
- BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1370 de 21 de junho de 2019. Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 jun. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2265 de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 jan. 2019.
- PEÇANHA, Leonardo Morjan Britto. (Re)construções corporais e saúde: desafios e limites do corpo trans\*. In: UZIEL, Anna Paula; GUILHON, Flávio (org.). *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsitos*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2017.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). *Recurso Extraordinário (RE) 670422*. Brasília, DF: STF, 2018.

PARTE III

**DESVER O MUNDO,  
PERTURBAR OS SENTIDOS**

A DESMEDICALIZAÇÃO EM MOVIMENTOS (SOCIAIS)



# **Movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização da vida: linhas que se entrecruzam e fazem transver**

---

*Marcos Roberto Vieira Garcia*

## **Introdução**

Este capítulo busca analisar consensos e dissensos presentes entre três movimentos sociais que têm forte relação com o campo psi – o antimanicomial, o antiproibicionista e o contra a medicalização da vida. Temos intuito de promover uma reflexão sobre as alianças já existentes entre esses movimentos e as que ainda são necessárias, a partir da possibilidade de superação de algumas divergências. Ao final, será discutida a necessidade da interseccionalidade das pautas desses movimentos com as de outros movimentos sociais, caso desejemos priorizar a promoção de saúde mental a partir de uma abordagem centrada nos direitos humanos.

A título de caracterização, consideramos aqui que o movimento antimanicomial se situa quase totalmente no campo psi (ainda que dialogue com outros saberes das ciências sociais e humanas). O movimento contra a medicalização da vida, por sua vez, tem forte relação com o campo psi – embora não seja dele exclusivo – devido ao avanço da neuropsiquiatria sobre o campo do sofrimento mental, com a consequente explosão dos chamados

“distúrbios mentais” nos sucessivos Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Finalmente, o movimento antiproibicionista tem atores diversos, como no caso dos operadores do direito, mas tem relação próxima com o campo psi pelo fato de as substâncias ilícitas serem em sua grande maioria psicoativas, o que requer um diálogo sobre os efeitos dessas substâncias e as modalidades de tratamento para seu uso prejudicial.

Analisaremos as aproximações e tensões entre esses movimentos a partir da caracterização feita por Michel Foucault (1995) no texto “Sujeito e poder” acerca dos movimentos que emergem no período histórico considerado (década de 1970), resistindo a certas configurações de poder, resultantes da biopolítica, configuração histórica que assume o controle dos corpos e subjetividades de forma a se manter a administração dos indivíduos e das populações. Descreveremos a seguir, na mesma sequência do texto referido, quais seriam as características dessas “lutas” e como podemos pensar os três movimentos analisados nesse capítulo em relação a cada uma delas.

## **Consensos e proximidades entre os movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização da vida**

### ***São lutas e oposições que são transversais, isto é, não são específicas de um determinado governo***

Observamos que os três movimentos referidos se enquadram nessa característica. A luta antimanicomial influenciou praticamente o mundo todo, com maior ênfase em países como Itália, Inglaterra e Brasil. O movimento antiproibicionista tem se fortalecido no mundo ocidental, principalmente em países europeus e, mais recentemente, nos Estados Unidos. No Brasil, tem crescido, apesar dos retrocessos conservadores na política de drogas. O movimento contra a medicalização da vida tem raízes também no mundo ocidental nos Estados Unidos e Europa, tendo se fortalecido também no Brasil a partir da última virada de século.

### ***São movimentos contra efeitos do poder, e não somente contra a exploração financeira***

Em relação a esta característica, observamos que o movimento manicomial faz a crítica dos altos lucros do setor privado que administra manicômios – como pode ser observado nas denúncias na região de Sorocaba sobre a “indústria manicomial” local (GARCIA, 2012) –, mas a crítica mais incisiva é direcionada à segregação dos usuários, persistindo, portanto, no caso dos manicômios públicos ou filantrópicos. No caso do antiproibicionismo, a análise econômica ocupa um lugar central, especialmente pelos argumentos de que a regulamentação do uso das drogas hoje ilegais seria mais efetiva (uma vez que o recolhimento de impostos financiaria eventuais consequências negativas do uso de drogas) e de que o dispêndio de recursos com os aparatos policial e militar no combate ao tráfico é enorme e inútil. A crítica à exploração econômica exercida pelo narcotráfico e o elogio a alternativas não capitalistas de regulamentação do uso de substâncias psicoativas que hoje são ilegais são constantes (por exemplo, pelo cooperativismo ou pela produção e comercialização pelo poder público destas substâncias). Finalmente no campo do movimento contra a medicalização da vida, as críticas aos interesses econômicos são proeminentes, especialmente em relação aos interesses dos grandes laboratórios na criação de novos distúrbios e de novos tratamentos para eles. Essa crítica não se resume ao poder do capital: a medicalização exercida por Estados socialistas, por exemplo, também pode ser objeto de crítica.

### ***São lutas que miram soluções mais “imediatas”, voltadas a instâncias de poder mais próximas, não esperando por soluções em horizontes longínquos, como uma revolução, por exemplo***

No caso da luta antimanicomial, podemos identificar a psiquiatria “tradicional” e as políticas públicas que segregam como os “inimigos” a serem combatidos. O movimento antiproibicionista, por sua vez, se foca na crítica ao judiciário, aos aparelhos repressivos do Estado (especialmente polícia) e ao poder psiquiátrico. No caso brasileiro, o poder religioso vem sendo também atacado pelo fato de algumas políticas públicas estabelecerem a “espiritualidade” como elemento central do tratamento para o uso prejudicial de drogas, na contramão do que se entende como laicidade do Estado. No movimento

contrário à medicalização da vida, a neuropsiquiatria e os grandes laboratórios farmacêuticos são os depositários das críticas mais contundentes.

***Configuram uma oposição aos efeitos do poder, relacionados ao saber, à competência e à qualificação, o que Foucault denomina de “regimes de saber”***

Em relação a esta característica, observamos a psiquiatria “tradicional”, biomédica, como um campo de saber que é criticado pelos três movimentos citados, seja pelo caráter de segregação e/ou violação dos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde mental (foco do movimento antimanicomial), pela ênfase da catalogação de novos distúrbios mentais (no caso do movimento contra a medicalização da vida) e pelos discursos muitas vezes aterrorizantes que surgem desse campo de saber acerca das consequências danosas das substâncias ilícitas, algo constantemente criticado no movimento antiproibicionista. É importante dizer que esse último movimento enfrenta também saberes no campo jurídico, seja no direito tradicional, seja na interface deste com o biomédico, caso da criminologia.

***Essas lutas questionam o próprio estatuto de indivíduo: enfatizam a necessidade de reforçar os laços comunitários, ao mesmo tempo em que focam na necessidade de uma subjetividade mais livre, menos coagida. Dito de outra forma, são contra o constrangimento do indivíduo pelo biopoder***

O tema da subjetividade é bastante caro à luta antimanicomial. Busca-se romper com a definição psiquiátrica clássica e com as categorias nosográficas, ao mesmo tempo em que se trabalha com categorias identitárias, buscando positivá-las, como é o caso do uso de termos como “louco” e “maluco”. Movimentos e projetos como Radio Tantã, Loucos pela Vida, entre outros, mostram esse deslizamento. A inclusão é focada na busca pela vida comunitária e não segregada. No caso do movimento antiproibicionista, há crítica ao conceito de “dependente” como alguém diferente das demais pessoas, entendendo-se o uso de drogas como um processo de “idas e vindas”. O uso de termos desumanizantes para usuários de drogas, como o caso de “zumbi”, também é altamente criticado, pela negação da individualidade que representa. A discussão que se faz sobre a desumanização nas internações

involuntária e compulsória de usuários de drogas também se atrela nesse movimento à defesa da individualidade desses usuários. As estratégias de redução de danos, pensadas como forma de se reforçar os laços comunitários, são outro exemplo das características descritas.

Além das características descritas por Foucault que podemos observar nos movimentos aqui analisados, é importante também ressaltar certas estratégias de mobilização que utilizam e que também os aproximam. O uso da mídia e atividades de protesto são importantes veículos de mobilização e de pressão junto a órgãos estatais para a mudança de políticas públicas. Iniciativas como passeatas e marchas (comuns em algumas cidades no dia da luta antimanicomial, assim como no caso das “marchas da maconha”), fóruns de discussão permanentes, audiências públicas sobre os temas relativos aos movimentos nas três esferas legislativas, produção de pesquisas e eventos que buscam desafiar os saberes disseminados pelas instituições de poder que são combatidas, todas estas são estratégias comuns a esses movimentos que também os aproximam e se interseccionam.

## **Tensões e contradições entre os movimentos**

Dadas essas características em comum apresentadas, podemos observar muito mais semelhanças do que diferenças nas pautas dos movimentos citados. O discurso contrário ao poder psiquiátrico, por exemplo, atinge diversas dimensões, que se articulam entre si: critica-se a segregação de usuários, a imposição de uma lógica de controle químico de comportamentos baseada no uso de psicotrópicos – os “manicômios mentais”, citados por Pélibart (1990) –, o excesso de diagnósticos que impossibilitam a visão dos seres humanos como diversos, passando a ser definidos como portadores de distúrbios. Há também pontos de tensionamento nos debates entre os movimentos antimanicomial, antiproibicionista e contra a medicalização da vida que merecem ser explorados em profundidade, inclusive para que seja facilitada a composição de forças em seus enfrentamentos.

Um desses pontos geradores de dissensos diz respeito à ênfase maior, ou mais dada, ao direito individual no complexo conflito estabelecido por vezes com os direitos coletivos e/ou difusos. Enquanto, no campo antimanicomial, o combate à segregação é tratado a partir da defesa de um direito difuso, ou seja, de que pessoas com (supostos) transtornos mentais não

sejam desprovidas do direito à vida comunitária, há segmentos de antiproibicionistas que enfatizam o direito individual em relação à escolha voluntária de usuários de drogas por internação em espaços segregados como forma de tratamento. Mesmo dentro do campo antiproibicionista, há um debate entre o direito (individual) de usar substâncias psicoativas ilegais e os problemas de violação de direitos (difusos) que afetam as populações das periferias das grandes cidades que comercializam essas mesmas substâncias. A discussão do genocídio de jovens negros, diretamente relacionada ao mercado de drogas ilícitas, é central nesse debate.

Outro ponto no qual não há consenso diz respeito à dificuldade de posicionamento contrário aos discursos não biomédicos que sustentam práticas normativas, em especial o religioso de base fundamentalista cristã, que vem crescendo sobremaneira no Brasil e em outros países da América Latina. Tomando-se como exemplo o alcoólicos anônimos (AA), observa-se que o “alcooolismo” é tomado como uma doença que acaba por ser definidora da identidade da pessoa, da qual ela, portanto, nunca se “livra”: alguém que já foi alcooolista será para sempre um “ex-alcooolista”. Dos “doze passos” do modelo de acompanhamento do AA – utilizado também pelos narcóticos anônimos e pelas comunidades terapêuticas que seguem o Modelo Minnesota –, sete deles fazem menção direta a Deus e/ou à espiritualidade. Há, portanto, uma associação entre medicalização e práticas religiosas, que aproveitam da abertura oferecida pelo modelo dos doze passos à espiritualidade para a disseminação de conteúdos específicos das crenças cristãs.

Outro tema que tensiona os discursos dessas lutas é o que diz respeito à regulação de venda e consumo de substâncias psicoativas. Enquanto o movimento contra a medicalização da vida tende a pregar uma regulação mais rígida sobre a prescrição e venda dos psicotrópicos lícitos, o antiproibicionista luta predominantemente por uma menor rigidez no comércio e venda dos psicotrópicos ilegais. Embora esses posicionamentos não sejam por si só antagonísticos, no campo discursivo os argumentos muitas vezes utilizados o são. Um exemplo disso é a crítica aos efeitos colaterais do metilfenidato e à suposta vulnerabilização de seus usuários à dependência de cocaína, argumento este que acaba por dialogar com o pânico moral associado ao uso de drogas ilícitas. Esse pânico vem sendo debatido no campo antiproibicionista sob uma perspectiva crítica. Cabe ressaltar que não há solução simplista para

este tensionamento, que passa por uma reflexão sobre o uso de substâncias psicoativas como um todo – sejam elas legais ou ilegais – incluindo aí o direito de acesso ao prazer por elas proporcionado e o direito à proteção frente ao poder econômico atrelado à indústria farmacêutica. Em outras palavras, ainda que concordemos com a fala de Foucault, quando diz que “devemos experimentar as drogas, devemos fabricar boas drogas, suscetíveis de produzir um prazer muito intenso” (2004, p. 264-265), de que modo isso se articula com uma perspectiva de mercado que busca o aumento do consumo de drogas como forma de gerar capital?

A estratégia por parte do movimento antiproibicionista de defesa do uso da “maconha medicinal”, como forma de diminuição do estigma negativo associado à planta e como etapa intermediária para a aprovação de seu uso recreativo, utilizada em muitos países, inclusive no Brasil, também é controversa, uma vez que acaba por fortalecer a visão de que o uso de substâncias psicoativas deva ser submetido ao controle biomédico. Por que seria defensável o uso medicinal da maconha prescrito por um médico e criticável o de um psicotrópico sintético feito da mesma forma? Um dos pontos centrais dos argumentos do movimento contra a medicalização da vida está justamente na crítica ao poder médico-psiquiátrico de determinar o campo do que é considerado “normal” e de prescrever terapêuticas para a adequação dos que estão no campo da anormalidade, em especial aquelas baseadas em fármacos. Muitos vídeos divulgados pelo movimento antiproibicionista, ao mostrar pessoas “doentes” necessitando da maconha como medicamento, acabam, porém, por mimetizar a publicidade patrocinada por grandes laboratórios, que enfatizam a necessidade de portadores de supostos distúrbios em serem tratados por fármacos.

## **Desafios para a convergência das lutas**

A promoção de diálogos entre representantes dos movimentos citados é fundamental para o estabelecimento de consensos que permitam uma maior convergência de suas pautas. O debate conceitual sobre direitos individuais e difusos mostra-se, nesse sentido, como algo fundamental. É importante a defesa dos direitos das minorias contra uma noção que dá primazia ao direito individual, que, por sua vez, está atrelada a uma perspectiva liberal. O debate sobre a descriminalização do uso de psicotrópicos ilícitos, por exemplo, não

pode ser feito de forma descolada dos direitos à segurança e à vida de comunidades onde o comércio de substâncias ilícitas é uma fonte de renda para segmentos significativos da população. Na “outra ponta” do mesmo debate, ou seja, no caso dos defensores do controle estatal do uso de substâncias psicoativas – por exemplo, do “modelo uruguaio” de produção e comercialização da maconha –, há a necessidade de se defender os direitos individuais contra a perspectiva de excesso de poder nas mãos do Estado.

Outro ponto de intersecção que se faz necessário diz respeito à defesa enfática das práticas territoriais e comunitárias como condição essencial para uma abordagem que supere os riscos das abordagens segregatórias. No campo das drogas, em que esse desafio é maior, a redução de danos deve ser, no nosso entender, enfaticamente levantada como baliza das possibilidades de tratamento tanto do uso prejudicial de drogas lícitas como ilícitas, ao contrário da escolha “pseudolivre” da autossegregação em clínicas e comunidades terapêuticas.

A confluência das lutas, portanto, parte pelo reconhecimento de que distintas formas de poder prescritivas, ditadas pelo mercado, pelo Estado e pelas religiões fundamentalistas, precisam ser visualizadas em suas especificidades e suas interações. No contexto atual brasileiro, por exemplo, Estado, mercado e Igrejas são aliados na adoção de políticas que representam retrocessos nos campos de enfrentamento dos movimentos sociais aqui considerados. A nova lei “antidrogas” (BRASIL, 2019), aprovada com votos da base governista, mostra de forma clara a confluência do poder psiquiátrico, do poder religioso e do Estado nos retrocessos representados pela retirada da redução de danos como política pública no tratamento aos que fazem uso prejudicial de drogas e na ênfase nas comunidades terapêuticas – a grande maioria delas de base religiosa – como locais de tratamento dessas mesmas pessoas.

Os retrocessos que estão ocorrendo em nosso país seguem uma tendência mundial. Nas palavras do relator especial das Nações Unidas para a Saúde Mental, Dainius Puras,

As tendências globais apontam para uma proliferação de políticas e práticas que minam ativamente os princípios universais dos direitos humanos ou aplicam esses direitos seletivamente. Estas tendências incluem a priorização de políticas e leis punitivas para lidar com diferentes problemas sociais (como o uso de drogas), a

discriminação na lei e na prática de certos grupos de população (como refugiados, migrantes, jovens e mulheres), a adoção de decisões políticas que reduzem o apoio social e agravam as desigualdades e adoção de medidas legislativas que reduzem o espaço participativo da sociedade civil. Há uma fratura deliberada na forma como essas tendências globais mais amplas afetam a saúde mental e o bem-estar das sociedades: a xenofobia, os 'valores familiares tradicionais' e outras modalidades de discriminação enfraquecem ativamente a coesão social e afetam todas as pessoas. (UNITED NATIONS, 2019, p. 20, tradução nossa)

É importante a defesa de uma abordagem da promoção de saúde mental baseada em direitos humanos como alternativa ao modelo biomédico, focado na doença, que utiliza um critério restrito e individual para a prevenção de problemas de saúde mental. Isso requer intervenções estruturais na sociedade como um todo. Nas palavras do mesmo relator,

Os relacionamentos também são profundamente influenciados pelas consequências do passado, como as injustiças históricas, o legado do colonialismo, o racismo, a escravidão e a apropriação de terras, a subjugação de mulheres e as violações de direitos sexual e reprodutiva, a opressão histórica da comunidade LGBTI e a negação dos direitos da criança. Traumas sociais, como racismo sistêmico, conflitos violentos e crise de refugiados podem causar danos às comunidades por gerações. Pobreza, desigualdade e assimetrias de poder dificultam ou inclusive impedem a construção e manutenção de relações recíprocas de confiança e respeito. A redução das desigualdades, das desvantagens socioeconômicas sistêmicas, da falta de poder, da exclusão social, da insegurança e da migração forçada são condições indispensáveis para estabelecer relações baseadas no respeito e na não-violência que promovem a saúde mental. (UNITED NATIONS, 2019, p. 13, tradução nossa)

A compreensão da saúde mental a partir de uma perspectiva dos direitos humanos possibilita, também, a aproximação das pautas dos movimentos analisados neste capítulo com as de outros movimentos sociais organizados, como o feminista, o negro e os voltados a outras raças/etnias, o LGBT etc. Trata-se de se discutir os temas específicos de cada luta, mas inserindo-os

dentro de uma visão social mais ampla, interseccional, que reflita sobre as diversas formas de dominação presentes e sobre o quanto elas se articulam com as pautas desses movimentos.

## Referências

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006 [...]. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 6 jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. *In*: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, Michel. Uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. *Verve*, São Paulo, n. 5, p. 260-277, 2004.

GARCIA M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Psicologia Política*, Florianópolis, v. 12, n. 23, p. 105-20, 2012.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In*: LANCETTI, Antonio (org.). *Saúde Loucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 130-138.

UNITED NATIONS (UN). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Genebra: United Nations Human Rights Council, 2019.

# Propostas para um início de conversa: medicalização, reforma psiquiátrica e redução de danos

---

*Renato Santos de Souza*

Sou historiador de formação, e os problemas em torno do método de apreensão do passado retornam ao centro da discussão e permeiam a maneira como me relaciono com os conteúdos, ainda mais quando a disciplina versa exatamente sobre os tópicos de reflexão que venho cultivando.

Sem querer esgotar o assunto, fiquei pensando em duas referências muito importantes na minha formação. Na minha abordagem, sempre tento seguir as instruções de Marc Bloch e Walter Benjamin. Segundo Bloch (2001, p. 54), “o bom historiador se parece com o ogro da lenda. Onde fareja carne humana, sabe que ali está a sua caça”. O segundo pensador que eu trago para a roda, para ajudar a pensar, é o Walter Benjamin. No seu texto “Sobre o conceito de história”, o autor procura desenvolver uma reflexão sobre a história que problematize as concepções tradicionais. Segundo Benjamin (2012, p. 243-244),

Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo ‘tal qual ele foi’. Significa apropriar-se de uma recordação, como ela relampeja no momento de um perigo. Para o materialismo histórico, trata-se de fixar uma imagem do passado [...]. Em cada época, é preciso tentar arrancar a tradição ao conformismo, que quer

apoderar-se dela. [...] O dom de despertar no passado as centelhas de esperança é *privilégio exclusivo* do historiador convencido de que tampouco os mortos estarão em segurança se o inimigo vencer. E esse inimigo não tem cessado de vencer.

A questão principal tem sido como e de que maneira o discurso sobre o passado torna invisíveis as atrocidades cometidas em nome da razão, da civilização e da ciência. A ideologia da ciência tem sido usada de várias maneiras nesse debate. A questão que nos interessa nesse contexto é o debate sobre anacronismo.

De maneira geral, o anacronismo é entendido como um erro de cronologia, é entender outras épocas a partir da régua do presente. A passagem do século XIX marcou modificações profundas no Ocidente, sendo a principal delas o deslocamento da ideia de verdade da religião para ciência, tornando o conhecimento científico a justificação última da realidade. Sendo assim, como ainda identificamos racionalidade com ciência e temos na ciência o centro dessa justificação, tendemos a universalizar o discurso/prática da atualidade para o passado. Nesse sentido, esse grande guarda-chuva tende a sustentar que o método científico é universal e tende a diminuir o papel do contexto nessa reflexão.

A tese que estou sustentando é que o debate científico vem sendo usado pelas classes dominantes na defesa da sua agenda. O processo de introdução e consolidação da psiquiatria no Brasil, como saber especializado e reconhecido socialmente, materializa de forma arbitrária e violenta essa agenda, não tendo relação com a observação, mas com as crenças *a priori* das classes dominantes, uma vez que, ao explicar e naturalizar as desigualdades e injustiças sociais, o discurso científico passa a configurar uma nova forma de dominação, ao passo que os tradicionais pilares de sustentação das elites senhoriais – o trabalho escravo, a inviolabilidade da vontade dos proprietários de terra, a reprodução de laços de dependência pessoal – sofrem profundos abalos. (CHALHOUB et al., 2003; ENGEL, 2003)

Se é verdade que o discurso científico passa a justificar a realidade e a realidade é mediada pelas convicções de superioridade racial, a questão é pensar como o saber psiquiátrico legitimou o racismo no Brasil e como o discurso de racionalidade científica foi usado no processo de construção do controle social e da dominação das classes populares, principalmente da população

negra. Nesse sentido, pelo que tenho visto, um grande ausente nas discussões sobre a reforma psiquiátrica, bem como, de forma geral, da própria ideia de saúde pública, é o debate sobre a criminalização e medicalização do uso de drogas. Longe de poder aprofundar o tema, fiquei pensando sobre essa lacuna no debate, uma vez que, revisitando textos, assistindo *lives*, nas aulas de pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, há uma clivagem bastante evidente entre as discussões sobre a reforma e a transformação do consumo de drogas em um problema social. (FIORE, 2005)

A reforma psiquiátrica, desde seu início, buscou problematizar a associação da loucura com a noção de periculosidade. Apesar do sucesso em conseguir influenciar o imaginário social, ao que parece, houve um deslocamento da ideia de periculosidade daquele considerado louco para aqueles taxados como usuários e usuárias de drogas.

Um problema social é basicamente a construção de um campo discursivo que abarca diversos fenômenos; notadamente as percepções em torno da representação e do imaginário social que faz um problema emergir enquanto uma questão específica do sujeito em detrimento do contexto em que ele se encontra. Esse processo de redução e apropriação, dentro da medicina e, particularmente na psiquiatria, é chamado medicalização/psiquiatrização. O processo de medicalização está firmemente ancorado numa articulação entre o Estado, a medicina e o direito, pois se é verdade que

Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-las com remédios. (CASTEL, 1978, p. 53)

Não é possível, portanto, dissociar o processo de criminalização do uso de drogas do processo de medicalização dos entorpecentes. (ADIALA, 1986, 2006) A agenda da saúde, nesse sentido, foi fundamental para a criminalização das classes populares, especialmente da população negra. O racismo estrutural encontrou nos debates sobre a saúde uma forma de universalizar as pretensões das elites, mais especificamente nos casos dos intelectuais, dos médicos envolvidos nas ligas de higiene, que buscaram materializar a associação entre o indivíduo perigoso, usuário de drogas e a população negra a

partir dos pressupostos do racismo científico. (ALMEIDA, 2018) Entre os nomes envolvidos nesse processo, o que mais se destaca é a figura de Rodrigues Dória, uma vez que seus textos ofereceram as justificativas para a ciência da época. (DÓRIA, 2016)

Os problemas em torno do racismo, do uso de drogas e sua relação com a saúde mental pouco ou nada têm a ver com respostas científicas, mas com a proposta política de manutenção do *status quo*. Segundo Henrique Carneiro (2002, p. 4), “a história de certos conceitos médicos é essencialmente política, ou seja, ligada aos interesses materiais de instituições, classes, camadas e grupos sociais”. É provável que um dos conceitos médicos mais controversos seja o de doença mental, fruto de séculos de disputas na sociedade, criado a partir da articulação entre o discurso médico, o Estado e o convencimento das elites. Paulatinamente, as propostas orgânicas e reducionistas da medicina científica foram apropriadas a uma certa ortopedia social que se identifica com o nascimento da psiquiatria. (CAPONI, 2012)

Em 1857, Bénédict Augustin Morel publica o livro *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladives*, no qual articula a opção cerebralista, a redução orgânica e a biologia a partir da identificação do discurso da ortopedia social. Segundo esse autor, uma lesão no cérebro seria responsável pela atitude desviante em relação ao contexto. (CAPONI, 2012) Marx e Engels (2007), em *A ideologia alemã*, escrito em 1845-1846, pontuam que o pensamento dominante é um pensamento da classe dominante, e a psiquiatria, a partir da defesa da normalidade, atua tornando naturais, biológicas e eternas as propostas de comportamento e sensibilidade das classes médias urbanas.

Durante a passagem no século XIX, a ciência toma o lugar da religião na justificação do comportamento humano. Segundo Foucault (1979), a medicina social nasce no contexto de apropriação do discurso científico, garantindo assim a legitimidade do seu discurso diante da sociedade e do Estado. A hipótese que desenvolve é que a psiquiatria naturaliza e torna científico os preconceitos sociais.

Segundo Stephen Jay Gould (1999, p. 17), no livro *A falsa medida do homem*,

A razão e a natureza do universo têm sido invocadas ao longo da história para consagrar as hierarquias sociais existentes como justas e inevitáveis. As hierarquias sociais raramente duram

mais que algumas gerações, mas os argumentos, retocados para a justificação de cada novo rol de instituições sociais, circulam indefinidamente.

O mesmo autor ainda ressalta que:

Como o determinismo biológico é de evidente utilidade para os grupos detentores do poder, seria lícito suspeitar que [...] ele também se origina de um contexto político. Porque, se o *status quo* é uma extensão da natureza, então qualquer mudança importante – supondo que ela seja possível – destinada a impor às pessoas uma organização antinatural implicaria um elevado custo psicológico para os indivíduos e econômico para a sociedade. [...] as argumentações biológicas e médicas acerca da natureza humana: ‘Tanto nos Estados Unidos quanto no resto do mundo, elas se têm associado a ideologias conservadoras e até mesmo reacionárias. Durante sua longa hegemonia, a tendência tem sido aceitar a inquestionável causalidade biológica e admitir as explicações sociais somente nos casos em que as provas eram tão fortes que não havia outra saída. Em questões políticas, essa tendência favoreceu uma atitude imobilista’. Ou, como há muito disse Condorcet de maneira mais sucinta: elas ‘fazem da própria natureza um cúmplice do crime da desigualdade política’. (GOULD, 1999, p. 5)

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental (DSM) surge no contexto das teses orgânicas defendidas por Kraepelin, apesar das críticas que recebe a cada nova edição, praticamente dobra a quantidade de doenças descritas, abrangendo um largo espectro do comportamento humano. Segundo Tesser (2006, p. 61), “a medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas”.

Dentro desse debate, o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial funciona como uma dobradinha articulando o discurso médico ao jurídico na medicalização e criminalização da pobreza. (MITJAVILA; MATHES, 2013) No Brasil, a perseguição da pobreza ganha contornos mais específicos, uma vez que está atrelada ao racismo estrutural, somando-se ao esforço secular das elites brasileiras no sentido de marcar e dar legitimidade

à segregação do povo preto. De forma diferente, propõem-se refletir sobre a seguinte questão: a defesa da objetividade dos manuais diagnósticos e sua suposta legitimidade científica não estariam a serviço de um processo de exclusão social em que sua face mais visível seria oferecer racionalizações sobre o lugar social ocupado pela população negra na sociedade brasileira?

Onde me encaixo nisso tudo? Sou redutor de danos, atualmente trabalhando em Aracaju/SE e convivo diariamente com os resultados desse processo. Trabalho com usuários de drogas e com a população de rua e vejo nos olhos de cada um as marcas e os estigmas de uma sociedade que sistematicamente tenta apagar do cenário público suas existências. A redução de danos (RD) nasce como uma oportunidade aberta pela epidemia de HIV/aids no final da década de 1980. É definida pela International Harm Reduction Association como:

Um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION, 2010, p. 1)

Segundo essa definição, a RD no Brasil deixou de ser política pública em favor de uma lógica manicomial, a partir da Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019). Destituída da condição de política pública, restou-nos uma grande quantidade de práticas agrupadas em seu torno, sem que, apesar dos seus 30 anos de tradição, haja um consenso sobre seus contornos paradigmáticos.

Dada a diversidade de aplicações e entendimentos sobre a RD, é possível fazer referência a uma mesma expressão sem que se esteja fazendo referência a um mesmo conjunto de práticas ou a um mesmo entendimento. Muito já foi escrito sobre o caráter polissêmico dos conceitos nas ciências humanas. Segundo o Ginzburg,

A continuidade de palavras não significa necessariamente continuidade de significados. O que chamamos de ‘filosofia’ ainda é, apesar de tudo, ‘filosofia’ dos gregos; já a nossa ‘economia’ – tanto a

disciplina como seu objeto – e a ‘economia’ dos gregos têm pouco ou nada em comum. (2001, p. 42)

Pelo que tenho observado nos últimos anos, o mesmo pode ser dito acerca da RD, uma vez que múltiplos sentidos se superpõem dialogando com os diversos dispositivos em que ela é aplicada. É possível perceber apropriações da RD que vão se identificar com uma lógica biomédica até perspectivas mais estruturais, abarcando em seu escopo lutas coletivas.

Alguns sujeitos ainda operam a RD a partir de uma lógica voltada para o indivíduo, orgânica e limitada a reduzir os efeitos das substâncias no corpo. No entanto, pelo que se percebe na literatura, nas últimas décadas a atuação da RD se desenvolveu para além das noções de riscos e danos, incorporando em sua reflexão/prática uma vertente positiva como produção de vida. (LANCETTI, 2016)

Desde o seu nascimento na década de 1980, a redução de danos esteve associada a um princípio orgânico. Com o surgimento da HIV/aids, num contexto de práticas de consumo de drogas injetáveis, a ideia de redução de danos como diminuição dos riscos e danos associados ao consumo de drogas fez muito sentido, no entanto, com o passar dos anos, gradualmente as intervenções que antes se concentravam apenas na identificação dos riscos associados ao consumo de drogas se expandiram e passaram a incluir questões relacionadas a direitos humanos. Assim, houve articulação entre o aparato jurídico e outros aspectos do Estado para além das questões relacionadas à saúde e à justiça, deslocando os pressupostos centrais do processo de proibição do uso de drogas associados à articulação do Estado com os aparatos médico-jurídico.

Para fins didáticos, agrupei a RD, quanto ao seu local de atuação, a partir de três grandes eixos. O primeiro eixo, mais relacionado à ação na rua, dominou inicialmente a discussão, principalmente por sua preocupação objetiva com as condições de vida dos usuários e os danos associados não só ao consumo, mas à vida à margem da produção, enquanto párias sociais.

O segundo eixo surge com a introdução do debate sobre drogas na Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002, entrando em cena os dispositivos de atenção psicossocial. Sua apropriação, desde o início, foi bastante problemática, uma vez que, ao contrário do que aconteceu com a discussão sobre a

loucura, o imaginário sobre as drogas e seus usuários foi pouco tematizado. (BRASIL, 2005)

Já o terceiro tipo está relacionado ao contexto de festas/festivais de música eletrônica. Esta forma de atuação da RD foi iniciada no Brasil a partir da iniciativa pioneira do Coletivo Balance, que, em setembro de 2006, dá início ao primeiro coletivo de usuários que praticavam RD em festas no Brasil. (ANDRADE; MACRAE; ALVES, 2012)

A redução de danos pode ser tomada, como esbocei acima, como um conjunto de práticas que tem como horizonte o sujeito, no entanto, uma abordagem que leve em consideração apenas o caráter individual das ações é insuficiente para se compreender os desdobramentos da RD nas últimas décadas. Para além do processo de individualização, somou-se uma ação coletiva.

Defendo que pensar a RD enquanto abordagem significa afirmar o direito que os sujeitos têm de usar drogas em todas as suas implicações, mas considero que seja ainda mais fundamental deslocar a medicina e o aparato jurídico repressivo do papel de mediação social que eles oferecem no atual contexto. É preciso um debate público que considere de que maneira os discursos médico e jurídico produzem justificativas sociais para problemas relacionados com a desigualdade social e o racismo.

No sentido mais propriamente político, a RD está articulada com outras pautas igualmente importantes, tais como: o antiproibicionismo, o combate contra a guerra às drogas e, por consequência, se posiciona contra a necropolítica que vitima milhares de pessoas anualmente no Brasil. A propósito da guerra às drogas, enfrentamos hoje muitos retrocessos nas políticas sobre drogas, como o crescimento das comunidades terapêuticas, justificativas para o aumento da letalidade policial, higienismo social com a retirada forçada de pessoas em situação de rua dos grandes centros com a justificativa de que estão sendo direcionados para tratamento e o reforço de um imaginário que identifica ser preto, pobre e de periferia com a violência e morte, reforçando os estigmas mais comumente aceitos a respeito dos usuários de drogas.

Muito embora tenha-se defendido que a RD não deve ser considerada um paradigma (ANDRADE, 2010), passadas algumas décadas, penso que essa questão deveria ser abordada novamente. Parece-me, não obstante a

indefinição sobre os limites acerca da RD, que as controvérsias estabelecidas entre o modelo determinístico oriundo da biomedicina e as possibilidades abertas pela introdução de contexto permitiu que as ciências humanas investigassem as múltiplas possibilidades de uso de drogas, ampliando o entendimento sobre a relação do humano com as substâncias psicoativas.

Portanto, ainda que eu tenha sustentado ao longo do texto que a RD após algumas décadas de existência parece oferecer contornos de um paradigma com seus próprios problemas e formas de proceder, acho que a questão mais importante que eu deixo para pensar é nesse sutil, mas decisivo deslocamento, de que o problema não está na substância ou nos diversos usos que se pode fazer delas. Devemos pensar nas formas que a sociedade é convocada a intervir sobre o consumo de substâncias psicoativas, seja por meio do proibicionismo, que criminaliza os usuários e os impede de acessar direitos humanos básicos, ou por meio do discurso biomédico, que reduz a existência destes a uma categoria nosológica.

## Referências

ADIALA, Júlio Cesar. *O problema da maconha no Brasil: ensaio sobre racismo e drogas*. Rio de Janeiro: Série Estudos, 1986.

ADIALA, Júlio Cesar. *A criminalização dos entorpecentes*. [S. l.]: [s.n.], 2006.

ALMEIDA, Sílvio. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANDRADE, Tarcísio Mattos. Redução de danos: um novo paradigma? In: NERY FILHO, Antonio (org.). *Drogas: tempo, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: Edufba/Cetad, 2010. p. 87-95.

ANDRADE, Marcelo Magalhães; MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. Coletivo Balance de redução de riscos e danos: ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antonio (org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: Edufba: Cetad, 2012. p. 101-122.

BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. v. 1.

BLOCH, Marc. *Apologia da história ou "O ofício de historiador"*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

- BRASIL. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Opas, 2005.
- BRASIL. *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS: esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, de 4 de fevereiro de 2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CARNEIRO, Henrique. A fabricação do vício. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 13., Belo Horizonte. *Anais [...]*. São Paulo: Associação Nacional de História, 2002.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CHALHOUB, Sidney *et al.* Apresentação. In: CHALHOUB, Sidney *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 11-16.
- DÓRIA, José Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho (org.). *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: Edufba, 2016. p. 65-84.
- ENGEL, Magali Gouveia. A loucura, o hospício e a psiquiatria em Lima Barreto. In: CHALHOUB, Sidney *et al.* *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 57-98.
- FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p. 257-290.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.
- GINZBURG, Carlo. *Olhos de madeira: nove reflexões sobre a distância*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). *O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. Londres: IHRA, 2010.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. In: CAPONI, Sandra *et al.* (org.). *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. São Paulo: LiberArs, 2013. p. 83-96.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.



# **Medicalização e movimentos sociais: onde há opressão, há resistência – a participação dos farmacêuticos**

---

*Célia Machado Gervasio Chaves*

## **A opressão do mercado**

A humanidade sempre buscou, embora nem sempre de forma consciente e consequente, as curas para seus males, mas o que mais vem encontrando ao longo do tempo são diferentes formas de remediá-los, nem todas racionais. O mais racional talvez fosse preveni-los.

O uso de medicamentos tem ocorrido em todo o mundo, principalmente após sua massiva industrialização como panaceia para todos os males do corpo e da alma. Isto acontece porque o medicamento ganhou valor simbólico, representando a possibilidade de adquirirmos saúde na forma de “pílulas mágicas”, o que induz as pessoas a consumirem o produto mesmo quando dele não necessitam. (PETROVICK, 2004)

Todos sabemos que o uso de medicamentos não é sinônimo de saúde e que esta não depende apenas de sua utilização. A saúde é o resultado de um conjunto de condicionantes socioeconômicos, como condições de moradia, transporte, trabalho, educação e nutrição. (LAPORTE; TOGNONI; ROZENFELD, 1989) Mesmo assim, com todo o avanço do conhecimento

científico sobre os benefícios, mas também sobre os malefícios causados por muitos fármacos, o uso de muitas dessas substâncias ainda é cercado de uma certa magia, e este fato é habilmente explorado pela indústria para induzir seu uso indiscriminado.

O uso dos medicamentos só deveria ocorrer quando caracterizada a necessidade, seja para o enfrentamento de uma situação clínica passível de tratamento farmacológico ou para preveni-la, mas cada vez mais eles vêm sendo utilizados indiscriminadamente em situações fisiológicas da vida, como as que caracterizam as mudanças devidas aos processos naturais de amadurecimento e envelhecimento do corpo. Mesmo as chamadas situações inerentes à vida, como a tristeza, o luto e a solidão, são tratadas como doenças para as quais não falta um medicamento que possa debelá-las. (SANTOS; FARIAS, 2010)

O mercado farmacêutico é inundado cada vez mais por produtos que prometem a melhoria do desempenho intelectual e físico no trabalho ou na prática de esportes, ou simplesmente para garantirmos bem-estar, como se nada mais na vida pudesse ser feito sem o consumo de algum produto para garantir o bom funcionamento do organismo. (BARROS, 2010)

Nesta mesma linha está o aumento extraordinário do consumo de antidepressivos, tanto nas sociedades mais industrializadas como nos países em desenvolvimento. (MARTINEZ-HERNÁEZ, 2010)

Outro exemplo de uso indiscriminado é o dos ansiolíticos, que, além de funcionarem como meros paliativos, muitas vezes mascaram as reais causas da ansiedade. Barros (2004), em uma de suas publicações sobre o tema, chama a atenção para o fato de que os prescritores deveriam, quando prescrevem estes medicamentos, fazê-lo de forma crítica, esclarecendo os pacientes a respeito de sua utilização. Podemos dizer que estamos vivendo um verdadeiro processo de patologização da vida.

Desde a infância até a velhice, passando por todas as fases da vida, sempre há o que possa ser tratado com a mais recente descoberta da “ciência moderna”. Qual o bebê que consegue passar seus primeiros meses de vida sem ter feito pelo menos um tratamento à base de antibióticos? As crianças confinadas em apartamentos que apenas querem extravasar sua normalíssima vitalidade são diagnosticadas e tratadas como hiperativas. As adolescentes que fogem dos padrões estéticos de beleza, impostos pela sociedade, recorrem a

inibidores do apetite. Os adolescentes buscam força e virilidade em energéticos e estimulantes. As mulheres com sua tripla jornada de trabalho apelam para o mais potente dos antidepressivos do mercado. Os mais velhos, que geralmente são diagnosticados com uma ou mais doenças crônicas, algumas vezes são desnecessariamente polimedicados e muitas vezes precisam fazer uso de medicamentos, tão somente, para resolver problemas causados por outros medicamentos. (SOBRAVIME, 2001)

Em tese de doutorado que avaliou o desenvolvimento humano em seu aspecto psicológico tendo como ponto central a relação da criança com seu meio, Hilusca Leite demonstrou que, apesar do comportamento humano ter um substrato orgânico expresso pelo cérebro e por seu funcionamento, este funcionamento ocorre de forma mais ou menos organizada em decorrência das apropriações culturais que são ofertadas às crianças por meio da educação tanto informal quanto formal. Neste sentido, a autora conclui que muitas vezes crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) não deveriam receber a administração de medicamentos, mas organização e sistematização do ensino para promover seu desenvolvimento. (LEITE, 2015)

Decorrência lógica do processo de patologização ou, até mesmo, causa dela é o fato de o medicamento ser considerado um bem de consumo cuja produção objetiva antes de tudo o lucro, e não, como deveria ser, um insumo essencial à saúde, tendo seu uso disciplinado pela necessidade e pertinência. (BERMUDEZ, 1995)

O fato de o medicamento ser considerado uma mercadoria e, portanto, ser regido pelas regras de mercado proporciona as condições para o aparecimento de produtos totalmente irracionais e, algumas vezes, também sem qualidade, expondo os usuários a riscos ainda maiores. (BARROS, 1995) Se são irracionais, por que são tão consumidos? Sem dúvida a propaganda de medicamentos exerce um papel indutor, prometendo, através do consumo do produto, solução rápida e fácil para todos os problemas. (NASCIMENTO, 2003)

Há empresas que afirmam que suas propagandas são na realidade fonte de informação necessária para que prescritores e usuários possam conhecer o produto. Angell (2009), em publicação que denuncia as manobras da indústria farmacêutica para vender seus produtos, afirma que:

Não tenho a menor dúvida de que os anúncios diretos ao consumidor enganam os consumidores mais do que os informam, e estes pressionam os médicos para prescrever medicamentos novos, caros e frequentemente de utilidade insignificante, mesmo quando opções mais conservadoras (entre elas a de medicamento nenhum) poderiam ser melhores e mais seguras. (ANGELL, 2009, p. 141)

A mesma autora denuncia também que outra forma de propaganda disfarçada de informação é a formação de grupos de defesa de pacientes que são patrocinados pelos laboratórios farmacêuticos. O objetivo desses grupos seria apoiar e orientar os pacientes dando mais visibilidade à doença, o que na verdade permite ampliar os pacientes diagnosticados, o que é bom, mas, conseqüentemente, faz aumentar a procura pela cura e, desta forma, aumenta a lucratividade da empresa. (ANGELL, 2009)

## **Organizando a resistência**

Diante deste grave quadro de opressão do mercado, é preciso que haja, por parte dos movimentos sociais, uma forte resistência para impedir ou pelo menos amenizar os riscos causados pelo consumo desenfreado de medicamentos quando não necessários ou quando inadequadamente prescritos ou consumidos.

Os farmacêuticos têm participado ativamente desse movimento de resistência juntamente a outros profissionais não só da área da saúde, mas também com os usuários, que, como parte interessada no enfrentamento deste problema, podem e devem contribuir para sua solução.

### ***Internacionalmente***

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua 28ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1975, estabeleceu a necessidade de assessorar os Estados-membros a selecionarem medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável. No mesmo ano, o Brasil já definia sua primeira Lista de Medicamentos Essenciais (Rename), enquanto a OMS só em 1977 apresentaria sua primeira lista-modelo. (BRASIL, 2012a, 2015a) O estabelecimento dessa lista de medicamentos passa por um processo de avaliação crítica daquilo que deve e do que não deve estar à disposição da população, contribuindo, e muito, para a racionalização do uso dos medicamentos.

Em 1985, na Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos, realizada em Nairóbi, no Quênia, a OMS apresenta a definição adotada até hoje para uso racional de medicamentos. Diz o documento que, por uso racional de medicamentos, se entende que os pacientes recebam os fármacos indicados para sua situação clínica, em doses que satisfaçam suas necessidades individuais, durante o período adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade. Complementarmente, é dito que o uso racional exige que se contrapesem os benefícios com os riscos e os custos, e, ainda, que estas decisões são de responsabilidade conjunta dos gestores do sistema de saúde, dos órgãos regulamentadores, da indústria farmacêutica, dos profissionais de saúde, dos usuários e de toda a população. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986)

Apesar do afirmado pela OMS, nem sempre as pessoas que têm acesso aos medicamentos recebem o produto adequado e na dose que necessitam. Muitas pessoas podem se automedicar ou mesmo receber uma prescrição ou dispensação que contém medicamentos que não são apropriados para suas necessidades ou mesmo utilizar vários medicamentos, quando apenas um seria suficiente. Estas situações configuram o uso irracional de medicamentos que podem mascarar doenças mais graves, prolongar problemas de saúde existentes ou até mesmo provocar outros transtornos, aumentando, além do sofrimento do paciente, os custos para si e para o sistema de saúde. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002a)

Segundo a OMS, a promoção do uso racional de medicamentos exige o estabelecimento de uma política de assistência farmacêutica que adote estratégias como: o estabelecimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências que deverão ser norteadoras da seleção, da prescrição e da dispensação de medicamentos; o estabelecimento de Comitês de Farmácia e Terapêutica; a adoção de conceitos de medicamentos essenciais, uso racional de medicamentos, prescrição de medicamentos genéricos; a educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis; o fornecimento de informação independente e imparcial sobre medicamentos; a educação dos usuários de medicamentos e a adoção de regulamentação e gestão orientadas a promover o uso racional de medicamentos. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002b)

No campo da educação permanente dos profissionais, é importante ter atenção especial aos prescritores. *A prescrição irracional é uma doença difícil de tratar, entretanto, sua prevenção é possível.* Com esta afirmação em mente, o Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos da OMS elaborou um *Guia para a boa prescrição médica* para ser utilizado no ensino de farmacoterapia de estudantes de medicina. Segundo a OMS, as escolhas terapêuticas muitas vezes são realizadas de forma irracional, copiando o comportamento de professores ou colegas sem considerar alternativas ou mesmo desconhecendo as razões dessas escolhas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001)

### **No Brasil**

A escolha de um tratamento medicamentoso ou não e a prescrição do medicamento, se esta for a opção, considerando sua efetividade, segurança e posteriormente a dispensação e utilização pelo usuário de formas adequadas dependem de informações e da relação entre os profissionais e os usuários para o sucesso terapêutico. (BRASIL, 2012a)

Considerando que os profissionais de saúde precisam de informações em tempo hábil e que o conhecimento científico cresce rapidamente, é preciso encontrar mecanismos de obtenção das informações de evidência atualizada, de forma ágil e confiável. A publicação *Uso racional de medicamentos: temas selecionados* veio cumprir este papel, apresentando condutas terapêuticas baseadas em evidência, abrangendo manifestações clínicas frequentes e doenças prioritárias, contendo informações sobre indicação, seleção, prescrição, monitoramento de benefícios e riscos, bem como potenciais interações com medicamentos e alimentos, baseados em conhecimentos sólidos, independentes e atualizados. (BRASIL, 2012a)

Outra forma confiável de obter informações são os centros e serviços de informações sobre medicamentos, cujo objetivo é promover o uso racional dos medicamentos por meio de informação técnico-científica objetiva, atualizada, devidamente processada e avaliada. Para a manutenção destas atividades, é indispensável a permanente qualificação profissional, a atualização das fontes de informação e a articulação entre as instituições em todo o território nacional visando a otimização e o aprimoramento dos serviços prestados,

seja para os profissionais de saúde, seja para os usuários na perspectiva do uso racional de medicamentos. (HEINECK, 2007)

Devemos lembrar que, entre os profissionais de saúde que precisam estar preparados para atuar nesta perspectiva, para além dos prescritores e dos dispensadores, estão os agentes comunitários de saúde, trabalhadores que têm papel importante na organização das ações de saúde, na promoção do cuidado, na conscientização da população para o autocuidado e na defesa da vida. Estes profissionais que mantêm contato direto com a população podem cumprir importante papel na promoção do uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2006)

Para que prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos possam receber informações confiáveis sobre os recursos terapêuticos disponíveis, todo país precisa de legislação que regule as atividades promocionais e que responsabilize todos os atores do processo. (BRASIL, 2005a)

Em dissertação de mestrado sobre o acesso a medicamentos essenciais, Barcelos (2005) aponta que todas as estratégias de ação no campo dos medicamentos devem priorizar a promoção do uso racional de medicamentos, pois não é possível dissociar o acesso do uso racional, mas é preciso investir na formação dos prescritores, bem como numa efetiva regulamentação e fiscalização da propaganda de medicamentos.

Cumprindo seu papel de órgão normativo e fiscalizador, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desenvolveu, a partir do ano 2000, o projeto Monitoração da Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, através de convênios com instituições universitárias. Seu principal objetivo era a captação e primeira análise de peças publicitárias de medicamentos, em diversos meios de comunicação e em diferentes locais do país, para posterior ação da Anvisa, em caso de descumprimento da legislação vigente. Outra grande contribuição foi despertar nos professores e acadêmicos das instituições envolvidas a discussão sobre o uso inadequado dos medicamentos e os possíveis riscos sanitários decorrentes de propagandas enganosas. Foi reforçada nestas instituições a necessidade de formar profissionais de saúde, principalmente prescritores e dispensadores, com consciência crítica diante dos apelos publicitários e preparados para a busca de informação em fontes confiáveis, isentas e protegidas da contaminação comercial. (BRASIL, 2005b)

Considerando que o Brasil é um país de economia de mercado, a informação sobre os medicamentos, quando proveniente dos próprios fabricantes, apresenta esta contaminação e, portanto, não pode ser utilizada como fonte confiável. (LAPORTE; TOGNONI; ROZENFELD, 1989)

## **A contribuição da Fenafar**

A Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), entidade representativa da categoria farmacêutica em nível nacional fundada em 25 de outubro de 1974, construiu uma história de lutas, buscando o resgate do importante papel social do farmacêutico na atenção à saúde, como forma de contribuir para o acesso seguro e racional dos medicamentos. (FENAFAR, 2015a)

Na década de 1980, a Fenafar participou ativamente do movimento que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; do processo constituinte até a aprovação da nova Carta Magna em 1988 e da lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país em 1990. Graças ao intenso trabalho das entidades farmacêuticas, entre elas a Fenafar, a Lei Orgânica do SUS estabeleceu a assistência farmacêutica como integrante das ações de saúde e como direito da população brasileira. A partir de 1991, a entidade empreendeu uma luta que mobilizou a sociedade contra a Lei de Patentes e foi uma das entidades que coordenou o Fórum pela Liberdade do Uso do Conhecimento, luta esta que perdura até hoje para garantir a todos o acesso aos medicamentos. (FENAFAR, 2015b)

Em 1993, iniciou-se a luta contra o projeto de lei da senadora Marluce Pinto, que desobrigava a presença do farmacêutico nas drogarias, tirando deste profissional o papel fundamental de prestar assistência farmacêutica de qualidade. Durante a realização do 1º Congresso da Fenafar, ocorrido em 1994, os farmacêuticos foram surpreendidos com artigos da Medida Provisória do Plano Real, que liberava a venda de medicamentos em supermercados, armazéns, empórios, lojas de conveniência e *drugstore*. Motivados pela medida, eles aprovaram a realização de uma campanha de âmbito nacional de conscientização do uso correto de medicamentos. A Campanha Nacional pelo Uso Correto de Medicamentos teve três objetivos: 1. *a conscientização da população sobre o uso correto de medicamentos*; 2. *envolver os profissionais atingidos, principalmente farmacêuticos, na prestação da assistência farmacêutica*;

*3. Realizar uma grande interlocução com os órgãos governamentais, fortalecendo a fiscalização do comércio de medicamentos.*

A campanha foi lançada nacionalmente no dia 21 de março de 1995, e a Fenafar e a Procuradoria Federal para os Direitos do Cidadão realizaram o seminário Medicamento Instrumento de Saúde, no auditório do Espaço Cultural da Câmara dos Deputados em Brasília. O público foi composto por procuradores regionais; autoridades do Ministério Público Federal; parlamentares; farmacêuticos; médicos; estudantes; e outras categorias profissionais.

Nos estados, os lançamentos foram marcados com atividades como audiências públicas nas assembleias legislativas e câmaras municipais, além da distribuição de panfletos e cartazes em praças públicas. As atividades realizadas tiveram o acompanhamento dos órgãos de comunicação e chamaram a atenção de alguns órgãos governamentais nos estados e municípios e da população em geral. (FENAFAR, 2018)

Em 1996, fruto de uma parceria entre Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), foi realizado em Brasília o seminário Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos e Qualidade de Vida. Rumos e Perspectivas no Brasil. Com o objetivo de discutir a política de medicamentos que estava em construção no país e em preparação à décima Conferência Nacional de Saúde, o consenso entre os participantes do evento foi de que a assistência farmacêutica deve ser considerada o conjunto de ações que, inseridas no âmbito das políticas de saúde, objetivam garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e, portanto, implica enfrentar questões de planejamento, abastecimento, produção, controle de qualidade e uso racional de medicamentos como ações prioritárias e estratégicas. (BONFIM; MERCUCI, 1997; FENAFAR, 2018)

Em 1998, houve mais uma grande batalha, desta vez, contra a falsificação dos medicamentos, quando a Fenafar participou de Sessão Especial da Câmara dos Deputados, alertando e solicitando ações das autoridades responsáveis. Medicamentos falsificados são mais uma forma criminosa de expor

a população a produtos sem qualidade e/ou induzir seu uso indiscriminado através de ofertas de produtos a baixo custo.

Em comemoração aos 25 anos da entidade, em 1999, foi realizado o projeto Fenafar Presente em dez estados e dezenas de municípios. Participaram milhares de farmacêuticos e estudantes, através de reuniões, palestras, debates e entrevistas sobre os principais problemas que a categoria enfrentava no exercício da profissão, entre eles, as dificuldades para uma assistência farmacêutica integral que assegurasse o uso racional dos medicamentos.

A Fenafar também teve papel importante por ocasião da aprovação da chamada Lei dos Genéricos (Lei nº 9.787/99). A adoção de uma política de medicamentos genéricos, como parte da Política Nacional de Medicamentos, constitui estratégia essencial para a readequação do mercado, para a garantia dos direitos dos usuários ao acesso racional aos medicamentos, para a diminuição do preço final e para a identificação destes, evitando erros de prescrição e de dispensação, e para a racionalização da propaganda de medicamentos.

No mesmo ano, iniciaram-se os trabalhos de mais uma CPI dos Medicamentos, que destacou a necessidade de estímulo à produção nacional e ao registro de medicamentos genéricos, bem como da efetiva garantia da qualidade destes e dos demais medicamentos colocados à disposição dos usuários. Lá estava a Fenafar prestando sua contribuição em depoimentos na comissão.

Em seu terceiro congresso, realizado em 2000, a Fenafar apontou a situação do mercado farmacêutico no Brasil, mostrando que a estratégia de competição da indústria estava baseada na multiplicação artificial de produtos e na sua diferenciação através de agressivas campanhas publicitárias em torno dos nomes de marcas, privilegiando o uso abusivo e irracional de medicamentos. Neste contexto, o medicamento deixa de ser entendido como bem essencial às ações de saúde e passa a ser considerado uma mercadoria qualquer, cuja principal função é garantir o lucro, desconsiderando as necessidades da maioria da população.

A partir do ano de 2001, a Fenafar se empenhou no processo de convocação e organização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. A conferência ocorreu em setembro de 2003, com o tema “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica com controle social”. A conferência, que teve o protagonismo da Fenafar

desde a composição da comissão organizadora até a mobilização da categoria e dos demais atores do controle social, foi decisiva para o estabelecimento da concepção hoje existente da assistência farmacêutica como política pública e direito de cidadania. (FENAFAR, 2018)

A implementação da assistência farmacêutica, ao objetivar o acesso e o uso racional dos medicamentos, bem como nortear as políticas de medicamentos, de recursos humanos e de desenvolvimento científico e tecnológico para o setor, cumpre o papel político de contribuir para a definição de diretrizes ordenadoras, que envolvem os setores público e privado de atenção à saúde e que são estratégicas para a garantia do direito de cidadania.

Esse direito passa pelo acesso ao medicamento adequado para uma finalidade específica, em dosagem correta, por tempo adequado e cuja utilização racional resulte em resolutividade. Portanto, não se esgota no recebimento do medicamento, mas estende-se ao recebimento de informações adequadas e acesso a todas as ações inerentes à atenção à saúde.

Dez anos depois da campanha pelo uso correto de medicamentos, a Fenafar, juntamente à Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e à Anvisa, realizou seminários regionais e nacional sobre propaganda e uso racional de medicamentos. Os quatro seminários regionais foram: da região Nordeste (realizado em Salvador, em dezembro de 2005); das regiões Norte e Centro-Oeste (realizado em Belém, em março de 2006); da região Sul (realizado em Florianópolis, em abril de 2006) e da região Sudeste (realizado na cidade do Rio de Janeiro, em julho de 2006). O seminário nacional realizado em Brasília de 31 de agosto a 2 de setembro de 2006 concentrou a discussão e propôs os encaminhamentos finais.

Juntos, estes eventos contaram com a participação de mais de 700 profissionais, entre médicos, farmacêuticos, odontólogos, advogados, comunicadores e outros profissionais de saúde. Envolveram-se, além da Anvisa e das Ações de Vigilância Sanitária (Visas) estaduais e municipais, o Ministério da Saúde, a Fenam, a Fenafar, algumas universidades brasileiras, o Conselho Federal de Medicina, a Comissão Nacional de Residência Médica, a Associação Brasileira de Ensino Médico, a Opas e as Federações Nacional e Interestadual dos Odontólogos.

O objetivo geral do seminário nacional foi *consolidar as propostas apresentadas nos seminários regionais, visando à formulação de um plano de ação*

*nacional para a inserção do uso racional de medicamentos nas práticas dos profissionais prescritores e dispensadores.* Já os objetivos específicos foram: debater e apontar estratégias e possíveis parcerias com vistas à inclusão do tema propaganda de medicamentos na formação dos profissionais de saúde; sugerir propostas para a inserção do estudo do uso racional de medicamentos na formação acadêmica e profissional; apontar possíveis parcerias com entidades, visando ampliar a conscientização da relação entre propaganda de medicamentos e uso racional desses produtos; propor a elaboração de atividades voltadas para a educação continuada dos profissionais no tema uso racional de medicamentos; apresentar sugestões de parcerias e de ações de cooperação técnica para ampliar a monitoração e a fiscalização das atividades de pós-comercialização, relacionadas ao uso racional de medicamentos e à utilização segura desses produtos; sugerir estratégias de divulgação e disseminação, entre os profissionais de saúde, de fontes alternativas e confiáveis de informação sobre medicamentos.

Uma das propostas aprovadas ainda na etapa Norte e Centro-Oeste foi a criação de um comitê nacional seguindo a orientação da OMS que, entre as doze intervenções para promoção do uso racional de medicamentos, têm como a primeira delas a existência de um comitê nacional estabelecido de forma multidisciplinar para coordenar políticas de uso racional. (ANVISA, 2009) Nasceu assim o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, do qual a Fenafar faz parte desde sua criação e de cujas atividades vêm participando ativamente, principalmente dos Congressos Brasileiros sobre Uso Racional de Medicamentos e dos Prêmios Nacionais de Incentivo ao Uso Racional de Medicamentos.

Em mais uma atividade coletiva com importantes parceiros no transcurso dos dez anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Escola Nacional dos Farmacêuticos, a Federação Nacional dos Farmacêuticos e o Conselho Nacional de Saúde, em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/SCTIS/MS), realizaram ampla avaliação da PNAF no ano de 2014, visando identificar os avanços e desafios da assistência farmacêutica no Brasil.

Por meio de quinze oficinas de avaliação, realizadas em todo o país, mais de 2 mil participantes identificaram forças, fraquezas, ameaças e oportunidades nos temas: 1. acesso universal; 2. recursos humanos; 3. gestão da

assistência farmacêutica; 4. financiamento; e 5. ciência e tecnologia, tendo o uso racional de medicamentos como eixo transversal.

O processo de avaliação com a participação de diversos setores da sociedade em sua reflexão e discussão pode com certeza contribuir para a consolidação de uma política de assistência farmacêutica para o país. (LEITE; MANZINI; BAIERLI, 2017)

Avançar, ainda mais, na luta pela mudança de concepção dos estabelecimentos farmacêuticos, públicos e privados: de meros entregadores ou comercializantes de medicamentos, para unidades de saúde onde o farmacêutico tenha as condições asseguradas para garantir os direitos dos consumidores de medicamentos, respeitando-se o uso racional e buscando a melhoria das condições de saúde da população, que é a tarefa contínua da Fenafar.

## **O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos**

O Brasil conta desde 1998 com uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) que preconiza a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Em relação à promoção do uso racional de medicamentos, salienta a necessidade de um processo educativo dos usuários; da adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde; da adoção de medicamentos genéricos e de que a propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos quanto a que se destina à população leiga, deva se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente. (BRASIL, 1998)

Em 2004, um ano após a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabeleceu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), tendo a promoção do uso racional de medicamentos se constituído num dos seus eixos estratégicos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. (BRASIL, 2004) Apesar disso, o país ainda não atendia a primeira recomendação da OMS de 2002, que entre as doze intervenções para a promoção do uso racional de medicamentos preconizava a constituição, pelos

países-membros, de comitês nacionais estabelecidos de forma multidisciplinar para coordenar e implementar as políticas de uso racional. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002)

O comitê nacional para a promoção do Uso Racional dos Medicamentos (CNPURM) foi criado através da Portaria nº 1.956, de 23 de agosto de 2006, como resolução aprovada no Seminário sobre Propaganda e Uso Racional de Medicamentos – Regional Norte e Centro-Oeste, realizado de 30 de março a 1º de abril de 2006 em Belém pela Anvisa, Fenam e Fenafar. Uma das propostas aprovadas na etapa nacional do referido seminário de 31 de agosto a 2 de setembro de 2006, em Brasília, foi que as recomendações do Seminário Nacional sobre Propaganda e Uso Racional de Medicamentos fossem encaminhadas para o CNPURM. O resultado foi que grande parte das recomendações do Seminário se transformou nas ações definidas pelo Plano de Ação do Comitê. Posteriormente, houve redefinições da composição e das competências do CNPURM, tendo sido publicada as Portarias nº 1.555, de 27 de junho de 2007, e 834, de 14 de maio de 2013.

Em 2017, a legislação que regulamentava o CNPURM foi publicada como o anexo XXVIII, título I, capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que dispôs sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Este ato não alterou as competências do comitê que seguiram as mesmas da última norma:

- I** – identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II** – propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim;
- III** – identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IV** – contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;

- V** – propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- VI** – propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS;
- VII** – propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos;
- VIII** – promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IX** – propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos;
- X** – propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação;
- XI** – propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS;
- XII** – instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê;
- XIII** – elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos ‘Lenita Wannmacher’;
- XIV** – organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos;
- XV** – elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional;
- XVI** – atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço <http://portal.saude.gov.br>; e

**XVII** – elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (BRASIL, 2017)

Em 2019 dois decretos da Presidência da República extinguem e estabelecem regras para o funcionamento de colegiados da administração pública federal atingindo entre tantos outros importantes espaços de participação social, o CNPURM. Embora o Ministério da Saúde tenha feito a defesa da manutenção desta instância de formulação de políticas para a promoção do uso racional de medicamentos no país, ainda não houve a definição de como deverá ser a composição e as competências do “novo” comitê. Como era um colegiado interministerial, terá de ser recriado por decreto, e não mais por portaria de um só ministério. Muito provavelmente, ele terá limitação no número de membros, principalmente na representação da sociedade civil, bem como na redução ou até impedimento de reuniões presenciais. Assim, haverá grande prejuízo na atuação do comitê, pois, embora as alegações para todas essas mudanças sejam de promover economia com a redução de custos de passagens e diárias, o que parece realmente nortear esta decisão é o de reduzir, se não eliminar, a participação social nas instâncias de formulação das políticas públicas, neste caso da saúde e do uso racional de medicamentos em nosso país. (BRASIL, 2019a, 2019b)

Demonstrando a importância de uma instância em nível federal que promova a discussão, a troca de experiências, que incentive a pesquisa e a formação dos profissionais, que acompanhe as propostas de alteração na regulação da área e que busque ampliar os canais de comunicação com a sociedade, apresentamos a seguir algumas das principais realizações do comitê: o Congresso Brasileiro sobre Uso Racional de Medicamentos, assumido pelo comitê a partir de sua segunda edição em 2007, o Prêmio de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos criado pelo Comitê em 2009 e publicações realizadas em 2015 e 2018.

## **Os congressos**

A realização do I Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos em Porto Alegre-RS, no ano de 2005, organizado pelas professoras Maria Beatriz Cardoso Ferreira e Lenita Wannmacher, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, deu início a uma nova estratégia para a promoção

do uso racional de medicamentos no Brasil. A importância desta estratégia foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, Anvisa e Opas/OMS no Brasil, promovendo, em 2007, a realização do II Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, em Florianópolis-SC, como um evento institucional, organizado pelo CNPURM. O II Congresso teve como tema “Incorporando o uso racional de medicamentos na agenda da saúde do Brasil” e avaliou que, diante da inovação e proliferação das novas tecnologias disponíveis no mercado, do elevado custo da incorporação dos medicamentos e tecnologias no sistema de saúde e, ainda, devido às estratégias de promoção da indústria e seu impacto na prescrição e na dispensação de medicamentos, há a necessidade de que o acesso a estes bens seja embasado no princípio da racionalidade. Também nesse contexto, foi constatado que, para enfrentar este desafio, há a necessidade de uma grande mobilização de todos os atores favoráveis ao uso racional de medicamentos, num processo coletivo de construção de políticas públicas que assegurem a todos o direito à saúde. (CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2007)

Seguindo esta lógica e, conforme recomendação da *Carta de Florianópolis*, o III Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos foi realizado em 2009, em Fortaleza-CE. A partir do tema “Incorporando o uso racional de medicamentos às práticas profissionais em saúde”, o III Congresso abordou: a busca da integração de ações em prol do uso racional de medicamentos na América Latina, estratégias políticas e educativas sobre o uso racional de medicamentos no Brasil e suas repercussões na prática profissional em saúde, desafios ao acesso racional de medicamentos, estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos em pediatria, a ética como fundamento para o uso racional de medicamentos e os aspectos éticos no uso de medicamentos, a interface entre saúde e direito, instrumentalização do uso racional de medicamentos em ambiente hospitalar, contribuições para a segurança do paciente e o trabalho em rede e experiências inovadoras para o uso racional de medicamentos. (CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2009)

Dando continuidade a estas exitosas experiências, foi realizado em Salvador-BA, em 2012, o IV Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos com o tema “Incorporando o uso racional de medicamentos no contexto da atenção em saúde”, que abordou a importância das ações

integradas multiprofissionais para promoção do uso racional de medicamentos tanto no âmbito hospitalar como na atenção primária visando a segurança do paciente, estratégias educativas em larga escala para o ensino em Uso Racional de Medicamentos (URM), diferentes modalidades de informação e a importância de que elas sejam independentes como ferramentas seguras para a promoção do uso racional de medicamentos, iniciativas governamentais com impacto no URM e a importância da pesquisa e da inovação tecnológica como estratégia para ampliar o acesso a medicamentos no Brasil. (CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2012)

O V Congresso Brasileiro sobre o URM ocorreu na cidade de São Paulo-SP, em 2014, com o tema “O uso racional de medicamentos e a segurança do paciente” e abordou o processo de formação na graduação e na pós-graduação com visão multiprofissional, os avanços das estratégias de promoção do URM no Brasil e nas Américas, a contribuição das listas de medicamentos, dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, assim como da farmacovigilância e do gerenciamento de riscos, visando o URM e a segurança do paciente. A importância da integração multiprofissional para a segurança do paciente em uso de medicamentos, o consenso que coloca o paciente em primeiro lugar e a personalização do tratamento para a promoção do uso racional. Os temas sobre o uso racional de medicamentos e sua relação com a segurança do paciente na atenção primária e no âmbito hospitalar, assim como entre as populações de risco (crianças e idosos) e a conciliação de medicamentos. A grande inovação deste congresso foi a abordagem do tema para os agentes comunitários de saúde e para os conselheiros de saúde. (CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2014)

Em 2017, foi realizado o VI Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, na cidade de Foz do Iguaçu-PR. Pela primeira vez, o congresso ocorreu em paralelo com outro evento, o I Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas, promovido pelo Conselho Federal de Farmácia. Como ponto positivo do congresso, destacou-se a dedicação das comissões científica e organizadora, a qualidade dos palestrantes, do seletor público participante, da comissão de relatoria que contribuiu na construção da *Carta de Foz do Iguaçu* e dos trabalhos inscritos na área, que sem dúvida abrilhantaram

o evento. A realização conjunta com o Congresso de Ciências Farmacêuticas, que está voltado para uma única profissão, não contribuiu para a participação de outros profissionais de saúde para que a discussão sobre o uso racional de medicamentos conseguisse vencer a barreira para além dos farmacêuticos. Realmente, o fato de o congresso não ter ocorrido de forma autônoma, como nas cinco primeiras edições, trouxe grandes perdas no processo gradual que vinha ocorrendo de maior integração entre os profissionais de saúde, os usuários, bem como gestores e prestadores dos serviços de saúde. (ESCOLA NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS, 2017)

O VII Congresso ocorreu em 2019, em Brasília, teve como tema “Desafios e perspectivas para o uso racional de medicamentos na prática interprofissional” e voltou a ser realizado de forma autônoma, retomando o esforço anterior de atrair mais os prescritores, bem como os demais atores do processo, além dos usuários. O evento contou com a apresentação de trabalhos, desta vez, em quatro áreas temáticas: 1. educação e prática interprofissional colaborativa para o uso racional de medicamentos; 2. uso racional de antimicrobianos; 3. desprescrição e descontinuação de medicamentos na Atenção Primária à Saúde; e 4. desmedicalização. Além disso, foram introduzidas várias novidades em sua programação, como a Mostra de Saúde, Cultura e Arte; o Espaço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Relatoria Gráfica/Relatórios Visuais. Estas atividades tiveram a aprovação do público presente, demonstrando a correção da iniciativa como forma de diversificar a divulgação do uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2020)

Como nos congressos anteriores, o evento foi finalizado com a aprovação, desta feita, da *Carta de Brasília*, com as principais recomendações para a promoção do uso racional de medicamentos. (CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 2019)

## Os prêmios

Considerando as competências e o plano de ação estruturado nas áreas de educação, informação, pesquisa e regulação, em 2009, o comitê decidiu pela criação de um concurso que incentivasse não apenas a pesquisa científica realizada na academia, mas que também contemplasse trabalhos realizados nos serviços de saúde e em entidades. O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNIPURM) foi instituído

pela Portaria GM nº 1.533, de 8 de julho de 2009, cujo objetivo é premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos no SUS e de pesquisadores e profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos com aplicabilidade no SUS e serviços de saúde. Para atender a este objetivo, foram estabelecidas seis categorias: 1. experiências de profissionais nos serviços de saúde; 2. tese de doutorado; 3. dissertação de mestrado; 4. monografia de especialização e/ou residência; 5. trabalhos em nível de graduação; e 6. trabalhos desenvolvidos em entidades/instituições. (BRASIL, 2011)

Na segunda edição do prêmio, em 2010, atendendo à sugestão para ampliar o alcance da ação, ocorreu a inclusão, na última categoria da premiação, de trabalhos realizados por profissionais nos meios de comunicação e no âmbito da cultura com impacto na promoção do uso racional de medicamentos, além daqueles em entidades/instituições. Assim como na primeira edição, os trabalhos versaram sobre temas variados, tendo como foco o uso racional de medicamentos: diversas doenças, agudas ou crônicas, diferentes segmentos da população, pacientes ambulatoriais ou hospitalares, assistência farmacêutica, atuação de farmacêuticos, atuação de prescritores, segurança do paciente, acesso a medicamentos, ações judiciais, educação em saúde e monitorização de propaganda. (BRASIL, 2012b)

Em sua terceira edição, em 2011, o prêmio demonstrou o acerto da iniciativa, estimulando a elaboração de trabalhos sobre o uso racional de medicamentos não só pela qualidade dos produtos apresentados, mas também pelo interesse de profissionais e pesquisadores de outras áreas da saúde que têm interface direta ou indireta com o tema. Nesse ano, os trabalhos versaram sobre: o impacto da atenção farmacêutica, da capacitação e divulgação como instrumentos para a promoção do URM; estudos epidemiológicos, de abordagem farmacocinética e farmacodinâmica, e monitoramento do uso de medicamentos; a avaliação da qualidade e busca pelo aprimoramento de serviços e programas de saúde no contexto do URM; a utilização de medicamentos por idosos e crianças; desenvolvimento de ferramentas para a instrumentação da revisão da prescrição; e avaliação da indicação de prescrição em procedimentos odontológicos. Desta forma, o prêmio foi, ano a ano, se firmando como importante iniciativa para a promoção do URM, contribuindo

para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação das ações de saúde no país. (BRASIL, 2012c)

Em 2013, em sua quarta e última edição realizada até o momento, a premiação passou a se chamar Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos Lenita Wannmacher, em homenagem à professora, médica, professora de farmacologia clínica, autora de diversos livros, consultora da Opas/OMS Brasil de 2000 a 2008 e membro do Comitê de Especialistas em Seleção e Uso de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde em 2001-2005 e em 2005-2009. A professora Lenita é uma referência na propagação do uso racional de medicamentos e foi a idealizadora do I Congresso Brasileiro sobre Uso Racional de Medicamentos realizado em 2005. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE BRASIL, 2013)

## **Publicações**

Em 2015, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos elaborou uma cartilha voltado para o público leigo. Utilizando linguagem simples, ela aborda os cuidados ao adquirir, utilizar, guardar e descartar os medicamentos, e, ainda, como conversar com os profissionais da saúde sobre esses assuntos. Visto que a intenção da cartilha é abordar a racionalidade do uso do medicamento, ela inicia fazendo uma pergunta instigante:  *você sabia que nem todas as doenças exigem o uso de medicamentos? Lembrando que alguns problemas podem desaparecer mesmo sem nenhum tratamento. Antes mesmo de falar de doenças e medicamentos, chama a atenção que é melhor prevenir do que remediar e que, portanto, para se ter boa saúde, é indispensável termos condutas saudáveis, como alimentação sem excesso de sal, açúcar e gorduras, beber água e evitar bebidas alcoólicas, não fumar, praticar exercícios físicos e ter uma boa noite de sono. (BRASIL, 2015b)*

Mais recentemente, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, cumprindo seu papel de difundir informações e fazer recomendações que objetivem conter os abusos relacionados ao uso de medicamentos, elaborou relatório abordando temas de importância estratégica: a medicalização da vida, uso de medicamentos em populações vulnerabilizadas e uso racional de antimicrobianos. A intenção é que o trabalho possa se

tornar um aliado na defesa e na luta pela melhoria contínua das condições de saúde e de vida da população brasileira. (BRASIL, 2018)

## **Considerações finais**

Estas são algumas das muitas intervenções realizadas pelas instituições e pelos movimentos sociais em nosso país no processo de resistência que se faz necessário frente à brutal opressão que sofremos por parte daqueles que, visando unicamente o lucro, induzem ao uso indiscriminado e abusivo de medicamentos pela população, expondo-a a riscos desnecessários.

Sabemos que este não é um problema atual. Unírio Machado, que foi relator da CPI 1961/62 sobre a indústria farmacêutica no Brasil, dizia que a livre circulação e consumo de produtos condenados em outros países constitui crime e atentado contra a saúde e a soberania nacional. O mesmo autor, avaliando os relatórios das CPI de 1976 e de 1980, chamava a atenção para as seguintes conclusões que nos mostram quantos problemas ainda permanecem insolúveis:

Benefícios e riscos devem ser claramente estabelecidos; que o Ministério da Saúde promova campanha de esclarecimento popular, contra o consumo abusivo e sem receita do medicamento (CPI 1976). Por trás dessa indiscriminada, danosa e avassaladora propaganda de medicamentos, motivos claramente hipócritas forcem o consumo de substâncias de que o povo não necessita, e até, em certos casos, deveria evitar (CPI 1980). (MACHADO, 1982, p. 98)

Nota-se, mesmo passados muitos anos e realizadas muitas CPI para tratar do assunto e mesmo depois de muitos avanços conquistados pela atuação das entidades e dos movimentos sociais, um longo caminho ainda precisa ser percorrido. De fato, a efetividade das estratégias para a promoção do uso racional dos medicamentos depende principalmente da vontade política dos responsáveis pelas políticas públicas e da dedicação de indivíduos convencidos de que o medicamento é um bem social. (FEFER, 1999)

Ainda há muito a se fazer no processo de resistência e enfrentamento desse problema. Este papel é, sem dúvida, dos movimentos sociais organizados no país com a participação de atores representantes das diversas profissões

não só da área da saúde, bem como dos gestores, prestadores de serviços de saúde e também dos usuários, desde que comprometidos com a causa do uso racional dos medicamentos e com a saúde da população.

## Referências

- ANVISA. *Relatório dos seminários regionais e nacional sobre propagação e uso racional de medicamentos (2005-2006)*. Brasília, DF: Anvisa, 2009.
- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.
- BARCELOS, Ricardo Antônio. *O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- BARROS, José Augusto Cabral de. *Propagação de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1995.
- BARROS, José Augusto Cabral de. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília, DF: Unesco, 2004.
- BARROS, José Augusto Cabral de. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, Sandra et al. (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 89-95.
- BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. *Indústria farmacêutica, Estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1995.
- BONFIM, José Rubens de Alcântara; MERCUCI, Vera Lucia (org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1997. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Institui a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 30 out. 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 7 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. *Estudo comparado: regulação de propaganda de medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. *Manual de monitoramento de propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto dos medicamentos*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Prêmio nacional de incentivo à promoção do uso racional de medicamentos – 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Prêmio nacional de incentivo à promoção do uso racional de medicamentos – 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename 2014*. 9. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

*Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.812, de 30 de maio de 2019. Altera o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Anais VII congresso brasileiro sobre o uso racional de medicamentos: desafios e perspectivas para o uso racional de medicamentos na prática interprofissional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Carta de Florianópolis*. Florianópolis, 2007.

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Carta de Fortaleza*. Fortaleza, 2009.

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Carta de Salvador*. Salvador, 2012.

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Carta de São Paulo*. São Paulo, 2014.

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS. *Carta de Brasília*. Brasília, DF, 2019.

ESCOLA NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. Escola participa do congresso URM. *Escola Nacional dos Farmacêuticos*, São Paulo, 24 nov. 2017.

FENAFAR. História da federação nacional dos farmacêuticos. *Fenafar*, São Paulo, 2015a.

FENAFAR. A bandeira dos farmacêuticos é a saúde do povo brasileiro. *Fenafar*, São Paulo, 2015b.

FENAFAR: 4 décadas em defesa do farmacêutico, da saúde e do Brasil. *Fenafar*, São Paulo, 23 jan. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3DaFTq8>. Acesso em: 5 maio 2019.

FEFER, Enrique. Uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BONFIM, José Rubens de Alcântara (org.). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1999. p. 35-43.

HEINECK, Isabela. Informação sobre medicamentos: estratégia para o uso racional de medicamentos. In: FISCHER, Maria Isabel *et al.* (org.). *CIM-RS: o desafio de qualificar a informação*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2007. p. 39-42.

LAPORTE, Joan-Ramon; TOGNONI, Gianni; ROZENFELD, Suely. *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

LEITE, Hilusca Alves. *A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da psicologia histórico-cultural*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LEITE, Silvana Nair; MANZINI, Fernanda; BAIERLI, Emília. *Avaliação participativa da política nacional de assistência farmacêutica*. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017.

MACHADO, Unírio. *20 anos da indústria da doença*. Porto Alegre: Civilização Brasileira, 1982.

MARTINEZ-HERNÁEZ, Ángel. A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, Sandra *et al.* (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 111-134.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia do instrutor em práticas de boa prescrição médica*. Genebra, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos*, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Ginebra, 2002a.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. 2. ed. Ginebra, 2002b. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5410s/s5410s.pdf>. Acesso em: 5 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. *Prêmio uso racional de medicamentos Lenita Wannmacher*. Brasília, DF, 2013.

PETROVICK, Pedro Ros. O que são medicamentos. In: SCHENKEL, Eloir Paulo *et al.* (org.). *Cuidados com os medicamentos*. 4. ed. Porto Alegre: EdUFRGS; Florianópolis: EdUFSC, 2004. p. 11-21.

SANTOS, Rosana Isabel dos; FARIAS, Marení Rocha. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, Sandra *et al.* (org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 278-289.

SOBRAVIME. *O que é o uso racional de medicamentos*. São Paulo: Sobravime, 2001.



# O papel dos movimentos sociais na desmedicalização da vida: uma breve fala

---

*Rui Massato Harayama*

Tudo  
será difícil de dizer:  
a palavra real  
nunca é suave.

Tudo será duro:  
luz impiedosa  
excessiva vivência  
consciência demais do ser.

Tudo será  
capaz de ferir. Será  
agressivamente real.  
Tão real que nos despedaça.

Não há piedade nos signos  
e nem no amor: o ser  
é excessivamente lúcido  
e a palavra é densa e nos fere.  
(Toda palavra é crueldade.)

(FONTELA, 2006, p. 276)

Esta reflexão<sup>1</sup> é aberta com o poema “Fala”, de Orides Fontela, e não por acaso: ela foi elaborada como um pequeno ensaio sobre o que faz com que diferentes movimentos sociais, que parecem estar de alguma forma desconexos, se unam em lugares e territórios. Não há lugar e fala inocentes no mundo, e é costurando pedaços do que eu tenho vivido nesses cinco anos de fórum que quero abrir a minha reflexão: o que afinal é um movimento social?

Não me coloco na posição de quem fala como representante de um movimento social, mas de alguém que fala com esse movimento. Quero imaginar que sou como um caco de vidro que, junto com os outros, compõe um caleidoscópio que, a cada girada, movimentada várias cores, revela desenhos e produz sons. Assim como qualquer reunião de cacos de vidro, esse grupo produz ruídos e cortes.

Falar sobre um movimento social que, no ano do seu aniversário de cinco anos de criação, realiza um seminário cujo subtítulo é “desver o mundo, perturbar os sentidos” é uma convocação não somente para a arte, mas sobretudo para a palavra. É uma brincadeira com a fala, de criar regras, lógicas e significados para as palavras, como que testando o limite das linguagens disponíveis. (STRATHERN, 2004)

Nesse ponto, é importante lembrar que o prefixo *des*, de “desver”, tem o mesmo sentido de negação do *dis*, que acompanha tantos diagnósticos que discutimos em nosso movimento: dislexia, disgrafia, discalculia. Esses diagnósticos vivem sempre sob uma ótica da ausência, da falta, da carência. Pautar essa reflexão a partir do chamado do seminário – que nos diz que é necessário desver, deixar de ver – é um chamado principalmente para o estranhamento do nosso olhar, que vem naturalizado, um olhar cristalizado, no olhar que é sobretudo um reflexo do tempo. (BOAS, 1986) Nessa retomada histórica, podemos ressaltar as reflexões de Maria Lúcia Silva (2015), para repensarmos nos olhares naturalizados a respeito do corpo e do ser negro no Brasil.

A forma como olhamos e falamos sobre os outros nos alerta para essa importante ação. Toda palavra é dura, ela nunca é inocente, porque ela corta,

---

1 Esse texto reflete a fala apresentada no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos” na mesa “Medicalização e Movimentos Sociais: onde há opressão, há resistência”. A economia textual mantém, em grande parte, a estratégia de comunicação oral para a qual o texto foi produzido.

ela separa, ela classifica. O dizer corta, principalmente, o indizível, e produz silenciamentos. A palavra nunca vai conseguir dizer além daquilo que pode ser falado, do que foi convencionado dizer e imaginar, ela nunca vai conseguir dizer o que é sentido e vivido em sua totalidade, mas tentamos. Por isso descrevemos, por isso poetizamos, e por isso é importante lembrar que toda vez que falamos sobre medicalização estamos reafirmando como a palavra “dislexia” corta vivências, outras falas e outros sonhos; como lembra Gabriel Tarde (2007), aborta outros futuros possíveis. Como o caso de uma professora que vai falar de seu aluno João, que não consegue fazer o ditado porque não consegue entender o som da letra f.

Após idas e vindas entre pedagogos, fonoaudiólogos, médicos e psicólogos, o que acontece é que a palavra “dislexia” vai cortar toda a vida do João em uma única categoria: João é dislético.

Toda palavra é crueldade, nos lembra Orides Fontela, e os diagnósticos e as patologias são cruéis. Nós estamos nessa micropolítica de nomes e termos, e esse *nós* eu enuncio, porque foi aí que o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, esse amontoado cacofônico, surgiu em 2010.

Havia o Projeto de Lei nº 86/2006 tramitando na Câmara Municipal de São Paulo, que dizia: “dispõe sobre o programa de apoio ao aluno portador de distúrbios específicos de aprendizagem diagnosticado como dislexia”. No texto do projeto, encontrávamos muitos elementos importantes para nossas discussões: garantirá, especialistas, parcerias, exames, acompanhamento dos alunos, cursos de capacitação de profissionais; Elementos, entre outros termos, que aparecem em todo planejamento de mobilização dos movimentos sociais.

Quem seria contrário a uma política pública que garante direitos, recursos e profissionais nos dias de hoje? Pesquisadores, ativistas e diversas entidades foram contra e criaram o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade,<sup>2</sup> no dia 13 de novembro de 2010, no último dia do 1º Seminário Internacional “A Educação Medicalizada”.

O Fórum então já surge com uma questão da palavra, porque é resultado de uma disputa afetiva e semântica em torno do termo “medicalização”. Tanto disputamos esse termo que o politizamos e trouxemos para um movimento

---

2 Para conhecer a história do fórum, sugiro o acesso ao site: [www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br).

social um tema que era acadêmico e polifônico. (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014)

É preciso levar para a ponta dos serviços e para o chão da escola críticas sobre esse processo social e histórico da vida individual, que cria e transforma pessoas e seres com comportamentos e atitudes diferentes em doentes, e que, no seu desenvolvimento no século XXI, criou até cachorros hiperativos. Hoje há toda sorte de medicalização em áreas antes inimagináveis, então, é preciso levar o debate, que antes parecia efêmero e filosófico, exclusivo da academia, para esses espaços. A saúde, a vida e a educação são coisas muito importantes para ficar somente na mão dos especialistas.

O resultado de cinco anos de existência é que politizamos o debate, e é por isso que somos um movimento social, e não um grupo de pesquisa, apesar de fazermos pesquisas.

A palavra é dura, por isso é preciso ir além do discurso do vencedor quando fazemos a biografia do histórico de luta. O neoliberalismo, essa forma econômica vigente, conquista nossa mente por duas vias. De um lado, ela insere todo nosso modo de ver dentro de um grande negócio onde tudo é meta, onde tudo são objetivos: “os objetivos do seminário são” – enviamos esse texto para as agências de fomento. Mas de outro lado, e essa é a face mais nefasta dessa lógica medicalizante na visão neoliberal, é que ela vai criar um casulo cristalizado. É um certo formato de ser, que eu vou chamar o “indivíduo” – que pode ser nominado como sujeito, subjetividade –, que cria a concepção do *eu*, como apontam as obras de Strathern (1999, 2000) e Han (2015).

“Eu tenho dislexia”, “eu tenho TDAH” ou, ainda, “no meu serviço eu faço diferente”, “no meu serviço eu não medicalizo”, “eu publico sobre o tema da medicalização”. A fala dura que eu quero experimentar é essa. É muito fácil quando o movimento social abraça esse formato de indivíduo: Somos assim! Nossa causa é!

Minhas reflexões sobre movimento social são sempre inspiradas pelo pequeno texto de Foucault, “Introdução a uma vida não fascista”, que ele escreve para abrir o *Anti-Édipo*, de Deleuze e Guattari (1977):

Não exija da ação política que ela restabeleça os ‘direitos’ do indivíduo, tal como a filosofia os definiu. O indivíduo é o produto do poder. O que é preciso é ‘desindividualizar’ pela multiplicação, o deslocamento e os diversos agenciamentos. O grupo não deve ser o

laço orgânico que une os indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de ‘desindividualização’. (FOUCAULT, 1977, p. 4)

Enquanto grupo, não somos uma somatória de indivíduos, porque partimos do pressuposto de individualidades que criam um orgânico coeso, da imagem romântica de grupos que vivem sob uma mesma superestrutura ideológica, já tão criticada pela antropologia. (MALINOWSKI, 2008) Acreditar na ideia de individualização dos movimentos gera especialistas, gera ranqueamentos e gera o perigo que Foucault sempre nos alertou: não se apaixone pelo poder.<sup>3</sup>

É por isso que, em nosso último seminário, fizemos uma escolha crucial. Há um espaço perigoso dentro dos movimentos sociais, que é da paixão pelo poder, e por isso que decidimos pela necessidade de inventar e criar formas de organização. Se, como movimento, pautamos a luta por uma vida não medicalizada, desmedicalizada, ela deve passar pela nossa forma de composição e organização. As escolhas e decisões não são fáceis e, como a palavra, elas nos ferem, porque optar pela não paixão pelo poder também torna nossa palavra mais dura e nos faz cortar na nossa própria tessitura de organização.

O que fazemos quando rasgamos alguma coisa? A partir da tessitura rasgada, vamos precisar *retecêr* a trama entre nós, a tessitura de um movimento que, para se recompor, faz um artesanato, uma *bricolage*, coloca para se reinventar os elementos que são possíveis, as alianças possíveis.

“Se eu não posso brincar, não é a minha luta”. Essa foi a nossa bandeira por um tempo, mas anunciamos esse lema porque é necessário manter espaços lúdicos dentro de um cenário de aviltamentos e perdas sociais, entretanto, esses espaços não devem ser pensados tal qual são apresentados em *shopping centers*, em que o espaço de brincar é uma possibilidade de acesso pago em que deixamos as crianças enquanto podemos consumir “livremente”. Reivindicamos a brincadeira porque ela nos permeia, porque é uma luta política. A brincadeira é sobretudo prática social, é compartilhamento de projetos, de visões de mundo e de regras que as crianças elas questionam, decidem e reinventam no mundo onde os jogos vão acontecer. O mundo se reinventa e gira.

---

3 Aqui cabe observar que sou consciente da crítica à categoria de poder em Foucault e em seu caráter ambíguo, ora positivo, ora negativo. Para uma análise do conceito de poder na filosofia contemporânea, consultar Han (2019).

É por isso que nosso tempo parece complexo, porque os artifícios de dominação são muito mais refinados atualmente. O processo de medicalização nos impute um certo modo de ver. Se na época da escravidão as pessoas eram confinadas sob o domínio da violência física e subjetiva, hoje, ao contrário, temos um certo modo de operar o sofrimento e a vida. Assim, falar da importância do brincar corre esse risco, porque o brincar também pode facilmente ser cooptado e virar um negócio. A ludicidade da vida pode virar um negócio dentro de uma lógica neoliberal, como ocorre nos comerciais que nos convidam a brincar nas férias e consumir. As estruturas hierárquicas são perigosas porque elas vão criando em nós a paixão pelo poder.

Não podemos ser inocentes, porque as estruturas horizontais, como ficaram em voga a partir das manifestações de 2013 no Brasil, quando se tornam um fim em si mesmas, quando elas não são pensadas como práticas de ação política, são também perigosas. Elas vão inventar uma nova forma de micro-poder, novas micro-hierarquias.

É preciso desindividualizar os indivíduos. É preciso lembrar que os artifícios e regras que queremos brincar nessa nossa política, que se afirma como luta do fórum, é positiva e cria táticas, inclusive formas de rir junto com elas. Não é uma forma de sofrer com o mundo, como parece desejar o modelo neoliberal que associa consumo a felicidade, o mundo do ter coisas e ser feliz. O fetichismo<sup>4</sup> da mercadoria, esse processo de corte, ruptura do mundo dos homens da sociedade com o mundo das coisas das mercadorias, cria raízes na nossa mente e produz o modelo de felicidade. Inclusive para os movimentos sociais: temos muitos membros, temos projetos, temos muitos seguidores, temos uma agenda contra tudo.

Por isso é importante afirmar:  
não temos medo dos fármacos;  
não temos medo dos psicofármacos;  
nós adoramos os remédios;  
nós adoramos as drogas.

É preciso entender o que significa um país como o Brasil, onde os jovens negros são assassinados nas periferias; (ATLAS..., 2017); que faz uma

---

4 O conceito de fetiche utilizado aqui inspira-se nas provocações de Latour (2002).

intensa inclusão pelo consumo (MEIRELLES; ATHAYDE, 2014); que fabrica 3,2 toneladas de clonazepam, princípio ativo do Rivotril, durante um ano; um país que vendeu quase 5 milhões de caixas de Ritalina em 2013. (FÓRUM, 2015) No momento em que deixamos de questionar o uso dos psicofármacos, quando os tratamos como objeto de fetiche de uma lógica científica, deixamos de ver e falar sobre a sociedade que produz e vai reproduzir o uso desses fármacos.

Obliteramos diversos elementos, nesse processo de desver, renegociamos o que é preciso colocar em tela: quem vamos incluir nesse olhar? Em outras palavras, quando dissemos que o psicofármaco é um simples remédio, apagamos da nossa fala o fato de que existiu na história uma partilha moral que dividiu as drogas lícitas das ilícitas, as prescritas das de consumo recreativo, esquecemos que é a indústria farmacêutica que define como devemos consumir as substâncias como medicamento, e não como droga ilícita.

Ofuscamos, sobretudo, o fato de que cada tempo na história e cada sociedade escreve em nossos corpos esse modo de sofrer, seja na cor da pele, seja no falo, na vulva, nos comportamentos. É a partir desses detalhes que nos são incutidos o modo como devemos nos portar diante da sociedade como um todo.

Quando aceitamos esse modo de ser como um dado, principalmente dentro dessa lógica prescritiva jurídico-médica e médico-científica, do cumpra-se, do faça-se, dessas prescrições de vida que parecem como algo dado e natural, nós estamos dentro da lógica medicalizante e, sobretudo, dentro da lógica neoliberal: a lógica das indústrias dos testes, da Provinha Brasil, que torna as pessoas coisas-em-si, os operadores e criadores de indicadores de controle de qualidade, preenchedores de formulários e atestadores de DSM.

Vamos a um pequeno exemplo: existe um instrumento chamado “relatório de segurança sanitária”; esse relatório de segurança de um medicamento, que vai ser vendido nos Estados Unidos, foi produzido a partir de testes em corpos de pessoas pobres no interior da Índia; ele tem eficácia. O indiano escolheu participar do teste clínico, ele assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ele doou parte da sua biologia para assegurar que o medicamento que vai ser vendido não irá afetar os outros corpos biológicos que não serão pagos para fazer uso do medicamento, mas que pagarão para utilizar o produto agora seguro. (PETRYNA, 2011) A segurança depende de

um único grupo de corpos na Índia. Do ponto de vista neoliberal, dos desejos e escolhas individuais, isso não seria um problema. Não se questiona nesse cenário a indústria de produção de princípios ativos, medicamentos e diagnósticos que ocorrem em escala global financiada pela indústria farmacêutica. Não se questiona por que, em vez de terem acesso a serviços públicos de qualidade, pessoas no interior da Índia participam de pesquisas clínicas para ter acesso à assistência à saúde. É por isso que o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é a politização do tema *medicalização*. Porque entendemos que parte do processo da medicalização está associado ao sucateamento da coisa pública, do sucateamento dos serviços públicos, da precarização dos profissionais da ponta dos serviços que, terceirizados, vêm tendo seus contratos sendo descontinuados toda vez que o gestor decide criar formas de fazer a coisa pública.

Então, é preciso refletir a quem interessa manter uma sociedade controlada sobre a lógica de certo direito. Eu tenho direito de ser diagnosticado, diz a nova leva de pessoas diagnosticadas com TDAH adulto. Que força é essa que afirma direitos ao mesmo tempo em que estigmatiza e patologiza a diversidade de vida? Que lógica é essa que obriga que as pessoas que querem passar pelo processo transexualizador tenham que performar gênero a todo momento? Querem nos produzir, fixando em nós uma identidade política fixa, um rótulo. Nesse tempo espiralado, nessa volta de novas formas de dominação, nesse processo de internalização e externalização das formas prescritivas de ser feliz e ser doente, que impactam diretamente nas formas de existir dos diferentes movimentos sociais, é importante relembrar que somos defensores da *res publica*, da coisa do povo. Do meu ponto de vista, e de tudo que acredito, somente a estratégia que inclui o povo e o público vale a pena.

A professora é afastada da sala de aula com um problema de voz, ela é disfônica, ela não consegue falar, mas o que essa dificuldade fala sobre essa professora é seu local dentro do sistema de educação. A ausência de fala dessa professora não está relacionada somente ao nódulo na corda vocal, a disфонia fala principalmente de uma impotência que ela tem diante da coisa pública, porque no país de hoje, sobretudo dentro do projeto de Pátria Educadora, não existe possibilidade para uma discussão de um projeto pedagógico, porque ele vem sempre pronto, que passa por arenas de discussão entre especialistas, principalmente aqueles que estão alinhados a visões economicistas do

aprendizado. Esse grupo faz aliados, produz ciência e ocupa a política, corrompe a coisa pública.

O corpo não revelado da mulher negra, que se esconde sobre véus e panos com medo de se tornar objeto de desejo, como diz Maria Lúcia Silva (2015), é um importante elemento para refletirmos. É importante falar sobre esse corpo, porque o não dito e não exposto não entra na palavra, não fere, não corta. Não há discussão sobre as políticas públicas que vêm muitas vezes encomendadas por interesses escusos; não há discussão da construção dos manuais de diagnósticos que são escritos por especialistas; não há quiçá a discussão da aceitação desses manuais por países que não são os Estados Unidos.

Onde está a fala da criança estigmatizada? Onde está a fala da mulher negra? Onde está a fala da professora?

É por isso que precisamos, a todo momento, tensionar e discutir, junto à *res pública*: quem afinal decide por nós? Quem decide os signos “culturais” e “biológicos” que nos fazem “normais” ou “anormais”. É preciso criar e inventar novas formas ou reinventar formas e formatos de comunicação-encontros, a coisa pública do profissional de serviço. E esse encontro? Qual o nome que daremos? Há quem vai dizer que é *matriciamento*, *intersectoralidade*. É necessário promover e efetivar esses encontros dos públicos e não dos cumprase dos momentos de trocas, e não de repasses de informação. Essa é uma das estratégias para se diluir dentro dos arranjos dominantes.

Podemos ocupar a educação continuada e dizer que são os encontros de discussão de casos, mas não podemos impor o cumprase para que os profissionais da educação tenham atualização quando ela não é remunerada ou não há reserva de tempo ou licença para isso.

É preciso continuar com as críticas colocadas acima, discutindo-as dentro de um movimento social que pensa em estratégias contra uma lógica dominante, afinal, enquanto movimento social, o que queremos? Estamos criando especialistas em militância ou estamos fazendo aliados? Estamos reproduzindo uma estrutura piramidal ou estamos criando alianças micropolíticas nas pontas dos serviços e em diversos estados? Estamos criando alianças que não precisam estar sempre conectadas, mas que podem ser acessadas e atualizadas de tempos em tempos?

“Libere a ação política de toda forma paranoia unitária e totalizante”, vai dizer Foucault. Em nossos tempos, as perguntas são muitas, a via do ativismo

triste não me seduz, não me agrada, e as estratégias que construímos nesses cinco anos são variadas, criação de dias municipais, barramento de projetos de leis, a criação de protocolos, mas será que vale a pena? Será que estamos no caminho certo? As perguntas vão continuar sendo muitas, porque a resposta dada pelo modelo neoliberal é única, e não nos contentamos com ela.

Por isso continuaremos questionando, porque são essas problematizações que nos desindividualizam; nos colocamos enquanto emaranhados de cacos de vidro dentro de um caleidoscópio que insiste em imaginar outros futuros e outras falas, desnaturalizando o olhar e a palavra, desvendo o mundo, e alimentando o *movimento* do movimento social.

## Referências

- ATLAS da Violência 2017 mapeia os homicídios no Brasil. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, Brasília, DF, 5. jun. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3qtePil>.
- BOAS, Franz. *Anthropology and modern life*. New York: Dove, 1986.
- FONTELA, Orides. *Poesia reunida*. São Paulo: Cosac & Naify, 2006.
- FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *Nota Técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014)*. [S. l.]: Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015.
- FOUCAULT, Michel. Introdução a uma vida não-fascista. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Anti-Oedipus: capitalism and schizophrenia*. New York: Viking Press, 1977. p. XI-XIV.
- HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015.
- LATOURETTE, Bruno. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: Edusc, 2002.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *Crime e costume na sociedade selvagem*. Brasília, DF: Editora da UnB, 2008.
- MEIRELLES, Renato; ATHAYDE, Celso. *Um país chamado favela: a maior pesquisa já feita sobre a favela brasileira*. São Paulo: Gente, 2014.

- PETRYNA, Adriana. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 127-160, 2011.
- SILVA, M. L. Fala na mesa Medicalização e Movimentos Sociais: onde há opressão, há resistência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 4., 2015, Salvador. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.
- STRATHERN, Marilyn. “Melhorar a Classificação”: a avaliação no sistema universitário britânico. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 53, p. 15-31, 1999.
- STRATHERN, Marilyn. *Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge, 2000.
- STRATHERN, Marilyn. Accountability. and ethnography. In: STRATHERN, Marilyn. *Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge, 2000. p. 279-304.
- STRATHERN, Marilyn. *Partial Connections: updated edition*. Walnut Creek: Altamira Press, 2004.
- TARDE, Gabriel. Os possíveis. In: TARDE, Gabriel. *Monadologia e sociologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2007. p. 193-233.
- ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.



# O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade em movimento: ampliando o debate e construindo a luta coletiva<sup>1</sup>

---

*Lygia de Sousa Viégas*

[...]  
Descobrir o que liberta o sol  
Que faz buraco  
Furação do escuro, escuro, escura  
Esquecer ao menos uma noite  
O medo, o mal real que te insegura  
[...]  
Leve e auto-reverse plugado no peito  
Mostrando outro jeito,  
batendo de frente  
com o bicho feroz  
  
Pense em quanto impulso  
vem de tudo ao seu redor  
Pense tudo quanto pode ser melhor  
  
Felizes, de uma maneira geral  
Estamos vivos

---

1 O capítulo é inspirado na fala “Medicalização nas mídias, expandindo o debate”, feita no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”, que foi revisada e atualizada. Tal fala se encontra disponível em: <https://youtu.be/F7x56yoWgnU>.

*Brilhando como um cristal  
Somos luzes que faíscam no caos  
E vozes abrindo um grande canal*

*Nós estamos na linha do tiro  
Caçando os dias em horas vazias  
Vizinhos do cão  
Mas sempre rindo e cantando  
nunca em vão*

*Uma doce família que tem a mania  
De achar alegria, motivo e razão  
Onde dizem que não  
Aí que tá a mágica, meu irmão*

(AUTO-REVERSE, 2013)<sup>2</sup>

Este capítulo apresenta estratégias utilizadas pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade para ampliar o debate em torno da medicalização da vida. O texto está escrito no plural, não como vício de linguagem, mas por representar o trabalho do fórum, coletivo em cujos laços me faço “nós”, já que, como afirmamos, “nossa primeira pessoa é no plural”. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2019, p. 19)

Inicialmente, traçamos breve histórico do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, para então apresentar seus principais canais de debate: os eventos acadêmicos, com destaque para os seminários internacionais; o site; o canal no YouTube; e as redes sociais (Facebook e Instagram). Por fim, destacamos alguns impactos da atuação do fórum que animam a luta.

Nesse percurso, seguimos o movimento do fórum em relação ao conceito de medicalização, geralmente anunciado em documentos lançados, sobretudo, nas edições do Seminário Internacional a Educação Medicalizada. Tal movimento tem conexão com algo próprio ao conceito. Vários autores (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; OLIVEIRA, HARAYAMA; VIÉGAS, 2016; ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014) ressaltam

---

2 Essa música e seu clipe psicodélico é um presente lindo que Aline Laje Lima trouxe para o Fórum.

sua polissemia, considerando que o conceito, pensado inicialmente por Illich e por Foucault, foi sendo revisado, em geral para contemplar condições medicalizantes antes excluídas da análise por limites da própria definição, resultando em diversas compreensões.

Viégas (2020) criticam as definições que encerram o debate no uso abusivo de medicamentos ou como sinônimo de patologização, sem desconsiderar essas facetas. Se a patologização é uma face perversa da medicalização, e o uso abusivo de medicamentos, um importante sintoma, também é necessário reconhecer situações medicalizadas e medicalizantes em que não há uso de medicamentos, nem produção de patologias, com destaque para a medicalização da pobreza, por meio da qual, com ares científicos, busca-se legitimar preconceitos contra pobres, sobre quem pairam suspeitas morais ou intelectuais.

No movimento do fórum, o conceito de medicalização foi repensado, partindo de uma primeira definição ligada à patologização da vida para uma compreensão mais ampla, qual seja: a medicalização como tentativa de capturar os modos de ser e estar no mundo, numa lógica que aprisiona a diversidade e culpabiliza os indivíduos que não se ajustam, escamoteando que estamos submetidos a inúmeras imposições de uma realidade histórica, política, social e econômica bem concreta e perversa. A medicalização toca a vida das pessoas, na medida em que seus argumentos servem como instrumentos de estigmatização e dominação que justificam a violência contra grupos sociais determinados, sobretudo aqueles atravessados por racismo, cisheterossexismo, classismo e capacitismo, para citar alguns marcadores.

Como a medicalização da vida é cada vez mais visível no Brasil, o debate, originado na academia, extrapolou os muros da universidade, assumindo o inexorável caráter político próprio de toda produção de conhecimento. Contra qualquer suposição de neutralidade científica, o exame da história desvela que ciência e política não são instâncias separadas, e que toda tentativa de afirmar neutralidade se sustentou na base da violência e do silenciamento.

Em *A falsa medida do homem*, Gould (2003) denuncia o quanto o racismo militante encontrou na academia terreno para se espalhar. Pesquisas de medição de crânio, quando criticadas, mudaram na aparência para seguir falando o mesmo: passa-se a medir inteligência, e mantém-se a hipótese de determinação individual. Em consequência dessas pesquisas, são implantadas

políticas públicas higienistas e eugenistas, como a esterilização de pessoas tidas como débeis mentais ou antissociais em avaliações psicológicas. Entre os anos de 1924 e 1972, no estado da Virgínia, Estados Unidos, tal política violentou diretamente mais de 7.500 pessoas, que foram esterilizadas em hospitais psiquiátricos. Uma política de morte sustentada numa certa visão de humano produzida por uma certa ciência que de neutra não tinha nada. Construir uma ciência que tome partido na direção contrária, portanto, é compromisso ético-político de quem tem no horizonte os direitos humanos.

Se a medicalização é caracterizada por individualizar situações complexas, apostamos na contramão: buscamos articulação coletiva. Assim, criamos o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, movimento social que se dispõe a ser instrumento científico, político e social no enfrentamento da medicalização da vida. O fórum é “primavera nos dentes”<sup>3</sup> e, no centro da engrenagem, “inventa a contra-mola que resiste”.

## **Conhecendo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é um movimento social que congrega outros movimentos sociais, entidades, instituições e pessoas interessadas em fazer o enfrentamento político aos processos de medicalização da vida no Brasil.

Fundado em 2010, o fórum teve longa gestação. Seu embrião nasceu em setembro de 2007, quando tomamos conhecimento do Projeto de Lei nº 86/2006, que tramitava na Câmara Municipal de São Paulo e que propunha “a contratação, por parte da prefeitura, de equipes terceirizadas compostas por especialistas em diagnóstico e tratamento da dislexia”, que atuariam no chão das escolas, não apenas diagnosticando e tratando alunos, mas também treinando professores para reconhecerem indícios do suposto transtorno, a fim de garantir o devido encaminhamento à equipe especializada. (ANGELUCCI; SOUZA, 2010, p. 7)

Tal Projeto de Lei (PL) foi recebido com muita preocupação por parte de um grupo de psicólogas, vinculadas principalmente ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), ao Grupo Interinstitucional Queixa Escolar

---

3 Essa referência à música dos Secos e Molhados é lindamente trazida por Tito Carvalhal (2019).

(GIQE) e ao Sindicato dos Psicólogos de São Paulo (SinPsi). A preocupação tinha uma base teórico-prática bastante concreta: ela se iluminava nos debates críticos em torno da produção do fracasso escolar no Brasil, (PATTO, 1990) bem como da medicalização da educação. (COLLARES; MOYSÉS, 1996)

Tais leituras desvelam que a escolarização é um processo de grande complexidade, constituído de múltiplas dimensões (histórica, política, social, econômica, institucional, pedagógica, relacional), de forma que as dificuldades vividas nesse processo são atravessadas por essa complexidade. A despeito dessa constatação e do extenso debate sobre os graves problemas do nosso sistema educacional, tal PL partia do pressuposto de que as dificuldades de escolarização são consequência da dislexia, uma suposta doença dos alunos de caráter orgânico que precisa ser diagnosticada e tratada. Assim, em uma jogada perversa, uma questão complexa fica reduzida a um problema individual, especificamente do aluno, e o poder público, nessa trucagem, fica protegido de sua responsabilidade nesse processo.

Diante desse contexto, o grupo de psicólogas se articulou com outros profissionais e entidades para ampliar o debate e tentar barrar a aprovação da proposta. Como estratégia inicial, um abaixo-assinado recolheu quase 2 mil assinaturas (muitas de pessoas vinculadas a conselhos profissionais, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa, movimentos populares), dando início a uma importante campanha informativa sobre o tema.

Além disso, foram realizados diversos debates e audiências públicas, com palestras de profissionais de diversas áreas, para ampliar o máximo possível o conhecimento crítico desenvolvido no âmbito da academia sobre o fracasso escolar, desvelando o caráter medicalizante do PL. Simultaneamente, um breve levantamento desnudou a existência de outros tantos PL de semelhante teor em todos os níveis legislativos (municipais, estaduais e federal). Um giro pelo mundo, por fim, apontou o caráter mundial do fenômeno, que atende a interesses econômicos e políticos. (IRIART; IGLESIAS-RIOS, 2013)

Assim, compreendendo a dimensão política da questão, decidimos criar o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, marcando seu lançamento público com o I Seminário Internacional A Educação Medicalizada, organizado pelo mesmo coletivo e realizado em novembro de 2010. Mais adiante, falaremos um pouco mais sobre os seminários. Cumpre, agora, informar que, no contexto de sua primeira edição, em todos os dias houve um

espaço aberto para a elaboração coletiva do documento de lançamento do fórum: o *Manifesto do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade*. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2010)

Tal manifesto inicia situando um conceito de medicalização vinculado à ideia de patologização:

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como ‘doenças’, ‘transtornos’, ‘distúrbios’ que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades.

Uma vez classificadas como ‘doentes’, as pessoas tornam-se ‘pacientes’ e conseqüentemente ‘consumidoras’ de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Muitas vezes, famílias, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm ‘problemas’, são ‘disfuncionais’, ‘não se adaptam’, são ‘doentes’ e são, até mesmo, judicializadas. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2010, p. 1)

Impulsionando a necessidade de criação do fórum, no manifesto lamentamos que “no Brasil, a crítica e o enfrentamento dos processos de medicalização ainda são muito incipientes”. Então, são definidos princípios do fórum ali criado, dos quais destacamos a defesa dos direitos humanos, já que ela abriga tantos outros princípios elencados. São ainda indicados os desafios do fórum, organizados em dois eixos articulados entre si: ampliar a democratização do debate e construir estratégias que subvertam a lógica medicalizante.

Após amplo debate, o manifesto foi lido e lançado no encerramento do da primeira edição do evento, e todas as pessoas interessadas em compor o

fórum foram convidadas a assinar o documento e somar na luta. Criamos canais de comunicação interna e externa, e passamos a nos articular.

E é tão bonito quando a gente entende  
que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá  
e é tão bonito quando a gente sente  
que nunca está sozinho por mais que pense estar  
(CAMINHOS..., 1982)

Passados nove anos desde que foi fundado, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade segue atuante no enfrentamento aos processos de medicalização da vida. Hoje, temos dimensão nacional, tendo núcleos em diversos estados do país,<sup>4</sup> tais como Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo, além de boa parceria com diversos outros estados e países, sobretudo na América Latina. A potência dessa articulação tornou-se uma de nossas bandeiras: “só a luta coletiva mudará nossas vidas”.

## **Os eventos do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**

Tendo nascido em um evento acadêmico, a relação que o fórum estabelece com a universidade é embrionária. Compreendemos os eventos como importante estratégia para atingir os desafios anunciados desde o manifesto de ampliar a democratização do debate e construir estratégias que subvertam a lógica medicalizante. Assim, seguimos organizando eventos locais, regionais, nacionais e internacionais em diversos municípios.

Do conjunto de eventos, o Seminário Internacional a Educação Medicalizada merece destaque. Em realidade, as histórias do fórum e do seminário se misturam, e não é raro que algumas pessoas confundam os dois, por exemplo, perguntando se “vai ter fórum esse ano?”<sup>5</sup> quando o fórum é de caráter permanente e os seminários são periódicos. Essa confusão revela, ao mesmo tempo, que o fórum também é o seminário, ainda que seja bem mais do que ele.

---

4 Seguimos abertos à criação de novos núcleos, desde que afinados a nossos princípios.

5 Essa percepção, devemos a Liliane Alves da Luz Teles.

O Seminário Internacional não é apenas o evento no qual o fórum nasceu e, desde que foi fundado, o responsável por organizá-lo. É também o tempo e o espaço onde promovemos nosso maior encontro com pesquisadores, profissionais, militantes e demais pessoas interessadas no tema, o que tem nos permitido adensar o debate e pensar os rumos do nosso movimento. Considerando a relevância desse evento e sua centralidade na atuação do fórum, vamos dar destaque a ele neste capítulo.

Antes, no entanto, é importante ressaltar que o fórum também realiza seminários internos, isto é, encontros fechados aos nossos membros a fim de partilharmos experiências e desafios, repensarmos e traçarmos perspectivas de atuação e organização interna. Também merece menção a nossa I Mostra Práticas no Fórum: partilhando experiências em desmedicalização, realizada no Rio de Janeiro, em 2017, encontro que reuniu profissionais de diversas áreas e regiões país, dando a dimensão do que tem sido experimentado nesse campo. Todas essas realizações têm sido fundamentais na construção do “ser Fórum”.

Voltando ao Seminário Internacional A Educação Medicalizada, ressaltamos aspectos comuns a todas as edições até então realizadas e que permanecem como tradição, para, em seguida, falar de cada uma das edições em específico. O primeiro é que a participação é gratuita, o que só foi possível até hoje porque o evento sempre contou com financiamento para sua realização, seja por meio de editais, do apoio de entidades de classe e/ou do esforço coletivo. Dessa característica decorre a próxima: o grande público, em torno de mil pessoas por evento, de diversos estados brasileiros, além de outros países, entre estudantes, pesquisadores e profissionais de diversas áreas, representantes de entidades profissionais, movimentos sociais e pessoas interessadas em geral. Do ponto de vista da articulação internacional, o seminário já contou com palestrantes da Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Estados Unidos, França, Itália, Portugal e Uruguai.

Também em comum, todas as edições mantiveram como objetivos gerais: divulgar e discutir a crítica à medicalização, com destaque para seu aspecto histórico; ampliar o debate sobre interesses econômicos e políticos subjacentes à medicalização; promover reflexões e discussões sobre políticas públicas, visando a formulação de políticas embasadas em concepções de ser humano e de sociedade que contemplem a diversidade e a singularidade; subsidiar a atuação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade,

nacional e internacionalmente; colaborar para a construção de propostas de pesquisa e atuação profissional que rompam com a lógica medicalizante; articular politicamente pessoas interessadas no enfrentamento à medicalização da vida; e levar o debate sobre medicalização para a mídia.

Quanto à estrutura, alguns aspectos permaneceram desde a primeira edição, enquanto outros foram sendo transformados. Em comum, os seminários têm uma programação ampla sobre medicalização, tanto do ponto de vista dos temas abordados quanto das áreas do conhecimento envolvidas no debate, que garantem seu caráter interdisciplinar. Além disso, todas as edições tiveram a apresentação de trabalhos inscritos e aprovados por uma comissão científica especializada na área, produzindo os anais do evento em formato eletrônico e reunindo um importante acervo de pesquisas e práticas sobre a (des)medicalização da vida.

A fim de ampliar a participação, as conferências e mesas-redondas ocorrem em horários que não coincidem com as apresentações de trabalho. Finalmente, as conferências e mesas-redondas de todas as edições do evento estão disponíveis *on-line* em forma de vídeo, garantindo, com isso, maior acesso ao debate, bem como contribuindo com a construção de um vasto material, que pode ser consultado gratuitamente.

Tendo citado aspectos gerais às cinco edições realizadas do Seminário Internacional A Educação Medicalizada, é possível olhar brevemente cada edição, em suas especificidades.

Conforme dito anteriormente, o I Seminário Internacional A Educação Medicalizada foi realizado em novembro de 2010. Tendo como subtítulo “Dixlexia, TDAH e outros supostos transtornos”, o evento ocorreu na cidade de São Paulo. Como objetivos específicos, destacamos: divulgar e discutir controvérsias acerca dos diagnósticos e tratamentos de supostos transtornos de aprendizagem, tendo como pano de fundo a medicalização da sociedade; e construir um posicionamento diante dos projetos de lei de cunho medicalizante. A apresentação de trabalhos aprovados nessa edição se deu apenas por meio de pôsteres. A centralidade do evento ficou por conta da programação de conferências e mesas-redondas, bastante extensa e, também, muito emocionante.

Além do lançamento do fórum, com a leitura pública do manifesto, também foi lançado na primeira edição do seminário o livro *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a*

*doenças de indivíduos*, organizado pelo CRP-SP, em parceria com o GIQE. Nesse livro, que logo se tornou referência básica no tema, foram reunidos subsídios teórico-práticos acumulados antes de criarmos o fórum.

Tamanho foi o impacto do I Seminário Internacional que decidimos organizar a segunda edição no ano seguinte, em novembro de 2011, novamente em São Paulo, com o subtítulo “Novas capturas, antigos diagnósticos, na era dos transtornos”. A programação do II Seminário, que manteve o foco na questão dos diagnósticos e no uso abusivo de medicamentos, foi novamente bastante extensa, tanto pelas palestras, minicursos e atividades culturais propostas quanto pela apresentação de trabalhos, que seguiram restritos ao formato pôster. Vale ressaltar que as falas dos convidados foram posteriormente publicadas no livro homônimo, (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013) que foi lançado no III Seminário. Nessa edição, não lemos nenhum documento do fórum.

O III Seminário foi realizado novamente em São Paulo, em pleno julho de 2013, no contexto das manifestações políticas pelo país desencadeadas inicialmente pelo movimento Passe Livre e, pouco tempo depois, cooptadas por conservadores de extrema-direita. Foi nesse seminário, cujo subtítulo foi “Reconhecer e acolher as diferenças”, que o evento começou a trazer outras pautas e perspectivas em torno da medicalização, sem renunciar aos processos de patologização da vida, sobretudo tendo em vista o lançamento do DSM-V naquele ano.

Os trabalhos inscritos e aprovados para apresentação no seminário seguiram no formato de pôster, mas foi incorporado, nessa edição, um turno específico na programação para que autores pudessem apresentar brevemente seus trabalhos e trocar experiências em grupos abertos para todos os interessados no debate. Também nesta edição promovemos a primeira reunião com núcleos do fórum aberta também a pessoas interessadas em se articular com nosso movimento. Apesar de ampliar significativamente o espaço de troca horizontal, ainda assim, o tempo parecia pouco para tanta necessidade de troca e parceria.

No III Seminário Internacional, lançamos a primeira edição das *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação* (2012), com distribuição gratuita. Tal documento será mais bem apresentado adiante.

No encerramento do evento, lemos publicamente a “Carta de São Paulo”, na qual partilhamos os caminhos até então percorridos e as possíveis trilhas a serem abertas. Nessa carta, o fórum reconhece um cenário complexo, marcado ao mesmo tempo pelo avanço da medicalização da vida e pelo crescimento sólido das críticas a esse processo. Assim, “se, no Manifesto de 2010, afirmamos que a crítica e o enfrentamento dos processos de medicalização eram incipientes no Brasil, hoje comemoramos a consolidação de uma multiplicidade de ações nessa direção. É com satisfação que notamos que essa não é pauta exclusiva do Fórum”. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013) Outro aspecto frisado é que o debate sobre medicalização passou a ser incorporado no discurso de entidades e profissionais que sempre negaram sua existência, indicando não ser mais possível ignorar a atuação consistente e relevante do fórum.

A “Carta de São Paulo” apresenta o conceito de medicalização como “sinônimo de patologização”. Ao mesmo tempo, incorpora discussões sobre criminalização e judicialização da vida, com destaque para a tentativa de calar movimentos sociais contestatórios, afirmando:

medicalização, judicialização e criminalização cumprem o papel efetivo de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos, desconfortos, conflitos e sofrimentos, características que, curiosamente, cumpriram, cumprem e cumprirão importante papel histórico na busca por mudanças estruturais. Frisamos que muitas transformações históricas só se consolidaram a partir da luta pela superação de preconceitos e desigualdades. Assim, ao calar a dissonância, transformando-a ora em doença, ora em subversão, coloca-se em risco as possibilidades de construção de um futuro diferente. Consideramos que patologizar e criminalizar as utopias é perverso, sobretudo num mundo dominado pelo vazio ético, estético e político. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013)

Essa ampliação do enfoque vai se consolidar a partir do IV Seminário. Tendo como subtítulo “Desver o mundo, perturbar os sentidos”, essa foi a primeira edição realizada fora de São Paulo, em Salvador-BA, em 2015. Entre os temas centrais, destacamos: a análise histórica da medicalização na saúde e educação; a construção de propostas desmedicalizantes; a articulação com outros

movimentos sociais, com destaque para os movimentos negros e LGBT; a luta antimanicomial; o movimento antiproibicionista; os debates sobre o uso racional de medicamentos; e o papel das mídias na ampliação do debate.

Como mudanças significativas, destacamos o maior diálogo com a arte, marcante desde o material de divulgação, com o grafite de Eder Muniz e o desenho de Alex Frechette, além do próprio nome do evento, em referência à poesia “Menino do mato”, de Manoel de Barros (2010). No IV Seminário, mudamos a dinâmica do evento, diminuindo o número de mesas-redondas e conferências, a fim de romper a contraditória hiperatividade que marcou as edições anteriores. Simultaneamente, ampliamos o espaço de discussão dos trabalhos inscritos e aprovados para apresentação que, embora tenham permanecido no formato pôster, tiveram mais tempo para serem apresentados e discutidos coletivamente, em rodas de conversa que tinham como tarefa produzir uma síntese do debate e apontar perspectivas para o fórum. Além disso, construímos um espaço de microfone aberto, só possível porque um conferencista internacional não compareceu ao evento de última hora. A potência desse momento, no qual uma “grande estrela” deu lugar a trocas horizontais, foi destacada por muitos presentes como um dos pontos fortes do evento.

Por fim, lançamos, no encerramento do evento, a *Carta do IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”*, na qual o conceito de medicalização é revisto e ampliado. Citando o documento:

medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2016, p. 1)

Na mesma carta, o fórum traz exemplos que dão base para o conceito acima:

são estudantes que não se adaptam aos processos de uma escola sucateada, vistos como incapazes de aprender e obedecer regras sociais; são os jovens negros moradores de periferias urbanas, tratados como suspeitos, em termos de sua idoneidade ética e moral; são os homossexuais e transgêneros, aos quais se insiste em oferecer tratamentos de ‘cura’; são as mulheres, subjugadas pelo machismo, dentro e fora de suas casas; são parturientes vítimas da violência obstétrica; são trabalhadores em contextos de trabalho precarizados, engolidos pela burocracia e pelo produtivismo, reduzidos a quadros sindicais; são desempregados ou indigentes, invisíveis ou supervisibilizados, jamais prontos ou já ultrapassados, em um mundo de desemprego estrutural que insiste em afirmar a meritocracia. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2016, p. 1)

A carta, por fim, defende que a articulação entre academia e movimentos sociais é necessária, apostando na resistência contra todas as formas de opressão.

Finalmente, em 2018, foi realizado o V Seminário Internacional, mais uma vez em Salvador-BA, tendo por subtítulo “Existirmos, a que será que se destina?”, referência à canção “Cajuína” de Caetano Veloso. Novamente, a articulação com a arte ficou estampada no nome do seminário, na arte do cartaz, de novo por conta de Alex Frechette, e na programação, construída e apresentada em forma de cordel. Foi objetivo do V Seminário discutir o fenômeno da medicalização da existência à luz dos marcadores sociais da diferença e suas categorias de gênero, sexualidade, raça, classe, território, deficiência/capacitismo e geração, tendo em vista a maneira como tal fenômeno incide nas diferentes esferas do cotidiano.

Nesta edição, sedimentou-se a percepção de que a horizontalidade garante força ao seminário. Assim, na perspectiva de circular a palavra, foi realizada uma reunião aberta sobre o sofrimento psíquico nas universidades, da qual resultou a produção de um boletim. Os trabalhos inscritos e aprovados tiveram mais tempo na programação, e os pôsteres foram substituídos por rodas de conversa, buscando articular os trabalhos na produção de uma síntese coletiva, que foi apresentada na plenária final e que foi concluída com o

microfone aberto, analogamente ao vivenciado no IV Seminário. No encerramento desta edição, o pronunciamento público do fórum foi feito em forma de cordel recitado em ato público em praça. Todos esses materiais foram publicados nos anais do V Seminário.

Encerrado o V Seminário, a comissão organizadora analisou de forma diligente o material ali produzido e partilhado, construindo nosso *Manifesto desmedicalizante e interseccional*: “*existirmos, a que será que se destina?*”, no qual aprofundamos a discussão do conceito ampliado de medicalização e apondo, à luz dos dados do *Atlas da violência* e dos atentados contra ativistas no país, que a medicalização atinge sobretudo pessoas atravessadas por marcadores históricos de opressão (com destaque para raça, gênero, sexualidade, território e classe social). Citando:

O racismo, o cisheterossexismo, o capacitismo e a meritocracia aprofundaram-se no estágio atual do capitalismo, com a intensificação de práticas higienistas e de vigilância, camufladas de cuidado e cura, mas que concretamente operam, sem pudor, para docilizar, desmobilizar, calar, controlar (inclusive quimicamente), criminalizar e exterminar vidas (incluindo por suicídio), ampliando o sofrimento físico e psíquico daqueles que sobre-vivem, e se sustentando em aparente ‘justiça’. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2019, p. 17)

Cientes dessas marcas, fomos tocados pelo feminismo negro, na medida em que:

A perspectiva interseccional nos ajuda a reconhecer que os olhares e práticas medicalizantes mais perversos tendem a recair, insistentemente, sobre as existências atravessadas pelos marcadores de opressão citados acima, sem hierarquia entre eles. Mas, mais do que isso: quanto mais atravessamentos há em um corpo, quanto mais se entrelaçam nele os marcadores da desigualdade, tanto mais ele fica exposto à medicalização. E, sobretudo, a uma necropolítica que insiste em estigmatizar e deixar morrer, como acontece com as mulheres trans negras largadas pelas cidades sem atendimento e estigmatizadas como usuárias de crack sem recuperação. Nesse sentido, a dominação, historicamente, opera de forma articulada e

relacional, provocando-nos a reparar na importância das interseções. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2019, p. 17)

Além de apontar a força da opressão, “a interseccionalidade sinaliza um caminho para a resistência: se as opressões se cruzam, a aposta no laço pode fortalecer seu enfrentamento”. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2019, p. 18) Desta maneira, o *Manifesto desmedicalizante e interseccional* conclui com a importância da resistência coletiva, sobretudo em tempos de tanta distopia e atomização como o atual. O manifesto é um chamamento para a luta!

Nesse sentido, a partir da breve análise dos seminários internacionais organizados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, é possível afirmar que assumimos um papel fundamental no debate sobre o tema no país, bem como na construção e consolidação de práticas desmedicalizantes nos mais variados territórios.

Na perspectiva de ampliar o debate, sintonizados com o lema que orienta o trabalho de Rafucko (2015), “não odeie a mídia, seja a mídia”, passamos a ocupar esse espaço: temos um site, um canal no YouTube e estamos nas redes sociais. Buscando furar o bloqueio do *mainstream*, construímos nossas mídias e criamos nosso mundo, flores no asfalto.

## **O website do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**

Pouco depois de fundarmos o fórum, entendemos ser necessário abrir canais de comunicação para que as pessoas interessadas no debate pudessem encontrar, de forma mais acessível, informações aprofundadas sobre o tema, tanto do ponto de vista acadêmico (teórico-prático) quanto político, além de servir de canal de aproximação com o Fórum. Assim, criamos um site em abril de 2011,<sup>6</sup> que será apresentado a seguir.

Nosso site reúne informações sobre políticas públicas que interessam à pauta, seja por seu caráter medicalizante, seja por contribuir na direção da

---

6 Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/>.

desmedicalização da vida.<sup>7</sup> Há, ainda, sugestões de estudos críticos da medicalização, com destaque para livros, artigos, vídeos, reportagens, dissertações e teses, sempre que possível com o link para acesso. Tais materiais incluem, mas não se esgotam em produções do próprio fórum ou de nossos membros.

Também no site há informações sobre o fórum: quem somos, nosso funcionamento e como participar. Considerando nossa organização por núcleos, há uma aba específica que permite acessar cada um dos núcleos já formados ou obter informações de como criar um. A aba eventos abriga nossa agenda futura e dá acesso aos eventos anteriores, sobretudo os seminários internacionais (com vídeos, fotografias, *hotsite*, anais). Além disso, o site fornece os links de acesso aos outros canais de comunicação do fórum, que ficam, assim, interligados.

Do site, destacamos que há uma aba específica para publicações de autoria do fórum na qual encontramos várias modalidades de documentos, que vão desde o *Manifesto de lançamento*, passando por notas de apoio ou repúdio a determinadas políticas, até produções que resultam de um extenso trabalho, como o *Dossiê sobre medicalização da educação e da sociedade* (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2011). Desse conjunto, abordaremos dois documentos, pela relevância.

As *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação* (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2012) representam um passo significativo no enfrentamento da medicalização da educação, pois reúne propostas de como entender e atender queixas escolares sem cair em olhares e práticas medicalizantes. Para a construção dessas recomendações, criamos o Grupo de Trabalho Educação & Saúde, de caráter interdisciplinar e multiprofissional,<sup>8</sup> que se reuniu sistematicamente durante aproximadamente um ano.

---

7 O site também anuncia a intenção de manter um observatório de políticas públicas, com o objetivo de listar, monitorar e sensibilizar a opinião pública em relação aos projetos de lei e iniciativas do setor público com viés medicalizante e reducionista que não respeitem a pluralidade nos processos de aprendizagem e da vida.

8 Compuseram o GT profissionais de antropologia, fonoaudiologia, medicina, pedagogia e psicologia das seguintes instituições: Associação Palavra Criativa/Ifono, Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Unicamp, Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Unesp campus Assis, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, Instituto Sedes Sapientiae, Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisa em Psicoló-

Escritas em linguagem acessível e bem fundamentada, o fórum anuncia a intenção de que as recomendações sejam apropriadas por profissionais que estão na ponta dos serviços. Assim, dialogam diretamente com professores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e enfermeiros, primeiro por meio de uma carta, e ao final, de uma despedida. Assumindo um compromisso ao mesmo tempo ético-político, acadêmico-científico e técnico, são apontadas recomendações nos seguintes campos: escolas; cuidados em saúde; fonoaudiólogos que trabalham com leitura e escrita; interação de profissionais em rede de serviços, setores e com a comunidade; e políticas públicas. Os autores frisam diversas vezes que não é intenção que as recomendações sejam compreendidas como um manual fechado. Ao contrário, deseja-se inspirar e potencializar a criação de práticas não medicalizantes.

As recomendações tiveram duas edições impressas, com tiragem de mil exemplares cada, para distribuição gratuita, ambas já esgotadas, no entanto, a fim de ampliar ainda mais seu alcance, tal documento está integralmente disponível no nosso site, deixando clara a ausência de interesses corporativos ou econômicos. Desde que foram lançadas, já foram feitos mais de 10 mil downloads do documento, indicando sua necessidade na realidade brasileira.

Outro documento de autoria do fórum integralmente disponível no nosso site que merece destaque é a *Nota técnica o consumo de psicofármacos no Brasil: dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014)*. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015) Nela, o fórum apresenta o resultado de extenso trabalho de análise do levantamento, feito junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dos dados de dispensação de alguns psicofármacos em unidades particulares registradas pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), no período de outubro de 2007 a setembro de 2014, com destaque para o cloridrato de metilfenidato e o clonazepam.

A partir dos dados sistematizados e publicados pelo fórum na nota técnica, em forma de gráficos bastante ilustrativos, é visível não apenas o aumento constante do consumo de Ritalina no Brasil, mas sobretudo que tal consumo coincide com o calendário escolar, ou seja, nos períodos de recesso e férias,

---

gia Escolar e Educacional, Rede Humaniza-SUS, Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Municipal e União de Mulheres do município de São Paulo.

há a queda significativa no consumo de tal medicamento, que aumenta ao longo do segundo semestre, com picos entre outubro e novembro.

Consideramos a nota técnica um documento fundamental, pois fornece subsídios acadêmicos e políticos para o enfrentamento da medicalização da vida e constitui uma das principais conquistas políticas do fórum, como veremos mais adiante.

Sem dúvidas, entre todas as mídias do fórum, sustentar um site atualizado é um grande desafio para nosso movimento. Temos insistido nesse formato, pois vemos seus efeitos no âmbito das políticas públicas e da articulação política. Assim, “buarcaetaneando”,<sup>9</sup> “mesmo com o todavia, com todo dia, com todo ia, todo não ia, a gente vai levando essa guia”.

## **O canal do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade no YouTube**

Com três anos de existência do fórum, criamos nosso canal no YouTube em 2013.<sup>10</sup> O canal abriga vídeos com nossos eventos que tanto podem ser inseridos posteriormente, como transmitidos ao vivo. Assim, dos 119 vídeos, a maior parte é de mesas-redondas, palestras e debates. Certamente, merecem destaque os vídeos dos seminários internacionais, organizados na forma de playlist para facilitar o acesso ao conjunto do material, mas, no canal, também publicamos vídeos, geralmente curtos, produzidos por nós, tendo a medicalização da vida como pano de fundo. A ousadia e o desprendimento nosso em produzir tais vídeos encontra eco novamente em Rafucko (2015), que define lindamente essas produções caseiras como parte do Modernismo Profundo. De fato, sempre que apresentamos nossas produções nos situamos como amadores, tanto no sentido de não sermos profissionais especializados nessa tecnologia quanto no de que amamos o que fazemos. Com falhas técnicas, nos dedicamos para que os vídeos sejam coerentes e comuniquem nossas pautas.

Nesse conjunto, há alguns vídeos que objetivam publicizar o trabalho realizado no fórum, tanto falando dos núcleos quanto apresentando o fórum em âmbito nacional. É o caso dos delicados vídeos que ilustram nossas ações

---

9 “A gente vai levando”, de Chico Buarque e Caetano Veloso.

10 Disponível em: <https://www.youtube.com/user/forummedicalizacao>.

públicas, como os dias municipais e atos de rua. Também é aqui que se encontram vídeos que produzimos para divulgar nossos eventos, com informações da programação, local, horário, objetivos etc.

Além disso, produzimos alguns vídeos mais ousados, para ampliar o acesso ao debate por parte de pessoas que não necessariamente acompanham a discussão em seu formato mais acadêmico. São poucas produções, sempre mobilizadas por situações emblemáticas.

O primeiro vídeo que produzimos, com o nome *Conheça a bula da Ritalina, ela não mente!*, veio da necessidade de ampliar o debate sobre a Ritalina, a partir do detalhamento de sua bula. Assim, alguns trechos da bula são associados a imagens representativas disponíveis na internet, tendo como fundo musical uma versão instrumental de “Cocaine”, de Eric Clapton. Esse foi o vídeo mais acessado do nosso canal, com mais de 13 mil visualizações.<sup>11</sup>

Outro vídeo feito pelo fórum se chama *Rotula Rotula Rotula*. Nele, a poesia que Klessyo Freire compôs, inspirado na *Carta do IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada”*, é ilustrada com cenas produzidas por nós com bonecos Playmobil. Como trilha sonora, a música “CocoDub”, da banda Chico Science & Nação Zumbi.<sup>12</sup>

Em 2015, no Dia do Trabalhador, lançamos o vídeo *1º de maio: a medicalização do trabalhador também é nossa luta!*, no qual várias vozes de membros do fórum leem nosso posicionamento sobre a saúde do trabalhador e que é ilustrado com imagens significativas.<sup>13</sup> Outros três vídeos produzidos nascem de uma história em comum. Em agosto de 2018, a *fanpage* “Por-QuêNãO?”, do Facebook, divulgou um vídeo antigo, produzido pelo jornal *A Tarde*, de Salvador-BA, com uma entrevista comigo sobre o consumo de Ritalina no Brasil (apoiado nos dados da nota técnica) e sua articulação com os graves problemas do sistema educacional brasileiro. Pelo maior alcance de tal *fanpage*, o vídeo alcançou mais de 1 milhão de visualizações em poucos dias, retomando a polêmica pública em torno do tema. A partir de críticas e questionamentos, decidimos dar continuidade ao debate.

Primeiro, produzimos as *Prosas desmedicalizantes 1*. Com uma câmera na mão e uma ideia na cabeça (salve Glauber Rocha!), demos continuidade

---

11 Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=s3HZ2KK\\_9uk](https://www.youtube.com/watch?v=s3HZ2KK_9uk).

12 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SvwUaCmdD5c>.

13 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PMkaGGlx6tA>.

à prosa iniciada no vídeo viralizado, sendo que agora a entrevistada passou ao lugar de entrevistadora, ouvindo dois outros membros do fórum: Maria Fernanda Barros, farmacêutica do Centro de Informação sobre Medicamento do Conselho Regional de Farmácia da Bahia, e Hélio da Silva Messeder Neto, professor do Instituto de Química da Universidade Federal da Bahia. Tal prosa virou um vídeo de 38 minutos, em que aprofundamos o debate sobre a educação e a Ritalina.<sup>14</sup> Para convidar para a prosa, fizemos um *pocket* de três minutos, destacando falas dos entrevistados.

Na mesma toada, criamos as *Poesias desmedicalizantes 1*, em que a poesia “TDAH – tem diagnósticos abafando hipocrisias”, de Tito Carvalhal, é recitada e acompanhada de imagens ilustrativas.<sup>15</sup> Embora só tenhamos lançado uma poesia e uma prosa, a intenção é dar continuidade, com outras poesias e prosas desmedicalizantes.

O terceiro vídeo que resultou da situação viral chama-se *Síndrome da criança normal*, no qual fazemos um recorte da fala de Rossano Cabral Lima no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada”, quando o psiquiatra problematiza categorias diagnósticas de alguns transtornos infantis e, a partir da crítica à lógica medicalizante, denuncia o que seria esperado de uma criança normal, a saber: ser uma não criança.<sup>16</sup> Tal vídeo, de quatro minutos, está entre nossas produções mais vistas, com mais de 12 mil visualizações no Facebook.

Finalizando, há dois vídeos criados a partir do V Seminário: o vídeo *Reunião a produção do sofrimento psíquico na universidade*, com a síntese de tal encontro que se inicia com a delicada cantoria de “Cajuína” que abriu a sessão, tocada por Marcus Vinícius Borges Oliveira e interpretada em libras pela equipe do Núcleo de Apoio à Inclusão do(a) Aluno(a) com Necessidades Educacionais Especiais (Nape-UFBA), e que apresenta o quadro-síntese construído durante a reunião com desenhos e frases simbólicas, convidando à leitura do boletim.<sup>17</sup>

---

14 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IY56qyrQUTc>.

15 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GVuqiuIT4mY>.

16 Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=X0cK\\_RVFJ1o](https://www.youtube.com/watch?v=X0cK_RVFJ1o).

17 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4vOEVva9pP0>.

O *Video-manifesto desmedicalizante e interseccional*,<sup>18</sup> com cinco minutos, é um convite ao levante: após amarrar alguns trechos das falas de cada um dos palestrantes no V Seminário, o vídeo culmina numa chamada para a leitura do *Manifesto desmedicalizante e interseccional*, tendo como trilha sonora a música “Latinoamericano”, da banda Baiana System.

Vale ressaltar que nossos vídeos repercutem mais quando publicados diretamente na página do Facebook. Nosso canal do YouTube possui poucos inscritos, 770 no total. Estamos longe de ser *influencers* ou *youtubers* famosos. Nem temos pique para qualquer investida nessa direção, embora tenhamos profundo respeito por alguns *youtubers*, como a maravilhosa Rita Von Hunty, do canal *Tempero drag*.

Apesar do alcance diminuto, insistimos em manter nosso canal no YouTube haja vista que ele reúne nosso acervo de vídeos, sendo, portanto, um importante espaço de estudo tanto da medicalização da vida em si, como da atuação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade nessa luta. Nem lucrando, nem lucrando, seguimos na luta!

## **O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade nas redes sociais**

Nossa página no Facebook foi criada em novembro de 2011, logo após a realização do II Seminário Internacional, e tem sido, desde então, nosso mais ágil canal de comunicação.<sup>19</sup> Para garantir maior articulação, somos 21 moderadores da *fanpage*, todos ligados aos núcleos do fórum, tornando possível inclusive a divulgação de eventos locais.

Atualmente, nossa *fanpage* tem 32.634 seguidores de vários países, sendo a gigantesca maioria do próprio Brasil (com destaque para as cidades de São Paulo, Salvador e Rio de Janeiro), seguido por Portugal, Argentina e Estados Unidos da América. Análises oferecidas pelo próprio aplicativo indicam um alcance de mais de 15 mil pessoas em alguns dias, sendo um mínimo de quinhentas pessoas por dia, mesmo sem que impulsionemos as postagens.

Antes de apresentar a *fanpage* nacional do fórum, ressaltamos que alguns núcleos têm página própria, com destaque para o Núcleo Piauí, cuja página é

---

18 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y2kSzt5OtBE>.

19 Disponível em: <https://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao/>.

muito ativa e criativa, produzindo *memes* próprios e vídeos, como a lindíssima produção *Desmedicalizando a timidez*,<sup>20</sup> feita em *stop motion*, com massinha de modelar, que teve 12 mil visualizações.

Na *fanpage* nacional, compartilhamos postagens de outras pessoas ou coletivos que dialogam direta ou indiretamente com a questão da medicalização da vida. Nesse conjunto, há notícias, política, divulgação de eventos parceiros, reflexões críticas em forma de textos, vídeos, *memes* e charges, com destaque para a produção completa de André Dahmer, bem como para as tirinhas do Calvin e das turmas da Mafalda, do Snoopy e do Armandinho.

Para além de compartilhamentos, também disparamos produções próprias que incluem breves postagens, dicas de leitura, momentos musicais, divulgação de eventos, além da criação de vídeos e *memes*. Quanto aos eventos, é importante ressaltar que, por falta de recursos, abolimos a impressão de cartazes de divulgação de nossos eventos há algum tempo. Apostamos na eficiência da divulgação pelas redes sociais, até porque os eventos dos seminários internacionais criados no Facebook atingiram mais de 7 mil pessoas.

Com relação aos vídeos, há muitas transmissões ao vivo de eventos nossos ou de parceiros, compondo um belo acervo, mas muitos vídeos do Facebook são os mesmos publicados no YouTube. A opção por duplicar a publicação, em vez de simplesmente compartilhar o link do canal, deu-se porque é visível o maior alcance dos vídeos quando postados diretamente no Facebook. Com a exceção do vídeo da bula da Ritalina (que teve 13 mil visualizações no YouTube, dez vezes mais que no Facebook), todos os vídeos têm mais visualizações quando postados diretamente no Facebook, ainda que sempre compartilhemos o link do YouTube.

Com relação aos *memes*, há produções que divulgam nossos canais de comunicação, nossos eventos e nossas publicações, como as recomendações, notas técnicas e anais dos seminários. Divulgamos, também, nossas conquististas políticas, como a aprovação de dias municipais de luta contra a medicalização ou a publicação das recomendações do Ministério da Saúde para prevenir a excessiva medicalização da infância. Do conjunto de *memes* produzidos na *fanpage*, selecionamos três para apresentar.

O primeiro se destaca pela densidade da discussão proposta. Nele, dois psiquiatras são confrontados: o norte-americano Cartwright e o caribenho

---

20 Disponível em: <https://www.facebook.com/desmedicalizapiaui/videos/1590092374371266/>.

Fanon. As duas perguntas no topo e o breve texto colado provocam crítica à suposta neutralidade científica, apontando, ao mesmo tempo, tensões no campo da produção de conhecimento:

Figura 1. Meme neutralidade científica



Fonte: página do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade no Facebook.

O *meme* a seguir, mais sucinto e com humor ácido, convoca a discussão sobre a relação entre médicos e indústria farmacêutica:

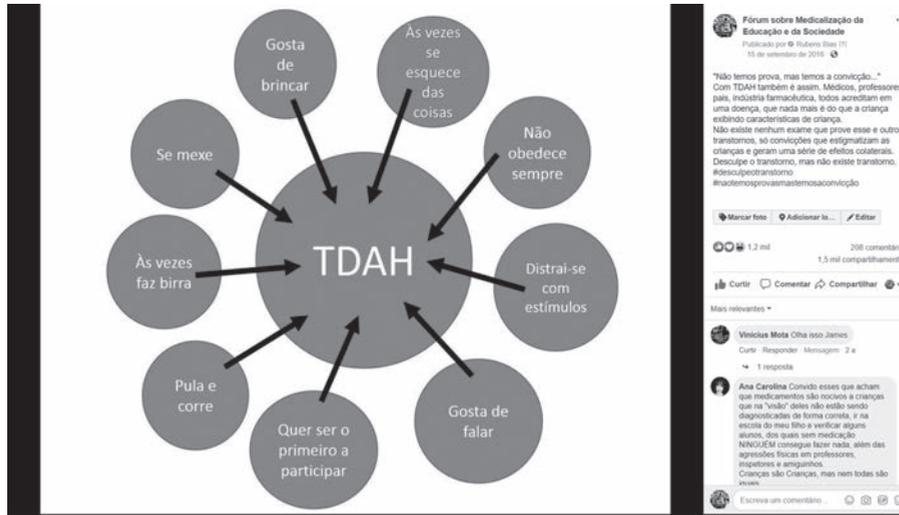
Figura 2. Meme indústria farmacêutica



Fonte: página do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade no Facebook.

Por fim, o último *meme* foi selecionado para ilustrar que, na *fanpage*, encontramos em muitas brincadeiras de correntes criadas no Facebook, tais como: “dez verdades e uma mentira”, a jornalista que corre atrás da entrevistada chamando “senhora”, entre outras. A corrente aqui ilustrada surgiu do “*powerpoint* do Dallagnol”, que gerou uma infinidade de *memes* na internet. No fórum, criamos três deles, sendo o abaixo o de maior repercussão:

Figura 3. Meme Dallagnol



Fonte: página do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade no Facebook.

Além do Facebook, também abrimos mais recentemente um perfil no Instagram. Criado em julho de 2016, o Instagram tem atualmente 1.583 seguidores. Nele, também criamos *memes*, ilustrados abaixo: o primeiro a partir da brincadeira de Síndrome da Criança Normal (SCN) criada por Rossano Cabral Lima, e o segundo, nossa adesão a uma campanha (“Você não”).

Figura 4. Memes SCN e da Campanha “Você não”



Fonte: perfil do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade no Instagram.

Certamente, o perfil de nossas redes sociais é menos duro do que o site. Aqui, de modo destemido e não romantizado, vivemos nosso lema: “Se eu não posso brincar, não é minha luta!”. (RUI..., 2015)

## Alguns impactos da atuação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

Tendo apresentado um breve histórico do fórum e suas principais estratégias para contribuir com o debate em torno da medicalização da vida, e com a construção de uma vida desmedicalizada, apresentaremos, brevemente, algumas repercussões da atuação que animam a luta.

Do ponto de vista do debate acadêmico, embora iniciado no Brasil há mais de 30 anos, sinalizamos como inegável que as ações do fórum contribuíram para sua ampliação. Vale destacar que o próprio fórum já foi objeto

de análise, como é o caso da dissertação de mestrado de Ferreira (2015), e do capítulo de livro de Monteiro (2014).

Segundo Viégas e Oliveira (2020), um simples levantamento na SciELO, usando como palavra-chave “medicalização”, indica um total de 281 publicações até março de 2019, sendo a mais antiga de 1983, que tinha como foco o marketing da indústria farmacêutica no incremento do consumo de medicamentos. Análise do ano de publicação indica uma produção modesta até 2010, totalizando 70 artigos, dos quais, 35 foram publicados após o aquecimento inicial do debate, embrião da criação do fórum, em 2007. Em 2010, ano de fundação do fórum no I Seminário Internacional, foram publicados doze artigos, e o período a partir de 2011 concentra mais de 74% das publicações, em tendência crescente. Daí as autoras concluírem que a articulação de movimentos como o fórum produz impactos na produção de conhecimento, ampliando e popularizando o debate sobre o que ele versa.

Trata-se de material diverso do ponto de vista das áreas, passando pela compreensão do que seja a medicalização e até mesmo do seu objeto de análise. A realização de um estado da arte de tais publicações será grande contribuição para compreender de forma aprofundada como tem se dado a produção de conhecimento sobre medicalização no Brasil.

Além da ampliação do debate nos meios acadêmicos, também é notável sua presença na chamada grande mídia. Desde que o fórum foi fundado, muitos de nós já fomos acionados pela imprensa tanto escrita como radiofônica ou televisiva. O fórum também participou de um documentário sobre medicamentos psiquiátricos, intitulado *Sem tarja*, da cineasta Rafaela Uchôa, que foi lançado em 2018 e que tem percorrido festivais de cinema.

Sempre que convocados, nos dispomos a participar, adensando a discussão sobre medicalização sem fazer concessão de qualquer ordem. Nessas entrevistas, não é incomum que sejamos mal interpretados, mal-entendidos ou deliberadamente distorcidos. Quando isso acontece, no entanto, vemos oportunidade para esclarecermos a discussão, retomando o debate nas nossas redes sociais e buscando ampliar sua compreensão.

Do ponto de vista das políticas públicas, a história do fórum é marcada por conquistas e derrotas. O PL que originou o fórum já foi derrubado e voltou à pauta algumas vezes, mostrando a necessidade de constante monitoramento das políticas e projetos de lei. Quanto às conquistas, conseguimos,

junto com outros coletivos, pautar a medicalização na Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH), em 2012 e 2015.

Ressaltamos, entre as conquistas políticas, a publicação, por parte do Ministério da Saúde, no ano de 2015, das *Recomendações para a adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos estaduais e municipais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes*. (BRASIL, 2015) Tais recomendações foram encaminhadas a todas as secretarias de saúde e, posteriormente, para todas as secretarias de educação do Brasil, em nível municipal, estadual e distrital. Reforçando a relevância do referido documento, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente aprovou a Resolução nº 177, em 2015, que dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, (CONANDA, 2015), reforçando as recomendações do Ministério da Saúde.

Além disso, como reconhecimento da relevância de nossa luta, fomos convidados a compor o Comitê Nacional de Promoção de Uso Racional dos Medicamentos do Ministério da Saúde, desde 2017. Como resultado do trabalho ali realizado, foi lançada uma publicação sobre o uso de medicamentos e a medicalização da vida, integralmente disponível *on-line*, intitulada *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. (BRASIL, 2018) Tal comitê continua atuante, resistindo contra todos os desmontes acelerados em 2019.

Finalmente, resultado da ação militante dos membros do fórum, hoje em vários municípios brasileiros foi promulgado um dia municipal de luta contra a medicalização da vida, data também promulgada no estado de São Paulo, sempre no dia 11 de novembro, como homenagem ao primeiro dia do nosso I Seminário Internacional. Dos municípios, ressaltamos São Paulo, Santos, Salvador e Montes Claros, além de mais de catorze municípios só no estado do Piauí. Os dias municipais têm sido momentos especiais para levar a pauta da medicalização em audiências públicas e nas ruas, praças e parques em várias cidades brasileiras. Neles sempre lançamos algumas campanhas como: “Vamos brincar e desmedicalizar a vida”, “Por uma vida sem rótulos” e “Dançemos na contramão”.

Cada um desses avanços desmedicalizantes, por mais modesto que seja, é resultado de muita luta. O desafio de nos mantermos em movimento se

amplia em tempos de tantos desmontes e desesperanças que convidam ao isolamento e à tristeza. Como retratamos no *Manifesto desmedicalizante e interseccional*:

O que estamos assistindo, desde muito antes de 2016, mas certamente acelerado depois do Golpe, é o desmantelo dos poucos e precários direitos sociais conquistados a duras penas, alimentado por uma máquina incessante de produção de mentiras e camuflagens, cujos impactos na vida objetiva e subjetiva das pessoas já são significativos. A Reforma Trabalhista ampliou a precarização dos direitos de trabalhadores, que, cobrados em flexibilidade, estão cada vez mais expostos à exploração e desvalorização; uma imagem amplamente divulgada nas redes sociais sintetiza o quadro de uberização da vida: uma jovem em uma bicicleta alugada de um banco, levando nas costas um isopor com o nome de um aplicativo de serviços de entrega, às vezes por 15 horas diárias, denuncia a total ausência de vínculo e a precarização de condições de trabalho e direitos. A Reforma da Previdência, literalmente negociada no Congresso Nacional, ‘com o Supremo, com tudo’, se destina apenas a soterrar ainda mais as pessoas num ciclo sem fim de trabalho sem valor e sem sentido.

Paralelamente, estimula-se o desprestígio e desqualificação de tudo o que é público e estatal, desmonte atualmente orquestrado pelo bombardeio de fake news. Nas matas, florestas, reservas e campos, acordos inescrupulosos com latifundiários, eufemisticamente tratados como agronegócio, aumentam ainda mais a vulnerabilidade dos povos indígenas, quilombolas e populações rurais tradicionais, que veem ameaçada não apenas a demarcação de suas terras, mas suas próprias vidas. Além disso, a produção agropecuária sustenta-se em um processo predatório que extermina o presente e o futuro, tudo regado em toneladas de agrotóxicos que envenenam nossa comida e água. Na saúde, sucessivos ataques ao SUS, sobretudo às políticas de atenção a grupos específicos que tendem a ser alvo de preconceito, sufocam profissionais e usuários: só para citar casos recentes, pesquisas e práticas responsáveis sobre o tratamento da dependência química, bem como sobre o cuidado de pessoas com HIV/AIDS, estão sendo negadas, escondidas e então substituídas por práticas obscurantistas, certamente atendendo a interesses econômicos,

religiosos e ideológicos. Na educação, a Reforma do Ensino Médio, o Escola Sem Partido e a terceirização da gestão das escolas para os militares buscam a regulação de corpos e marionetização das subjetividades de professores e estudantes; no ensino superior, o império da lógica produtivista engole o tempo necessário para garantir a qualidade técnica e ética do conhecimento científico, ampliando o sofrimento de estudantes e professores, que se encapsulam para dar conta do ritmo violento de produção. Em todos os territórios, predomina a tentativa de destituição da fala de todos aqueles que se contrapõem. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2019, p. 14-15)

O cenário é sombrio! Mas, seguimos em luta, cientes de que a lógica medicalizante alimenta o conservadorismo, que protege a sociedade de suas mazelas e que despeja no colo das pessoas a culpa pelas dificuldades de conduzir a vida com um mínimo de dignidade.

De fato, o fórum assume seu caráter político, de enfrentamento à medicalização da vida no Brasil, apostando na força da construção coletiva. Nesse fazer, o fórum passou por transformações significativas, não apenas na forma de conceber a medicalização, mas também na forma de conceber-se e se criar enquanto movimento. (RUI..., 2015) Como registramos na *Carta do IV Seminário*, “o movimento move e se move; como toda construção é provisório, e precisa se repensar constantemente. Nesse trajeto, cada um e todos nos construímos diferentes”. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2016, p. 3)

Escreveu Žižek (2012), ao analisar o filme *Batman Begins*: “O sistema dominante tem oprimido até a nossa capacidade de sonhar. Vejam os filmes a que assistimos o tempo todo. É fácil imaginar o fim do mundo, um asteroide destruir toda a vida e assim por diante. Mas não se pode imaginar o fim do capitalismo”. Daí, que, na pegada do Coragem, Amor e Coragem,<sup>21</sup> seguimos (re)existências. Inspirados em Galeano e em seu direito ao delírio,<sup>22</sup> insistimos: “Se não nos deixam sonhar, não os deixaremos dormir!”.

---

21 Em referência à poesia de Pedro Bomba. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=XT\\_WMQsze1g](https://www.youtube.com/watch?v=XT_WMQsze1g).

22 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Z3A9NyBYZj8>.

## Referências

ANGELUCCI, Carla Biancha; SOUZA, Beatriz de Paula. Apresentação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 7-13.

AUTO-REVERSE. Intérprete: O Rappa. Compositores: T. Sabóia, M. Lobato, L. Farias, Xandão, M. Falcão, V. Domingos & L. Queiroga. In: NUNCA tem fim. Intérprete: O Rappa. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 2013. 1 CD, faixa 2.

BARROS, Manoel de. *Menino do mato*. Lisboa: LeYa, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para a adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos estaduais e municipais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes*. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília, DF, 2018.

CAMINHOS do coração. Intérprete: Gonzaguinha. Compositores: Gonzaguinha. In: CAMINHOS do coração. Intérprete: Gonzaguinha. [S. l.]: EMI-Odeon, 1982.

CARVALHAL, Tito Loiola. Não era de cisperar? Cisgeneridade, interseccionalidade e medicalização. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 5., 2018, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2019.

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

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão (org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

CONANDA. Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 18 dez. 2015.

FERREIRA, Evelyn Tarcilda Almeida. *Uma análise do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade: práticas, política e psicologia*. 2015. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Manifesto do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, [s. l.], 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3c0h5W6>. Acesso em: 25 ago. 2019.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Dossiê sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://bit.ly/30hKgRF>. Acesso em: 25 ago. 2019.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação*. São Paulo: Grupo de Trabalho Educação & Saúde, 2012.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Carta aberta do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. In: SEMINÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 3., 2013, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2013.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *Nota técnica o consumo de psicofármacos no Brasil: dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014)*. São Paulo: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Carta do IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”. In: SEMINÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 4., 2015, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2016.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Manifesto desmedicalizante e interseccional: “existirmos, a que será que se destina?”. In: SEMINÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 5., 2018, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2019. p. 12-20.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

IRIART, Celia; IGLESIAS-RIOS, Lisbeth. La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão (org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p. 21-40.

MONTEIRO, Helena Rego. O dispositivo Fórum e o processo de desmedicalização. In: VIÉGAS, Lygia de Sousa; RIBEIRO, Maria Izabel Souza; OLIVEIRA, Elaine Cristina; TELES, Liliane Alves da Luz. *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: Edufba, 2014. p. 315-319.

OLIVEIRA, Elaine Cristina de; HARAYAMA, Rui Massato; VIÉGAS, Lygia de Sousa. Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário. *Revista Teias*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 45, p. 99-118, 2016.

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

RAFUCKO – medicalização nas mídias: expandindo o debate. *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. YouTube. 2015. 16'11". Disponível em: <https://youtu.be/jgTEWZd4E4U>. Acesso em: 25 ago. 2019.

RUI Harayama – Medicalização e movimentos sociais: onde há opressão há resistência. *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. YouTube. 2015. 24'53". Disponível em: <https://youtu.be/lvP3i4rCIXY>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SEMINÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 5., 2018, Salvador. *Anais [...]*. Salvador: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2019.

VIÉGAS, Lygia de Sousa. Psicologia Escolar e Educacional no Brasil: a importância da autocrítica. In: OLTRAMARI, Leandro Castro; FEITOSA, Ligia Rocha Cavalcante; GESSER, Marivete (org.). *Psicologia Escolar e Educacional: processos educacionais e debates contemporâneos*. Florianópolis: Edições do Bosque UFSC/CFH, 2020. p. 14-32.

VIÉGAS, Lygia de Sousa; OLIVEIRA, E. C. Pesquisas sobre medicalização no Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFBA: os estudos realizados no grupo EPIS. In: SILVA, Maria Cecília de Paula. *Grupos de Pesquisa e Produção do Conhecimento em Educação, Sociedade e Práxis Pedagógica no PPGFACED UFBA*. Salvador: Edufba, 2019. p. 155-151. v. 1.

ŽIŽEK, Slavoj. Ditadura do proletariado em Gotham City. *Blog da Boitempo*, São Paulo, 8 ago. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3n4zm1a>. Acesso em: 25 ago. 2019.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.



# Modernismo Profundo

---

*Rafael Puetter*

Meu nome é Rafael, mas meu apelido é Rafucko. Faço vídeos de sátira política no YouTube, alguns dos quais se tornaram virais, e por esse motivo fui convidado para este Seminário sobre Educação Medicalizada para falar sobre o meu trabalho. Sou, em muitos contextos sociais, inclusive neste em que me encontro agora, reconhecido como produtor de conteúdo, outras vezes como jornalista, em geral, como artista.

Ao contrário do que se espera, entretanto, não passarei este capítulo falando sobre mim ou versando sobre meu trabalho, por mais tentadora que seja essa oportunidade para um produtor independente com poucas chances tão preciosas para divulgar seu trabalho. Neste capítulo, falarei do trabalho de outras pessoas. Um trabalho que causou em mim uma revolução no olhar e influenciou tudo que fiz até hoje.

O leitor certamente já assistiu ao objeto de estudo deste capítulo, mas as chances são altas de não ter lhe dado a legitimação merecida, ou mesmo lhe atribuído o status de obra de arte no momento da visualização. Falarei aqui de uma forma de arte amplamente consumida, ao mesmo tempo que é completamente ignorada em seu valor. Quando reconhecida, é para ser diminuída. Em um futuro, espera-se que breve, será estudada, pois é uma arte que diz

muito sobre nós e o tempo em que vivemos. Uma arte que empodera indivíduos – e talvez, por isso mesmo, não seja tratada como tal.

Para que o leitor possa sair da sua zona de conforto, apresentarei esta forma de arte tal qual aprendemos nas escolas sobre Arte Renascentista, o período Barroco, ou o Romantismo, movimentos artísticos que mudaram os rumos da história. Pode parecer ambicioso, mas acredito que, ao final desta apresentação, há grandes chances de mudar esta percepção.

A primeira medida necessária para mudar nosso olhar sobre os trabalhos que são tema deste capítulo é dar-lhes um nome à altura de sua importância política e social. Neste capítulo, iremos estudar o movimento conhecido, a partir de agora, como Modernismo Profundo.

## Modernismo Profundo

Os primeiros acordes da música “Fico assim sem você”, interpretada por Adriana Calcanhotto, começam a soar. Na tela, o vídeo anuncia: “Claudinho e Buchecha – Fico Assim Sem Você – HD”.<sup>1</sup>

À esquerda, no Quadro 1, encontra-se o texto cantado pela intérprete. À direita, a imagem vista pelo espectador.

Quadro 1. O que se ouve, o que se vê

<i>Avião sem asa</i>	Um avião da Segunda Guerra Mundial com a asa quebrada.
<i>Fogueira sem brasa, Sou eu assim sem você</i>	Uma fogueira acesa. Transição para uma fogueira em brasas.
<i>Futebol sem bola</i>	Duas crianças jogando futebol em um campo de terra, precário. A bola é feita de sacos plásticos.
<i>Piu-piu sem Frajola Sou eu assim sem você</i>	O personagem Piu-Piu. Transição para uma foto do personagem Frajola.
<i>Por que é que tem que ser assim?</i>	Uma dezena de pessoas sentadas no chão de cimento formam um ponto de interrogação.
<i>Se o meu desejo não tem fim</i>	Foto da Via Láctea.
<i>Eu te quero a todo instante</i>	Foto de duas rosas.
<i>Nem mil alto-falantes Vão poder falar por mim</i>	Foto de um carro de som com centenas de alto-falantes.

continua...

1 Disponível em: <https://youtu.be/ckIZJq-sQXE>. Acesso em: 20 set. 2021.

<i>Amor sem beijinho</i>	Foto do doce popularmente conhecido como “beijinho”.
<i>Buchecha sem Claudinho</i>	Foto do cantor Buchecha. Transição para a foto de um homem desconhecido, ligeiramente semelhante ao cantor Claudinho.
<i>Circo sem palhaço</i>	Foto de uma tenda de circo. Transição para a foto de uma pintura de um palhaço triste.
<i>Namoro sem amasso, Sou eu assim sem você.</i>	Foto da silhueta de um casal na praia, com pôr-do-sol ao fundo. Transição para a foto de um tigre siberiano abraçando uma pessoa num ambiente com neve.

Fonte: elaborado pelo autor.

Certamente o leitor, se não conhece a obra supracitada, consegue pensar em outro trabalho semelhante, em que uma música de grande sucesso comercial é ilustrada com imagens estáticas, feitas por autores desconhecidos e desconectados com a gravadora responsável pelos direitos de distribuição da canção e mesmo desconhecidos do artista autor da canção.

Você saberia dizer a autoria da obra descrita na tabela acima? Engana-se quem disse Adriana Calcanhotto ou, ainda, Claudinho e Buchecha. O autor dessa obra chama-se Evertson Fernandes, e é pouco ou nada conhecido pelo público em geral – muito embora sua versão do videoclipe da música de sucesso tenha mais de meio milhão de visualizações (513.066). Para se ter uma ideia, no canal oficial da cantora Adriana Calcanhotto, o vídeo em que ela, sob o codinome Adriana Partimpim, canta a mesma canção ao vivo, coleta apenas um pouco mais, somando 669.782 visualizações.

Evertson faz parte do Modernismo Profundo, um movimento que está sendo negligenciado pela comunidade artística, pelas mídias, pelos intelectuais e, talvez, até mesmo por você. É um movimento marginal, de pessoas que fazem videoclipes de músicas famosas e postam no YouTube. Não são as gravadoras oficiais, mas pessoas comuns.

Antes de descrever o Modernismo Profundo, é preciso esclarecer que não entrarei no mérito de se suas obras são boas ou ruins. Eu poderia aqui expor um quadro de Pablo Picasso e, ainda assim, um leitor mais audacioso poderia dizer: “isso aí até uma criança pode pintar”. Então, é necessário afirmar que o movimento a ser descrito é, sim, uma forma de arte.

Modernismo, pois se trata de um movimento que pertence ao momento atual, ao presente, e profundo, pois é ainda mais novo que o Modernismo que

já conhecemos, e porque surge no Brasil profundo, um Brasil periférico às grandes cidades onde se concentram a indústria de arte *mainstream*.

Abaixo, algumas características do Modernismo Profundo, comuns à maioria de suas obras.

### **Literalidade versus abstração pessoal**

A cada palavra ou verso cantado da música, uma imagem estática é exibida na tela. Por vezes, o artista escolhe uma imagem literal para ilustrar o que está sendo cantado (por exemplo, a imagem de um avião sem asa para ilustrar o verso “Avião sem asa”). Em outros momentos, a decisão é oposta: uma abstração pessoal é o que motiva o artista a mostrar a foto de duas rosas no verso “Eu te quero a todo instante”. Alternando entre esses dois métodos, o artista compõe o videoclipe. Por vezes, os métodos se confundem, como quando o artista põe a foto do cantor Buchecha quando a música canta “Buchecha...”, mas usa uma foto de um homem aleatório para ilustrar o cantor Claudinho na continuação do verso “[...] sem Claudinho”.

### **Negação dos direitos autorais (copyright)**

Os autores de vídeos do Modernismo Profundo não levam em conta as leis vigentes de direitos autorais. Eles quebram o *copyright*, seja por ignorância de sua existência ou mesmo rebeldia e contraposição às leis em questão. As intenções não são claras, são diversas, mas levam a um mesmo resultado: a revolta de grandes gravadoras. Muitos desses videoclipes foram postos no ar antes de suas versões oficiais, e até mesmo processos judiciais foram iniciados em contrapartida ao movimento, retratando um aspecto da época em que o Modernismo Profundo se iniciou: a resistência do grande mercado de música aos serviços de *streaming*.

Em outro exemplo, o vídeo intitulado “A Poderosa é Você – Raça Negra”<sup>2</sup> exibe, abaixo da tela de visualização de vídeos, no campo dos comentários, um lembrete, feito por um espectador: “Essa música não é do Raça Negra, mas da Banda Brasil”. Apesar de ter sido feito há mais de dois anos, o

---

2 Acesso em: <https://youtu.be/KqV0ONc4O8>. Acesso em: 20 set. 2021.

comentário parece não ter afetado a artista, que não mudou o nome de sua obra, o videoclipe, até a data de hoje.

Além das canções de fundo, também as imagens utilizadas para ilustrar o que se canta constantemente mostram selos e marcas d'água de serviços de bancos de imagens. A ruptura com as políticas de *copyright* é completa, tanto sonora quanto visual. Uma nova visão de autoria, propriedade intelectual e remix tão poderosa é posta no trabalho, acarretando num potencial real de a obra mudar a sociedade a sua volta.

### **Efeitos e transições: estética amadora contemporânea**

Em três vídeos diferentes, apesar de terem sido feitos por autores do Amazonas, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, é possível perceber uma consistência estética e técnica em comum, em especial no que se trata dos efeitos e transições entre as fotos que ilustram os videoclipes. São transições básicas de programas de edição “não profissionais”, ou “amadores”, como o Page Peel (“virada de página”), Wipe (a nova imagem entra na tela arrastando a imagem anterior), entre outros. O uso de efeitos em comum por artistas que, de antemão, não se comunicaram entre si e vivem em estados tão distantes é retrato de seu tempo: o acesso de uma parte da população a determinadas ferramentas de edição de vídeo, como o Windows Movie Maker, para usuários do Windows, ou o iMovie, para usuários de Mac. Ferramentas de edição de vídeo não eram de acesso universal até algumas décadas atrás, pois a tecnologia de processamento de vídeo ainda custava muito dinheiro e ocupava muito espaço. Assim, como a ferramenta de *streaming* de vídeos (sendo o YouTube talvez a mais conhecida delas), que possibilita a veiculação das obras, os programas de edição são essenciais para a existência do movimento, e retratam, para o futuro, características da sociedade e da tecnologia que podem ser usadas para estudos importantíssimos sobre mudanças de paradigma e outras alterações socioculturais cujas dimensões ainda nem ousamos imaginar.

## **Ruptura com a gramática sem afetar o entendimento da mensagem**

“A música é linda e os slides estão legais, mas só quero te lembrar dos erros gramaticais”, diz um dos comentários no clipe Modernista Profundo da música “Jesus Cristo”, do cantor Roberto Carlos.<sup>3</sup> A obra em questão mostra, além de fotos literais e abstratas, a letra do texto cantado pelo intérprete. O texto, entretanto, sofre em diversos momentos alterações consideradas “erros” de acordo com a gramática normativa da língua portuguesa. A ruptura com a gramática demonstra uma ruptura com um purismo conservador e acadêmico e a construção de uma língua viva, que se deixa alterar tanto pelo acesso (ou a falta dele) à educação institucional quanto pelo sentimento, pela emoção e, até mesmo, pela intuição. As regras não importam, desde que o objetivo final da comunicação seja atingido, e o é. Apesar do lembrete do comentarista que inicia este parágrafo, muitas mensagens de apoio e admiração ocupam o mesmo campo de comentários. A mensagem fora comunicada com sucesso. O próprio crítico diz “apenas querer lembrar” dos erros, talvez por ele próprio ainda estar sendo impactado pela primeira vez pelo movimento do Modernismo Profundo.

## **Interação ultrarrealista com o espectador**

Talvez esse seja o movimento artístico que provoque a mais intensa e íntima interação entre criador e espectador, e entre os espectadores de todas as formas de arte que conhecemos até então. A começar pelo conteúdo dos comentários, que expõe, muitas vezes, uma intimidade do espectador a qual talvez nem seu círculo de amigos mais próximos fora da internet tenha tido acesso. “Até hoje quando ouço esta música penso no Marcelinho do Porto Alcobaca... eu amo ele ainda”, diz um dos comentários da usuária Elaine1975 no vídeo modernista profundo da música “Quando a Chuva Passar”, de Ivete Sangalo.<sup>4</sup> “Não sei como descrever essa música, mas sim, ela me emociona muito, obrigado Ivete”, diz outro comentário no mesmo clipe. O comentarista, nesse segundo caso, se dirige na segunda pessoa à Ivete Sangalo, cantora

---

3 O link de acesso ao vídeo foi removido.

4 Disponível em: <https://youtu.be/oA9OulNAXas>. Acesso em: 20 set. 2021.

reconhecida em dimensões continentais e a quem o acesso não se dá tão facilmente, pela dimensão de seu alcance. Sangalo provavelmente nunca lerá o comentário, mas isso é o que menos importa: a obra provocou no espectador o sentimento de proximidade tão grande, que ele falou com a artista em questão, mesmo que ela não o tenha ouvido. Além da exposição de si próprio, existe também a interação entre espectadores. A usuária “eva nice” comenta, em outro vídeo: “que tempo bom que não volta mais”, e outro usuário, Vander Gouveia, responde: “concordo com você eva nice”. Bom notar que o comentário de eva nice foi feito com três anos de diferença do comentário do usuário Vander Gouveia, demonstrando uma nova percepção de tempo e espaço promovida pela internet na sociedade. A obra se torna atemporal, atravessa anos e coleta, ao longo de sua existência, impressões e sentimentos que desafiam a noção do tempo cronológico linear que definia os acontecimentos até então.

Há ainda a interação direta entre espectador e autor da obra, como no caso do comentário na música tema da novela *A viagem*, de 1994, da Rede Globo, cujo *upload* pertence ao usuário Wallace Souza.<sup>5</sup> O usuário Wallace Soares comenta “O primeiro Wallace que eu vejo com U”, ao que o autor da obra o responde “kkkkk tem outros mais também rs. Lei que proibiu na época”.

Essas são apenas algumas das características em comum entre muitos objetos de arte disponíveis para visualização e apreciação em serviços de *streaming* de vídeos na internet. Tais características não são meras coincidências, mas de fato compõem uma linguagem em comum usada por indivíduos que se expressam através do audiovisual e que são, portanto, autores, artistas inovadores, agentes de transformação da sociedade em que estão inseridos – estando eles conscientes desta conclusão ou não.

O Modernismo Profundo provoca uma ruptura com estruturas fortemente enraizadas na sociedade em que vivemos, rupturas cujos efeitos talvez só sejam compreendidos e legitimados no futuro, uma vez que, no passado, eram inimagináveis e, no presente, são ignorados.

Foi assistindo a esses vídeos que me dei conta de que o povo brasileiro já é capaz de ser produtor de sua própria mídia, que não depende mais de grandes corporações para expor seus pensamentos e sentimentos, para concretizar

---

5 O link de acesso ao vídeo foi removido.

suas ideias e comunicar. Todas as questões expostas acima norteiam meu trabalho, que se baseia no princípio (cuja autoria é desconhecida): “Não odeie a mídia. Seja a mídia”. O empoderamento de classes que outrora não participavam do processo de comunicação, do processo político e das tomadas de decisão passa, invariavelmente, pelo Modernismo Profundo, direta ou indiretamente.

O objetivo deste capítulo é lembrar ao leitor de seu poder de *ser* sua própria mídia, para que ela ou ele não dependa mais de grandes corporações que controlam grandes meios de comunicação e enviam mensagens “de cima para baixo”, num movimento vertical, muitas vezes manipulando informações e invariavelmente defendendo os interesses comerciais de seus patrocinadores: os grandes bancos, a indústria farmacêutica, a indústria automobilística, entre outras instituições cujo objetivo principal é vender um produto, acumular dinheiro, sem necessariamente se preocupar com a manutenção da dignidade humana, do direito dos animais, da preservação do meio ambiente – ou seja, com os princípios básicos da sobrevivência humana na Terra.

Além de influenciarem a obra deste que vos falou e, agora, vos escreve, convidado pela organização do seminário para participar naquele auditório e estar nesta publicação, há ainda outra característica que grande parte dos vídeos desse movimento tem em comum: o número de visualizações dos modernistas profundos é consideravelmente superior às visualizações dos vídeos do meu canal “Rafucko”. Por isso, achei por bem expor esses trabalhos, cujos princípios e características em comum norteiam a minha criação, em vez de escrever páginas e páginas falando sobre mim mesmo. O objetivo é, ainda que ambicioso, influenciar outros indivíduos, grupos sociais e comunidades a criarem seus próprios conteúdos, explorarem suas linguagens e referências, para, assim, descentralizarem a comunicação e passarem a mensagem que desejam, como é o caso dos profissionais que me convidaram para este Seminário sobre Educação Medicalizada e o público que está lendo esta publicação.

# Memórias não póstumas de um seminário na Bahia<sup>1</sup>

---

Alex Frechette

Em 2011, Larry Antha lançou o livro *Memórias não póstumas de um punk*. Larry é vocalista da banda Sex Noise, que iniciou suas atividades em 1992. O livro conta suas vivências na cena underground musical do Rio de Janeiro, que frequentei com maior engajamento a partir do ano 2000, quando também montei minha banda de rock alternativo chamada Noitibó. Início este capítulo citando esse trabalho de Larry e essa vivência artística para explicitar que, enquanto estava vivendo naquele momento contracultural do começo dos anos 2000, não tinha um apego documental sistematizado dos meus trabalhos e, apesar de comprometido com a cena cultural que me rodeava e eu fomentava, alimentava intimamente um horizonte fora dela, uma perspectiva de reconhecimento comercial burguês (para que então pudesse me dedicar somente à música, sem precisar me preocupar com as contas cotidianas, eu me justificava). Este horizonte referencial me distanciava do presente da época, já que fazia tudo com vistas a esse hipotético futuro glorioso. Dito isto, cabe-me agora mencionar a referência direta de Larry, o livro *Memórias póstumas de Brás Cubas*, de Machado de Assis, como gancho inicial entre as

---

1 Agradeço a Guidi Vieira pelas contribuições na revisão deste capítulo.

memórias do seminário, minha atuação nas artes visuais e um panorama de sucesso transversalizado à medicalização.

O personagem de Machado, Brás Cubas, teve como objetivo na vida a invenção de um remédio infalível, “um medicamento sublime, um emplasto anti-hipocondríaco, destinado a aliviar nossa melancólica humanidade”. (ASSIS, 1991, p. 20), entretanto, o próprio personagem revela que estava mesmo era de olho na glória futura que porventura lhe poderia ser destinada, quando o emplasto enfim ganhasse vida. Ao descrever sua trajetória pessoal, contudo, notamos que Brás Cubas sequer faz um aceno, uma mínima aproximação à farmácia, à engenharia química, à biomedicina, enfim, à formação, estudo, pesquisa e trabalho para realizar seu empreendimento. Somente a ideia de “inventar” este emplasto já era como se este tivesse obrigatoriamente que tomar corpo por si só, impor-se na realidade como um passe mágico. Ter a “ideia” já era, em suma, fazer. Como Brás Cubas jamais precisara trabalhar, ele parecia nem mesmo saber iniciar ação tão complexa e monumental. Esse horizonte senso comum que ele ambicionava, um esnobismo frágil aliado à ideia de que tudo pode ser resolvido com uma pílula e que existe um modelo de sucesso que devemos em algum grau seguir e obter, é um sarro que Machado de Assis tira da aristocracia da época, classe que pode ser facilmente transposta para a classe média atual e que se impõe na figura do emplasto como um símbolo desta busca mágica de glórias. Lendo o livro de Larry, lembro-me que vivia parte da vida no underground como Brás Cubas, querendo postos mais altos, sem estar tão atento ao presente.

Desse modo, ao longo do texto, procurarei mostrar algumas das produções que realizei até aquele ano de 2015 e que mostrei junto à minha fala em Salvador, e como esses trabalhos estão imantados nas ideias de contracultura, de underground, de antiarte, e enredados na luta contra a ideia do indivíduo competitivo – portanto, numa busca incessante de liberdade. Para tal, utilizarei de duas figuras principais neste texto: Oswald de Andrade e Hélio Oiticica. Oswald de Andrade criou o conceito da Antropofagia, que, em resumo, baseia-se nas atividades dos indígenas canibais brasileiros e tem o sentido de “comer” o inimigo, apropriando-se de suas técnicas, mas mantendo-se independente destas, aliando-as ao seu conhecimento prévio. Já Hélio Oiticica foi o artista que de certa maneira ampliou esse conceito da antropofagia oswaldiana em outra geração, com suas instalações (os *penetráveis*), as *cosmococas*, e suas capas (os *parangolés*), objetos como *bóldes* etc., e que

inspirou também o tropicalismo musical (*Tropicália* foi, primeiro, um trabalho de Hélio, um ambiente feito com *penetráveis* e elementos tropicais como plantas, areia, araras; trabalho exposto na mostra *Nova objetividade brasileira*, realizada no Museu de arte Moderna do Rio de Janeiro – MAM/RJ, em abril de 1967). O poeta Waly Salomão sintetiza assim a ação do amigo:

Hélio Oiticica compreendia a tarefa do artista: abandonar o trabalho obsoleto do especialista para assumir a função totalizante de experimentador. De novos ambientes e novas formas de comportamentos. Elã global. Ele queria um papel de intenso envolvimento. Envolvimento. Tribalização. Afinal de contas nada impede que os pés calcuem de novo o caminho que os habitantes das cavernas abriram um dia sem tradição. (SALOMÃO, 2004, p. 25)

**Figura 1**



Minha caminhada dentro deste seminário se iniciou, portanto, com uma ação de arte, que foi a realização de um cartaz para o evento. Este tinha, como ideia inicial, a questão da pílula, um substrato moderno do emplasto machadiano. As cores da pílula e da personagem remetiam às pílulas do filme australo-estadunidense *Matrix*, de 1999. Em dado momento da história, o personagem principal do filme, Neo, um hacker, é chamado a conhecer

“a verdade”, já que a matrix é uma realidade simulada. Tem duas opções: “comer” a pílula azul para voltar a sua tradicional vida, ou optar pela pílula vermelha, pela qual obterá outros conhecimentos de que não desconfiava. Deglutir as pílulas seria como deglutir todas as ideias que estavam simbolicamente compactadas ali. O desafio seria igual ao da antropofagia oswaldiana: comer outras culturas, transformá-las em algo *nosso* e excretar o que não nos interessa. Achava interessante a referência cyberpunk de *Matrix* quando pensava no trabalho, mas queria colocar pontos de indeterminação e ambiguidade naquela imagem. Assim, a pílula matrix em meu cartaz tem as duas respostas concomitantes, bem como a personagem feminina que a segura, que tem as duas cores da pílula, azul e vermelho. Ela também é parte daquele “medicamento”: simultaneamente o veneno e o antídoto, um olho aberto e outro fechado, um semblante de desconfiança.

Também nessa época eu estava envolvido com o livro *Cypherpunks*, de Julian Assange e Jacob Appelbaum, Andy-Müller-Maguhn e Jérémie Zimmermann. (2013) Os cypherpunks são indivíduos envolvidos com criptografia na internet, e este livro fala sobre o futuro da rede, coisa que estava muito além do que Oswald de Andrade, morto em 1954, ou mesmo Hélio Oiticica, morto em 1980, poderiam vislumbrar. Mesmo sendo a internet um lugar possível para um ótimo banquete antropofágico, Assange (2013) alertou sobre o perigo do totalitarismo vindo através da rede, e dizia que o livro era uma espécie de aviso. Sua previsão não estava muito distante da realidade estadunidense: em 2016 o multimilionário de ultradireita Donald Trump ganhou a campanha presidencial do país, e, em 2018, no Brasil, foi eleito um ultraconservador que aproveitou-se das inúmeras informações falsas passadas pela internet para corroborar seus pontos de vista (em uma enorme campanha anti-PT, tapete oferecido pela grande mídia institucional) e chegar à presidência do Brasil, após o golpe jurídico-parlamentar que já havia levado Michel Temer à presidência. Hoje, em junho de 2019, o presidente, um dos maiores adeptos das redes sociais e do aplicativo de mensagens, depois de vazamentos de conversas em que seu Ministro da Justiça, o então juiz Sérgio Moro, e o procurador da Lava Jato, Deltan Dallagnol, articularam com um Ministro do STF a condução da denúncia para a prisão do ex-presidente Lula, Bolsonaro revela ironicamente que usará apenas telefones criptografados oferecidos pela Associação Brasileira de Inteligência (ABIN) para conversas oficiais. Assim,

o livro-alerta de Assange, fundador do WikiLeaks (organização transnacional sem fins lucrativos, que publica, de fontes anônimas, documentos, fotos e informações confidenciais, vazadas de governos ou empresas), dizia, já em 2013: “A internet, nossa maior ferramenta de emancipação, está sendo transformada no mais perigoso facilitador do totalitarismo que já vimos. A internet é uma ameaça a civilização humana”. (ASSANGE, 2013 p. 25) Com todos estes pensamentos e referências da época, realizei esta primeira arte para divulgação do evento.

Citei aqui primeiramente o livro de Larry porque este recorda, potencialmente, a riqueza de experiências que eu tinha vivido no *underground* musical carioca/fluminense, até mais ou menos 2010. Realizei com a banda mais de cem shows. Gravamos um CD e três EP (CD com número de músicas reduzido). Fizemos várias apresentações em programas de rádio e TV. Saímos em diversas matérias em zines e jornais. Todo aquele arcabouço anarcocultural, na época, era importante, mas começou a fazer um sentido racional, sensorial e conceitual mais forte para mim anos depois, quando, em 2010, comecei a fazer diários de desenhos, documentando os lugares onde estava, numa atitude simples que consistia em interiorizar as paisagens do mundo e devolvê-las em linhas, formas e planos. Era a maneira que eu encontrava de voltar a algum centramento, algum pilar que eu abandonara, mas que, através da linguagem das artes plásticas, retomava. Percebi então que o glorioso não era mais um futuro por vir (um emplasto com meu rosto), mas poderia ser as experiências deglutidas do presente. Coisas tão pequenas quanto fazer um desenho de observação passaram a ter um gosto novo. Assim, minha proposta de intervenção inicial no seminário era a de desenhar alguns pontos do encontro, assim como os diários de desenho de observação que eu vinha fazendo, registros estes em que eu “comia com os olhos” o que me envolvia a ponto de transformar minha visão de mundo, ou mesmo “desver o mundo”, como lembrava Manuel de Barros.

Preciso, antes de prosseguir, alertar que existem outros trabalhos escritos que relembram os tempos do rock do Rio de Janeiro desta época, como os livros *Niterói Rock Underground: 1990-2010* e *coLUNAs: 20 anos de cultura alternativa na cena do Rio de Janeiro*, do jornalista Pedro de Luna (2017), que também se dedica a reconstruir as histórias daquele período. Posso também citar, nesse sentido, o livro de Jorge Rocha (2013), *Rock Maya*, sobre o evento

de rock que ocorria na praça Oito de Maio, em Rocha Miranda, subúrbio do Rio de Janeiro. Busco documentar isto no sentido de auxiliar a plasticidade da memória, com vistas a uma possível fortuna crítica do período desta cena musical marginal fluminense dos anos 2000, que, como disse, foi de extrema importância para minha trajetória posterior. Esses livros, iniciativas independentes e esforçadas de historicizar aquele momento, para mim ligam-se a esta iniciativa documental de também rememorar o IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”.

A documentação através de desenhos, algo comum também na antropologia, era algo que, de certa forma, eu trazia desde a infância comigo. O desenho como uma espécie de facilidade técnica que, de certa forma, foi solidificada a partir dos dez anos de idade, depois de me dedicar praticamente todos os dias ao desenho nas férias escolares do 3º para o 4º ano. Logo criei um álbum de figurinhas com personagens da Disney, todos os que eu conhecia e gostava. Desenhava estes personagens que copiava das revistas em quadrinhos, um a um, em um pequeno bloco de notas que tinha ganho com folhas totalmente brancas, algo muito valioso em minha infância de blocos pautados (pautados com linhas e ideias dos adultos). Minha mãe deu a ideia de juntar estes desenhos em um caderninho, e recordo-me agora da excitação do dia em que fomos a uma papelaria comprar este caderno. Considero-o, hoje, minha primeira publicação organizada, uma produção paradigmática do que faria posteriormente.

Já as iniciativas que me guiaram na adolescência vinham do conceito *faça você mesmo*, referência do movimento punk, de fundo teórico anarquista. Foi dessa maneira que também criei, por exemplo, em 2002, junto a Andréa Amado, o site *HUMZine*, um zine eletrônico sobre a cena artística alternativa brasileira que chegou a virar tabloide impresso, com três mil cópias em uma dada edição. Foi também em 2003 que fiz um CD-ROM de poesias chamado *Cadê meu teleprompter?* Era uma maneira de publicar algo que poderia ser feito em série, mas de maneira barata, já que eu poderia pagar pelos CD virgens para posterior gravação do CD-ROM, mas por uma tiragem de livros independentes, não. Em 2004, soube da primeira possibilidade de publicação de livro de pequena tiragem pela fábrica de livros do Senac-RJ, e foi assim que lancei meu primeiro livro independente, chamado *Átimo* (FRECHETTE, 2004), um romance; depois, em 2005, mais uma publicação independente,

*Catraca* (FRECHETTE, 2005), uma prosa poética; e, em 2006, *7 milhões de libras esterlinas* (FRECHETTE, 2006), um livro de poesias. Estas foram publicações pré-engajamento com as artes plásticas.

Quando fui admitido na Escola de Belas Artes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fiquei, assim como muitos estudantes, interessado em aprimorar minha técnica de desenho, que já tinha desenvolvido em casa e (depois de concluído o segundo grau) em cursos livres no Senac-RJ. Eu não sabia que estava mergulhando em um mundo de amplidões e ambivalências, que, sem dúvida, me fez mergulhar ainda mais profundamente em mim mesmo. Nessa época, li o livro de Hans Staden (2000) sobre o canibalismo de tribos indígenas brasileiras tupi – que deu origem à tela *Abaporu (o comedor de gente)*, de Tarsila do Amaral e, posteriormente, à antropofagia oswaldiana –, e estive pela primeira vez em um *penetrável* de Hélio Oiticica. O impacto com o trabalho de Hélio foi tão grande que não quis mais procurar nada seu, me contentava com aquela experiência inicial. Muitos anos se passaram até que tive coragem de encarar sua radicalidade e compreender um pouco melhor sua obra e trajetória conceituais.

Pensando em Hélio Oiticica agora, neste Brasil distópico de 2019, lembro o texto *Brasil Diarreia*, escrito por ele em 1970, que é uma espécie de manifesto contra as ideias do senso comum, contra o reacionarismo “paterno-cultural” (OITICICA, 1970), contra as ideias de homem cordial. Hélio Oiticica, em dado momento, abandonou as exposições convencionais para criar sua arte fora do circuito institucionalizado, assim como eu procuro também fazer, em uma constante busca de reinvenção de si. Hélio dizia, quando morando em Nova York, fazendo traduções para sobreviver, que estava no *under-underground*, zona ainda mais marginalizada que o *underground* novaiorquino, que tinha status de *cult*. A condição marginal de Hélio parecia buscada, e talvez só assim poderia, em certo grau, exercer sua independência artística. Dizia ele: “Assumir uma posição crítica: aspirina ou a cura?”. E completa: “Pensar em termos absolutos é cair em erro constantemente”. Abrir-se, enfim, aos riscos, às dúvidas e às ambivalências. (OITICICA, 1970)

Dessa maneira, em 2015, quando a possibilidade de um golpe jurídico-midiático-parlamentar ainda nos dava a impressão de que não emplacaria, apresentei meus trabalhos no seminário, ainda no rastro das ações de 2013, das Jornadas de Junho, apresentando alguns desdobramentos desse momento

brasileiro que hoje está sob disputa de narrativa (se essas jornadas tinham a intenção de consolidar o golpe futuro ou não). No dia 2 de setembro de 2015, comecei a fazer os desenhos do diário do seminário, começando pelo exterior do prédio do Sebrae:

**Figura 2**



Minha intervenção artística era a continuação de meus diários, que começaram em junho de 2010, após o fim da banda da qual eu fazia parte à época, a Cartas à Julie-Marie, bem na época em que comecei a trabalhar como professor de artes na rede estadual de educação do Rio de Janeiro e sob o impacto da morte de minha mãe e da consequente mudança temporária de endereço residencial. Assim, comprei um caderno e caneta nanquim, passando a desenhar meu entorno, pois me sentia como que perdido, sem conseguir ver as coisas realmente. Ramificou-se esta ação desse diário de desenhos em muitos outros, passando eu a uma certa compulsão em registrar cotidiano e viagens. Sentia como se tivesse reencontrado algo que tinha perdido: a aptidão do desenho.

Foi apenas com nanquim e posterior tratamento digital que registrei em desenho a mesa “Abordagens críticas da infância: olhares da psiquiatria, da fonoaudiologia e da educação”, realizada no dia 2 de setembro de 2015.

**Figura 3**



A perspectiva do desenho mudou quando compus, no dia seguinte, a mesa “Medicalização nas mídias: expandindo o debate”, junto a Lygia Vié-gas, Luana Lobo e Rafucko, com mediação de Kwame Yonatan. Fiz o dese-nho da mesa enquanto Lygia se apresentava, tendo em foco também uma das intérpretes de libras do evento. Logo no começo da mesa, Lygia tam-bém expôs a primeira arte que eu havia feito para o fórum, intitulada *Se não posso brincar, não é a minha luta*, transformada em bandeira. Depois que Rui Harayama me passou esta frase e o tema do trabalho, pensei em um punho cerrado, que simboliza a luta, porém, inserido num jogo: o antropofagiza-do Joquempô, mais conhecido como Pedra, Papel e Tesoura. A pedra seria o punho fechado do jogo, e as mãos foram feitas em linhas bem simples e despojadas. O trabalho foi preenchido com cores primárias, como a ludici-dade de um jogo pede.

**Figura 4**



**Figura 5**



Fonte: Guidi Vieira.

“A memória é uma ilha de edição”, dizia Waly Salomão em um de seus poemas (1996), e enquanto edito as minhas memórias do Seminário

relembro que Waly escreveu o livro *Qualé o parangolé*, que fala de sua relação com Hélio Oiticica de modo, como ele define, “enviesado”. Escrevi sobre esse livro de Waly no meu *Diário de leituras*, lançado em 2014, escrito entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013, no qual falo de todos os livros que li no período. Levei o *Diário de leituras*, assim como os livros *Diário de classe* e *Diário em progresso*, para a sessão de lançamentos de livros que ocorreu também no seminário, no dia 3 de setembro de 2015, à noite.

As ilhas de edição hoje são os computadores portáteis. Minhas imagens foram capturadas em desenhos e editadas no computador. À minha frente, capturando as imagens através de uma filmadora, estava Nancy Viégas. Soube ali, no evento, que Nancy era a Nancyta, que eu tinha conhecido em 2004 no festival musical Ruído, no Rio de Janeiro. Na época me impressionei muito com o som de Nancyta e os Grazzers, CD que recebi no dia e sobre o qual escrevi no jornal independente que eu publicava à época, o já citado *HUM-Zine* (que em 2004 já havia sido rebatizado como *HUMEletrônico*). As memórias se conectaram, de modo que as registrei, o que resultou na ilustração Figura 6.

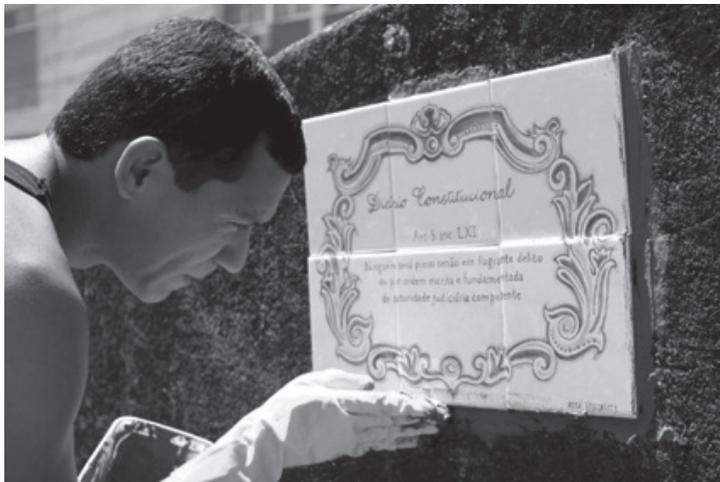
**Figura 6**



Em minha fala, comecei mostrando os azulejos que eu vinha fazendo, com artigos variados da Constituição brasileira, em estilo (proto)rococó, e

que eu havia afixado nas ruas, como uma brincadeira com uma pretensa historicidade de origem portuguesa e igualmente pretensa oficialidade do azulejo. Esses trabalhos foram batizados de *Diário constitucional* e realizados ao longo, principalmente, de 2014, e o que me impulsionou foram as violações constitucionais de 2013 – como, por exemplo, as prisões arbitrárias e aleatórias de manifestantes políticos. “Museu é o mundo”, como dizia Hélio Oiticica, noção que adotei principalmente nesse trabalho.

**Figura 7**



Em seguida, mostrei outra série, dessa vez feita com mosaicos de recortes religiosos. O que me motivou a criar esse trabalho foram os ataques que terreiros de candomblé e umbanda estavam sofrendo em favelas cariocas, sendo invadidos e depredados a mando de traficantes recém-convertidos a religiões neopentecostais. Foram divulgados vídeos e fotos desses religiosos de matriz africana sendo obrigados a quebrar suas imagens sagradas. Assim, fiz o trabalho denominado *Diário ecumênico*, primeiramente indo a templos religiosos diversos e coletando seus panfletos e publicações e, depois, misturando tudo, de modo a fazer colagens que formavam diversos líderes e renomados representantes religiosos, forçosamente unindo inúmeras religiões em consonância para legibilidade das imagens.

## Figura 8

Dois exemplos do *Diário ecumênico*: Zélio de Moraes, médium considerado anunciador da umbanda, e Krishna, Deus personificado do hinduísmo



As greves que ocorreram em 2014 no Rio de Janeiro – como a dos garis e a dos professores – tiveram bastante impacto na cidade. Ao mesmo tempo, começou-se a construir midiaticamente a já esperada criminalização dessas greves, assim como a de outros profissionais, como dos museus, por exemplo. A Copa do Mundo de Futebol já batia às portas da cidade, mostrando também as garras do espetáculo totalizante. Lendo uma entrevista do artista Carlos Zilio (2006), na qual ele conta que, enquanto preso na época da ditadura, por se envolver com a guerrilha, tinha pintado pratos que eram esquecidos em sua cela, lembrei-me do ditado popular “não cuspa no prato que você comeu”. Pareceu-me apropriada a situação que eu observava no dia a dia, de trabalhadores reclamando de outros trabalhadores que reclamavam por seus direitos. Parecia que todos os direitos que tínhamos haviam caído de mão beijada, e que não tinha sido necessária muita luta anterior para que pudéssemos chegar a uma situação de cidadania e de direitos humanos mais ou menos digna. Ocorreu-me então a articulação entre esses fatos, então pintei cenas já

iconizadas por fotografias de cenas de resistência civil pelo mundo, presentificando o ditado. A série chamou-se: *Não cuspa no prato que você come, ou seja, não rejeite seus próprios direitos, inclusive o direito à greve.*

**Figura 9**



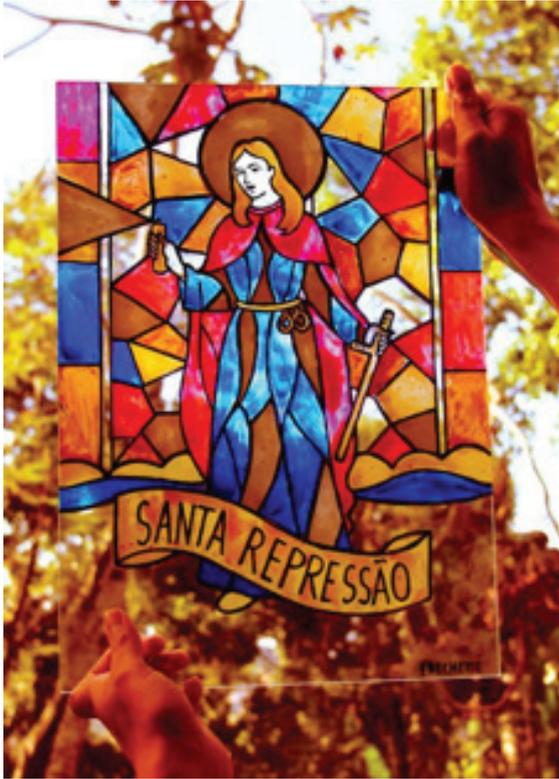
O suporte também precisa trabalhar para a arte: neste caso, os pratos são de plástico para metaforizar a fragilidade dos nossos direitos.

Em seguida, baseado no ensaio “O capitalismo como religião”, de Walter Benjamin, de 1921 – em que o autor diz que o capitalismo seria como uma celebração de um culto à culpa, transformado em universal<sup>2</sup> –, realizei, através de uma técnica chamada falso vitral, vários ícones idolatráveis: Santa Repressão, Santa Obsolescência Programada, São Conformismo, Santa Gentrificação etc. A técnica empregada consiste apenas em pintar um vidro inteiriço, e não fazer junções de pedaços de vidros coloridos com estrutura de ferro, como acontece com um vitral tradicional. A técnica assim me parecia perfeita: falsos vitrais para falsos ídolos.

---

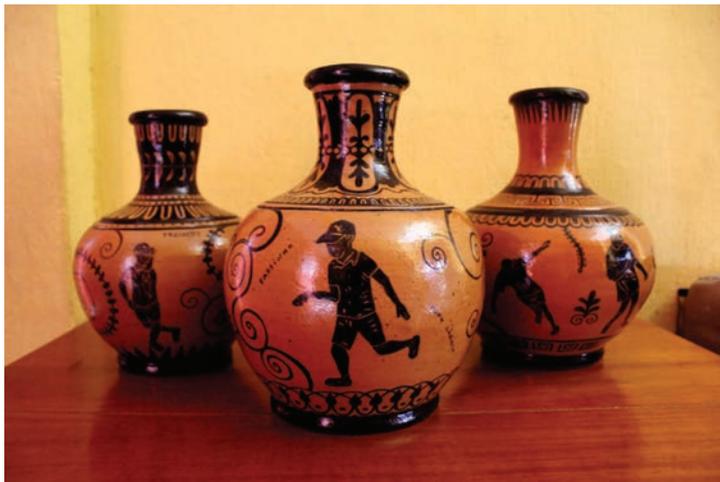
2 “Em primeiro lugar, o capitalismo é uma religião puramente cultural, talvez até a mais extrema que já existiu. Nele, todas as coisas só adquirem significado na relação imediata com o culto; ele não possui nenhuma dogmática, nenhuma teologia. Sob esse aspecto, o utilitarismo obtém sua colaboração religiosa”. (BENJAMIN, 2013, p. 21)

**Figura 10**



Fazendo também um jogo com a questão histórica, comendo oswaldianamente a cultura grega antiga, pintei vasos como aqueles antigos, da região grega de Ática, chamados de “vasos de figuras negras”, por conta de seu processo de queima. Substituí estas figuras dos gregos (que não são negros) para os dançarinos do Passinho, dança surgida nas periferias das favelas do Rio de Janeiro, unindo estas duas culturas afastadas pelo tempo, sendo que o reconhecimento cultural do Passinho ainda é insipiente. Dei a esse trabalho o nome de *Diário do Passinho*.

**Figura 11**



Em seguida, apresentei os cadernos da série *Diário de escola*. Meu desejo inicial era, de certa maneira, dar visibilidade às crianças para as quais eu dava aulas na rede municipal de ensino no Rio de Janeiro e que tinham demandas tão múltiplas, complexas e extensas que era realmente difícil para mim lidar com elas. Um dos fatos que me chamou a atenção logo que comecei a dar aulas para a educação infantil é que muitas das crianças tinham o caderninho oferecido pela prefeitura e, também, uma caneta esferográfica, mas não um lápis de grafite, como eu tivera em minha infância. Usar a caneta era só para depois, quando estivesse mais velho e aprendesse a não errar tanto, já que depois de o erro ser sacralizado com a caneta, não tinha jeito de apagar. Já as crianças do Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) não tinham esta questão, e descobri que usavam canetas porque estas duravam muito mais que os lápis, que quebravam e acabavam rapidamente. Assim, resolvi juntar essas informações e desenhar os meus alunos nesses cadernos com esferográfica, somente. Estas artes depois foram utilizadas no livro *Conversações em psicologia e educação*. (COMISSÃO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO DO CRP-RJ, 2016)

**Figura 12**



Mal sabia eu que, dois anos depois deste seminário, seria diagnosticado com a Síndrome de Burnout, depois de sofrer estresses vários, típicos do trabalho de professor no município, por conta do reflexo da violência social nas escolas e da precariedade estrutural. Depois de uma aula, ao voltar para casa e ficar ilhado em um tiroteio que matou duas crianças de escolas próximas, pedi exoneração. Foi a maneira que encontrei na época para tentar manter a saúde mental em meio a tanta violência. A violência me impulsionou a fazer as primeiras séries de 2013, levantando as bandeiras dos direitos humanos, me levou a espaços de reinvenção, e, com a chegada da Copa do Mundo de Futebol FIFA 2014 no país inteiro, tendo o Rio de Janeiro como um dos palcos principais, quis novamente apropriar-me da técnica do “inimigo”, porém, mantendo-me, como avisava Oswald, tanto quanto possível emancipado desta. Foi assim que comecei a fazer releituras, trabalhando a história da arte.

A história da arte documentada e valorizada, obviamente, é uma história europeia ou estadunidense, de acordo com a qual as Américas, a África ou o Oriente pouco aparecem. Parodiei telas conhecidas de artistas renomados, como Picasso, Van Gogh, Dalí, Munch, Goya, Matisse etc., inserindo seus trabalhos icônicos na realidade brasileira de 2014, mantendo elementos das cenas da época. O trabalho em que releio Picasso ficou conhecido na imprensa mundial, principalmente espanhola, como *Guernica de las Calles*, e recebeu uma grande matéria no jornal *El Diario*, escrita por Bernardo Gutiérrez,

denominada “El Guernica de las calles contra la FIFA”. A matéria explicava as mudanças que eu havia feito no trabalho do Picasso, que o usou originalmente para criticar a invasão da cidade basca de Guernica em 1937. Substituí a lâmpada da Guernica oficial pela bola de futebol; uma figura que aparecia flutuando, no original, pela de José Guajajara, que se mantinha na árvore da aldeia Maracanã, em protesto para que a construção que fica ao lado do famoso estádio – e que é de poder dos índios – não virasse um estacionamento, como queria o governador da época, Sérgio Cabral. Coloquei a figura de Claudia Ferreira, arrastada por uma viatura da polícia carioca no asfalto; o pedreiro Amarildo, também assassinado pela PM; o SMH, que era a sigla que ficava marcada nas portas dos cidadãos que seriam despejados pela Secretaria Municipal de Habitação (como o “PR”, de Príncipe Regente, pintado nas portas das casas daqueles que teriam que abandoná-las para a chegada da ocupação da corte portuguesa, em 1808); um cavalo sendo substituído pelo mascote da Copa; um tatu gritando; o estádio onipotente; o clima de guerra que estava na cidade: tudo isso tentei retratar com essa e mais outras dezessete releituras da série.

**Figura 13**



Esses trabalhos construíam um elã que tinha o intuito de transformar a náusea em algo produtivo. Assim, finalmente, a partir do lema de Hélio Oiticica no poema-bandeira *Seja marginal, seja herói*, realizei também minha

releitura, que deixo como última imagem destas memórias, com um termo bastante repisado à época: *seja vândalo, seja herói*.

**Figura 14**



## **Referências**

ANTHA, Larry. *Memórias não-póstumas de um punk*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2011.

ASSANGE, Julian. *Cyberpunks: liberdade e futuro da internet*. São Paulo: Boitempo, 2013.

ASSIS, Machado de. *Memórias póstumas de Brás Cubas*. São Paulo: FTD, 1991.

BENJAMIN, Walter. *O capitalismo como religião*. São Paulo: Boitempo, 2013.

COMISSÃO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO DO CRP-RJ (org.). *Conversações em psicologia e educação*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia 5ª Região, 2016.

FRECHETTE, Alex. *Átimo*. [S. l.]: s. n., 2004.

FRECHETTE, Alex. *Catraca*. [S. l.]: s. n., 2004.

FRECHETTE, Alex. *7 milhões de libras esterlinas*. [S. l.]: s. n., 2004.

LUNA, Pedro de. *Niterói Rock Underground: 1990-2010*. Rio de Janeiro: Ilustre, 2012.

LUNA, Pedro de. *coLUNAs: 20 anos de cultura alternativa na cena do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ilustre, 2017.

OITICICA, Hélio. *Brasil diarreia*. [manuscrito, 1970]. Disponível em: <http://icaadocs.mfah.org/icaadocs/tHearcHiVe/Fullrecord/tabid/88/doc/1090409/language/enus/default.aspx>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROCHA, Jorge. *Rock Maya*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

STADEN, Hans. *Duas viagens ao Brasil: primeiros registros sobre o Brasil*. São Paulo: Beca, 2000.

SALOMÃO, Waly. Carta aberta a John Ashbery. In: SALOMÃO, Waly. *Algaravias: câmara de ecos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

SALOMÃO, Waly. *Helio Oiticica: qual é o parangolé?* Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

ZILIO, Carlos. Que história é essa? *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 7-21, 2006.

PARTE IV

**PERTURBAÇÕES DESDE O FÓRUM  
SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA  
EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE**



# **Nota Técnica: o consumo de Ritalina, Concerta e Venvanse no Brasil (2007-2015)**

*Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*

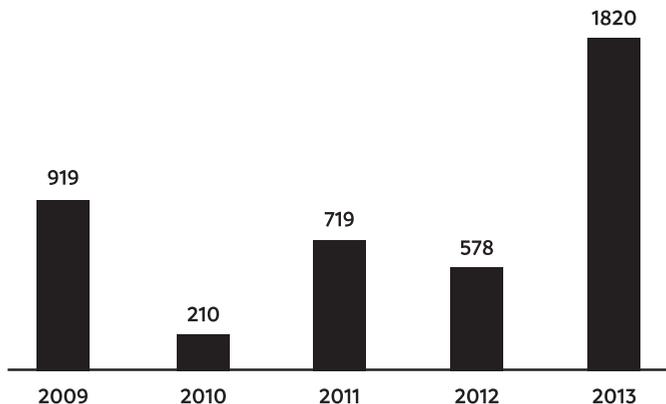
Ritalina, Concerta e Venvanse são medicamentos psicoestimulantes indicados para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Apesar de o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) afirmar que “as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização” (REBRATS, 2014, p. 9), o consumo dessas substâncias cresce a cada ano.

Em relatório de 2015, a Comissão Internacional de Controle de Narcóticos afirma que o aumento da fabricação de metilfenidato é um fenômeno global:

A fabricação de metilfenidato e o seu uso para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) continua a aumentar em todo o mundo. Em 2013, a fabricação mundial alcançou um novo recorde de quase 72 toneladas. Os Estados Unidos da América continua sendo o maior fabricante, responsável por 77% de toda o Metilfenidato fabricado. Em 2013, o Reino Unido e Irlanda do Norte foi o segundo maior fabricante da substância e foi responsável por quase 20% de todo o Metilfenidato produzido no mundo. Os países com os maiores níveis de consumo per capita reportado em 2013 foram, em ordem decrescente, Islândia, Bélgica, Suécia, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Dinamarca, Nova Zelândia, Chile e Alemanha. (ONU, 2015, p. 33)

O Brasil, apesar de não estar entre os dez maiores consumidores mundiais *per capita*, apresenta crescente importação do metilfenidato, que passou de 578 kg importados em 2012 para 1820 kg em 2013 (ver Tabela 1), aumento de mais de 300%.

Tabela 1 – Importação de metilfenidato (quilograma)



Fonte: ONU (2015).

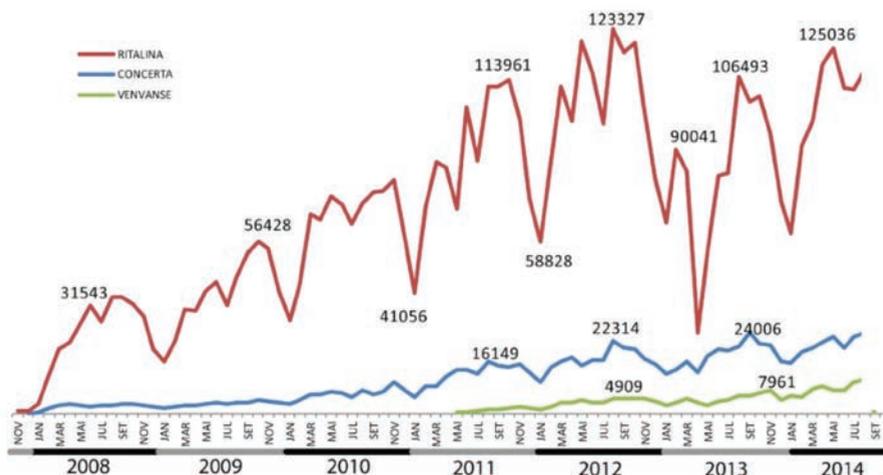
Segundo o Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS, 2014), estão aprovadas para o tratamento do TDAH no Brasil as seguintes substâncias: lisdexanfetamina – princípio ativo da Venvanse, fabricada pela Shire; metilfenidato – princípio ativo da Ritalina e Ritalina LA, ambas fabricadas pela Novartis, e do Concerta, fabricado pela Janssen; e atomoxetina – princípio ativo da Strattera, fabricada pela Eli Lilly. Essas substâncias são comercializadas em formulações patenteadas, sem genéricos disponíveis (conforme Lei nº 9787/99) e com grande variação de preço. Segundo a lista de preços de medicamentos da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a caixa com sete comprimidos de Strattera 10 mg sai ao custo de R\$ 3,81, ao passo que uma caixa de Concerta 54 mg sai ao custo de R\$ 431,89. Se a comparação for realizada por comprimido, cada unidade pode sair de R\$ 0,55 a R\$ 14,60.

O aumento da quantidade de metilfenidato fabricado é proporcional ao aumento do consumo em todo o mundo e pode ser atribuído a várias razões, como:

- o aumento do número de pacientes diagnosticados com TDAH;
- a ampliação da faixa etária dos pacientes que são suscetíveis de receber a prescrição de metilfenidato;
- o aumento do uso em adultos;
- erro no diagnóstico de TDAH e prescrição indevida de metilfenidato;
- a falta de diretrizes médicas adequadas relativas à prescrição de metilfenidato;
- a oferta do mercado cada vez maior em muitos países;
- as práticas comerciais influentes, ou de marketing agressivo, por parte de fabricantes de preparados farmacêuticos que contêm metilfenidato;
- a pressão da opinião pública, como a exercida por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para o tratamento de TDAH. (ONU, 2015 p. 39, grifo nosso)

Os dados obtidos junto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), solicitados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, por meio da Lei de Acesso à Informação, consolidam os dados de venda de Unidades Físicas Distribuídas (UFD) em farmácias de todo o Brasil, de outubro de 2007 a setembro de 2014 (ver Gráfico 1).

Gráfico 1 – Venda de caixas em Unidades Físicas Distribuídas por mês



Fonte: SNGPC (2015).

Desde a criação do SNGPC, em março de 2007, os dados da venda dos medicamentos analisados cresce. A Ritalina, cloridrato de metilfenidato, registrou venda de 58.719 caixas em outubro de 2009 e 108.609 caixas em outubro de 2013, um aumento de mais de 180% em 4 anos.

O período também apresentou aumento nas vendas de outros produtos similares para o tratamento do TDAH, como é o caso do Concerta (cloridrato de metilfenidato) e do Venvanse (lisdexanfetamina).

A busca no SNGPC por atomoxetina, princípio ativo da Strattera, fabricada pela Eli Lilly, não retornou resultados, o que significa que o sistema não acusou venda do medicamento entre outubro de 2007 e setembro de 2014. Isso se deve ao fato de o medicamento ser vendido sem talonário especial. Apesar de ter sido criado em 2007, devem ser considerados os dados do SNGPC a partir de 2009, quando houve efetiva adesão das farmácias particulares ao sistema do SNGPC.

Na publicação feita pelo Órgão Internacional de Controle de Narcóticos (International Narcotics Control Board [INCB]), ressalta-se que:

O uso do metilfenidato para questões médicas aumentou significante nos anos 1990s [...]. O aumento da fabricação e uso do metilfenidato é, principalmente, resultado da expansão da substância nos Estados Unidos, onde ela é frequentemente prescrita para o tratamento do TDAH e é fortemente anunciada, incluindo a propaganda direta para os consumidores potenciais. Entretanto, desde o ano 2000, o uso do Metilfenidato para o tratamento do TDAH tem crescido de forma acentuada em outros países. (ONU, 2015, p. 39)

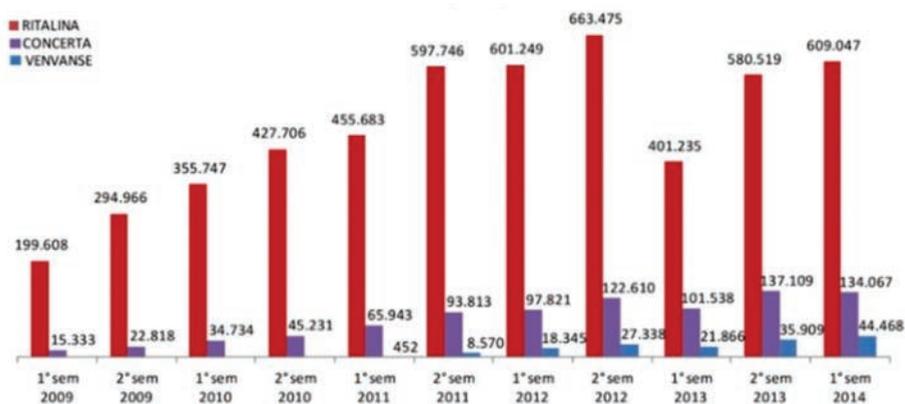
Ainda, em curto prazo, o uso do metilfenidato promove cefaleia, desinteresse, euforia e “olhar parado” e, em longo prazo, dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura (cf. ITABORAHY; ORTEGA, 2013; ORTEGA et al., 2010), entre outros efeitos.

## **Vendas de Ritalina, Concerta e Venvanse**

As vendas de Ritalina, Concerta e Venvanse apresentaram crescimento contínuo até o 1º semestre de 2013, quando houve drástica queda na venda

da Ritalina e pequena queda na venda do Concerta e do Venvanse. A queda na venda da Ritalina pode ser explicada pelo desabastecimento ocorrido no início de 2013, motivado por problemas de importação e fabricação, como explica nota do fabricante Novartis (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 – Venda de Ritalina, Concerta e Venvanse por semestre (Unidades Físicas Distribuídas)



Fonte: SNGPC (2015).

Apesar de 2013 ter apresentado essa queda, observa-se um padrão no consumo durante o ano, com quedas acentuadas no período de recesso escolar: janeiro e dezembro. Também se observa que o consumo durante o ano apresenta aumento até outubro. Em 2012, janeiro representou 4,7% de venda do metilfenidato consumido no ano, ao passo que outubro foi responsável pela venda de 10% do total. Esses dados indicam que o metilfenidato é possivelmente utilizado por crianças e adolescentes em processo de escolarização que fazem uso reduzido do medicamento no período de recesso escolar, mas que o seu consumo cresce ao longo do ano escolar (ver Gráfico 3 e Tabela 2).

Gráfico 3 – Venda de cloridrato de metilfenidato por mês e ano (Unidade Física Distribuída)



Fonte: SNGPC (2015).

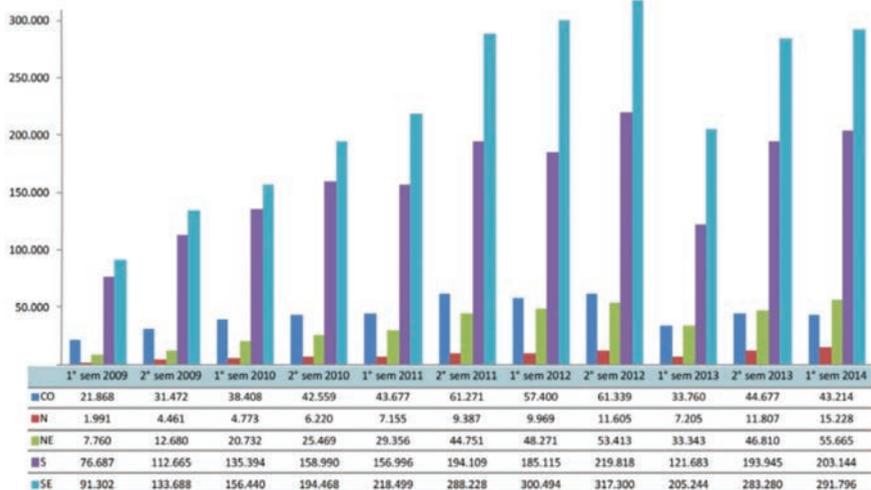
Tabela 2 – Relação de venda no mês com o total de vendas no ano (%)

Ano	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2008	0,9	4,1	6,8	7,5	9,2	10,9	9,4	11,7	11,8	11,1	9,9	6,6
2009	3,6	5	7,2	7	8,4	9,1	7,5	9,5	11	11,9	11,3	8,5
2010	4	5,6	8,6	8,4	9,5	9	8,1	9,2	9,5	9,6	10,5	7,8
2011	3,8	6,6	7,8	8	7	9,9	8,2	10,7	10,6	10,7	9,7	7,2
2012	4,7	6,9	8,7	8	9,6	9,1	7,9	10,5	9,8	10	8,2	6,5

Fonte: SNGPC (2015).

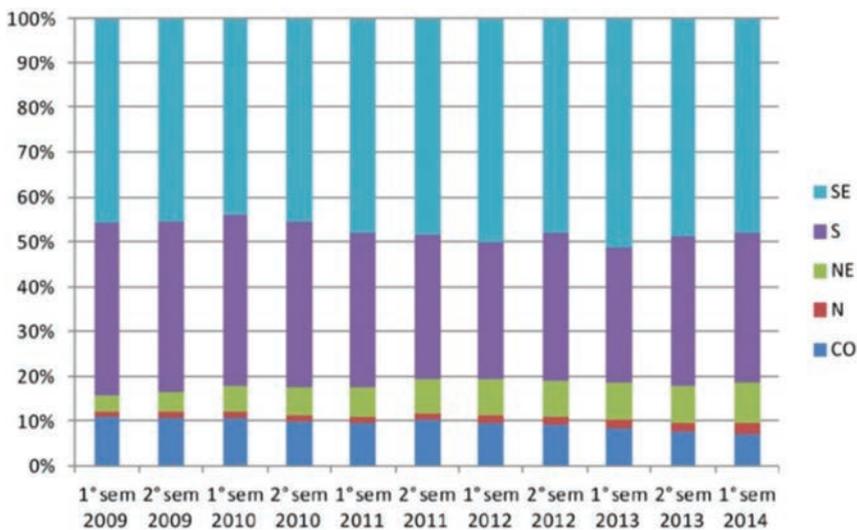
No Brasil, a região Sudeste é a que apresenta o maior número absoluto de consumo de Ritalina. Desde 2009, observa-se que a proporção do consumo entre as regiões brasileiras segue o mesmo padrão, com ligeiro aumento do consumo no Nordeste (ver Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4 – Venda de Ritalina por região e semestre (Unidade Física Distribuída)



Fonte: SNGPC (2015).

Gráfico 5 – Porcentagem do mercado consumidor de Ritalina por região e semestre (UFD)



Fonte: SNGPC (2015).

Apesar da região Sudeste apresentar a maior venda de Ritalina, a análise nas Unidades Federativas apresenta a concentração de estados do Sudeste e

Sul como os 6 maiores consumidores de Ritalina entre o 1º semestre de 2009 e o 1º semestre de 2014, sendo São Paulo o estado responsável por 20% do consumo de todo o Brasil (ver Tabela 3).

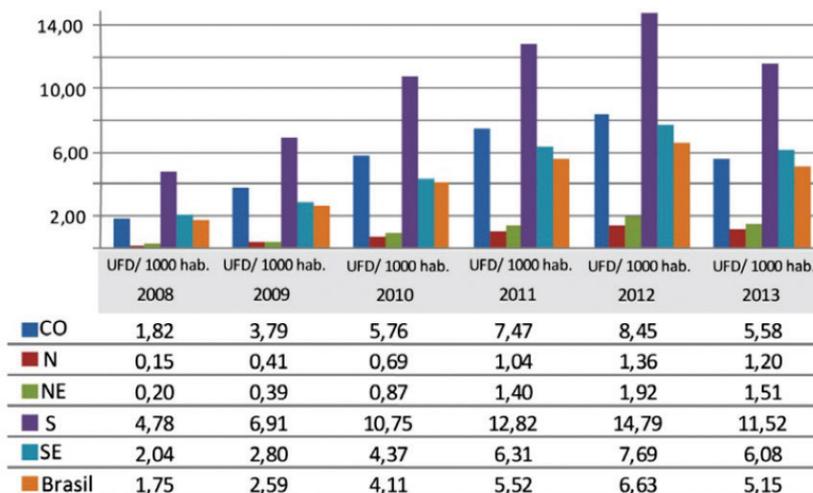
Tabela 3 – Consumo de Ritalina entre jan. 2009 e jun. 2014 (Unidades Físicas Distribuídas)

Ranking	UF	Venda	%
1º	SP	1.047.506	20,2
2º	RS	859.979	16,6
3º	MG	806.863	15,6
4º	PR	635.869	12,3
5º	RJ	483.958	9,3
6º	SC	262.698	5,1
Total no Brasil		5.186.981	100

Fonte: SNGPC (2015).

Apesar do Sudeste ser o maior consumidor absoluto, a análise do consumo proporcional da venda de caixas a cada 1000 habitantes (UFD/1.000 habitantes) indica que a região Sul apresenta maior índice de consumo, seguidas pela região Centro-Oeste e Sudeste (ver Gráfico 5).

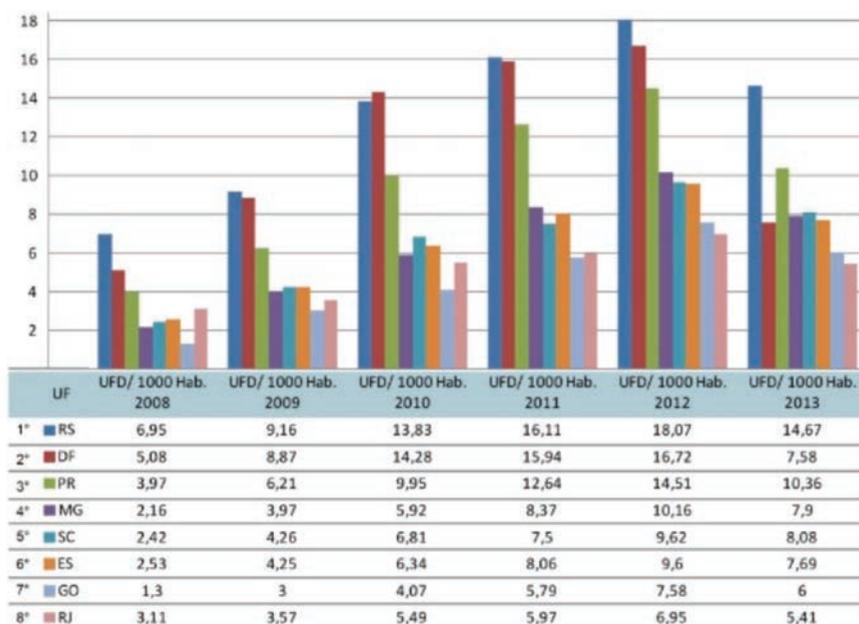
Gráfico 5 – Unidades Físicas Distribuídas/1.000 habitantes, por região



Fonte: SNGPC (2015).

A análise por Unidade Federativa mostra o Rio Grande do Sul e Distrito Federal com os maiores índices de caixa de Ritalina a cada mil habitantes. Isso significa que, no ano de 2012, no Rio Grande do Sul (18,07 UFD/1 mil habitantes), cerca de 2 habitantes a cada 100 compraram uma caixa de Ritalina. Os dados confirmam cálculo apresentado no boletim SGNPC de 2012 (AN-VISA, 2012) que apresentou o consumo de metilfenidato até o ano de 2010 e que apresentavam os dois estados com os maiores índices de UFD/1000 crianças (6 a 16 anos) (ver Gráfico 6).

Gráfico 6 – Venda de Ritalina por 1000 habitantes: estados com maiores índices (Unidades Físicas Distribuídas)



Fonte: SNGPC (2015), IBGE (2010).

A análise entre consumo na capital – interior apresenta dados importantes para as políticas públicas. Do total de Ritalina vendido no Brasil (entre outubro de 2007 e setembro de 2014), os maiores compradores se encontram no interior dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Somadas, essas três regiões compreendem 41% do total de vendas de Ritalina no período (ver Tabela 4).

Tabela 4 – Venda Ritalina, interior e capital de UF (Unidades Físicas Distribuídas)

Ranking	Região	Total	%
1º	SP interior	951.108	16,5
2º	RS interior	707.961	12,3
3º	MG interior	701.071	12,2
4º	PR interior	567.914	9,9
5º	RJ capital	289.215	5
6º	RJ interior	264.693	4,6
7º	RS capital	261.166	4,5
8º	SC interior	256.486	4,5
9º	SP capital	207.316	3,6
10º	MG capital	186.366	3,2
11º	DF interior	140.444	2,4
12º	PR capital	138.654	2,4
13º	ES interior	131.962	2,3
14º	GO capital	104.534	1,8
15º	GO interior	87.960	1,5

Fonte: SNGPC (2015).

A análise da venda UFD a cada mil habitantes mostra que o consumo é mais intenso nas capitais do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Goiás. Em Porto Alegre, cerca de três pessoas a cada 100 compraram uma caixa de Ritalina no ano de 2013 (ver Tabela 5).

Tabela 5 – Venda de Ritalina Unidades Físicas Distribuídas/1.000 habitantes, interior e capital de unidade federativa

Ranking	Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1º	RS capital	15	20,4	29	31,8	36,7	29,5
2º	GO capital	3,9	7,7	9,1	14,2	19,4	16
3º	ES capital	3,8	1,6	2,8	14,8	16,1	14,7
4º	SC capital	4,2	1,9	4,4	13,5	17,9	12,9
5º	MG capital	2,5	10,4	17,2	16,6	19,6	12,5
6º	RS interior	5,7	49,1	76	13,7	15,2	12,7
7º	PR capital	3,8	8,3	15,1	15,7	16,8	11,3

Fonte: SNGPC (2015), IBGE (2010).

O cruzamento dos dados de consumo de Ritalina, Concerta e Venvanse apresenta um quadro preocupante sobre o uso de psicofármacos e estimulantes do sistema nervoso central para o tratamento do TDAH.

Desde 2007, após intenso aumento no consumo até 2012, a Ritalina apresentou ligeira queda de venda em 2013, mas foi acompanhada pelo aumento de venda de outras substâncias similares e mais caras, como o Concerta e Venvanse. A ausência de dados da venda de Strattera é preocupante, já que pode indicar um aumento de sua venda em substituição dos medicamentos analisados, uma vez que não necessita de talonário especial para sua prescrição.

No quadro nacional, o alto consumo de Ritalina em Porto Alegre e Distrito Federal pode indicar a necessidade de um maior monitoramento sobre as prescrições nessas cidades.

Os dados, que apresentam informações das vendas em farmácias e drogarias particulares, podem ser aprofundados com os dados da compra de tais medicamentos pelo Poder Público.

### **Consumo de clonazepam no Brasil (2007-2014)**

O clonazepam é um benzodiazepínico altamente consumido no Brasil. Atualmente, o medicamento está disponível em 68 diferentes formulações no mercado brasileiro e é prescrito para transtornos de ansiedade e de humor, além de ser cada vez mais consumido por profissionais da educação. Apesar de estar disponível em formulações genéricas (conforme Lei nº 9787/99), o Rivotril, da Roche, foi o 13º medicamento com o maior volume de vendas em reais em 2012, tendo movimentado R\$ 113,96 milhões (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Ranking de vendas

Ranking	Produto	Laboratório	Vendas (em milhões)
1º	DORFLEX	SANOFI	299,97
2º	NEOSALDINA	TAKEDA	204,4
3º	VICTOZA	NOVO NORDISK	154,13
4º	CERAZETTE	MSD	136,61
5º	CIALIS	LILLY	136,51
6º	NEXIUM	ASTRAZENECA BRASIL	130,5
7º	PURANT T-4	SANOFI	129,4
8º	SELOZOK	ASTRAZENECA BRASIL	124,72
9º	DIANE 35	BAYER PHARMA	120,35
10º	YAZ	BAYER PHARMA	117,95
11º	SAL DE ENO	GSK CONSUMO	117,6
12º	GLIFAGE XR	MERCK SERONO	115,05
13º	RIVOTRIL	ROCHE	113,96
14º	CRESTOR	ASTRAZENECA BRASIL	112,66
15º	BUSCOPAN COMPOSTO	BOEHRING ING	111,98

Fonte: IMS Health (2012), Interfarma (2013).

No quadro global, o Brasil tornou-se líder da fabricação de clonazepam em 2013, com 3,2 toneladas fabricadas no ano.

Clonazepam é um benzodiazepínico usado principalmente como um anti-epiléptico. De 5,2 toneladas em 2004, os dados globais de fabricação do clonazepam aumentaram gradualmente para um novo recorde de 13,8 toneladas em 2012, mas diminuiu em seguida para 8,9 toneladas (1,1 bilhão de dólares) em 2013. Essa redução foi atribuída principalmente à não notificação de dados para 2013 pela Índia, tradicionalmente, um dos principais fabricantes dessa substância, e que tinham fabricado 3,6 toneladas em 2012. Apesar de a Suíça ter liderado a fabricação do clonazepam durante duas décadas, até 2010, a Itália foi a líder na fabricação em 2011 e 2012.

Em 2013, o Brasil se tornou no maior fabricante da substância, com 3,2 toneladas, seguidos pela Itália e Suíça, fabricando 2,3 toneladas cada. Os outros fabricantes de clonazepam foram China (600 kg), Polônia (191 kg), Canadá (164 kg), Argentina (105 kg), Estados Unidos (40 kg) e Costa Rica (19 kg) (ver Tabela 7). (ONU 2015)

Tabela 7 – Ranking dos maiores fabricantes de Clonazepam (2013)

Ranking	País	Clonazepam (Kg)
1º	Brasil	3200
2º	Itália	2300
3º	Suíça	2300
4º	China	600
5º	Polônia	191
6º	Canadá	164
7º	Argentina	105
8º	Estados Unidos	40
9º	Costa Rica	19

Fonte: ONU (2015).

Essa tendência é confirmada pelos dados obtidos junto ao SNGPC, solicitados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade por meio da Lei de Acesso à Informação, e que consolidam os dados de venda de UFD (Unidades Físicas Distribuídas) em farmácias de todo o Brasil, de outubro de 2007 a setembro de 2014 (ver Tabela 8).

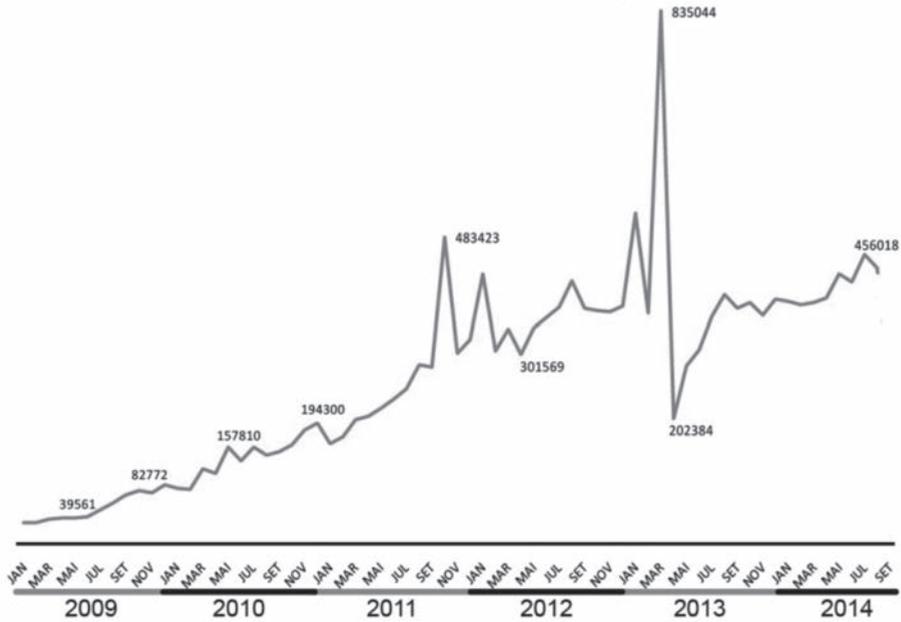
Tabela 8 – Venda de Clonazepam no Brasil de 2007 a 2014

ANO	CLONAZEPAM	%
2007	425	0,002
2008	267.510	1,466
2009	755.567	4,142
2010	1.708.700	9,367
2011	3.115.253	17,077
2012	4.345.945	23,824
2013	4.769.692	26,146
2014	3.279.166	17,976
Total	18.242.258	100,00

Fonte: SNGPC (2015).

Segundo os dados do SNGPC, somente em março de 2013 foram notificadas a venda de 835.044 caixas de clonazepam (ver Gráfico 7).

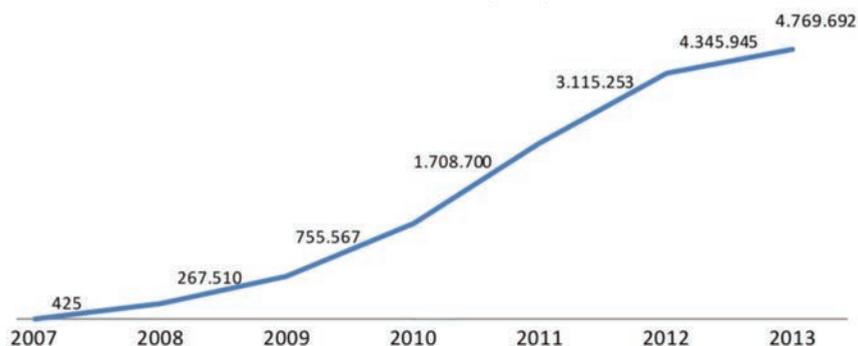
Gráfico 7 – Venda de clonazepam por mês



Fonte: SNGPC (2015).

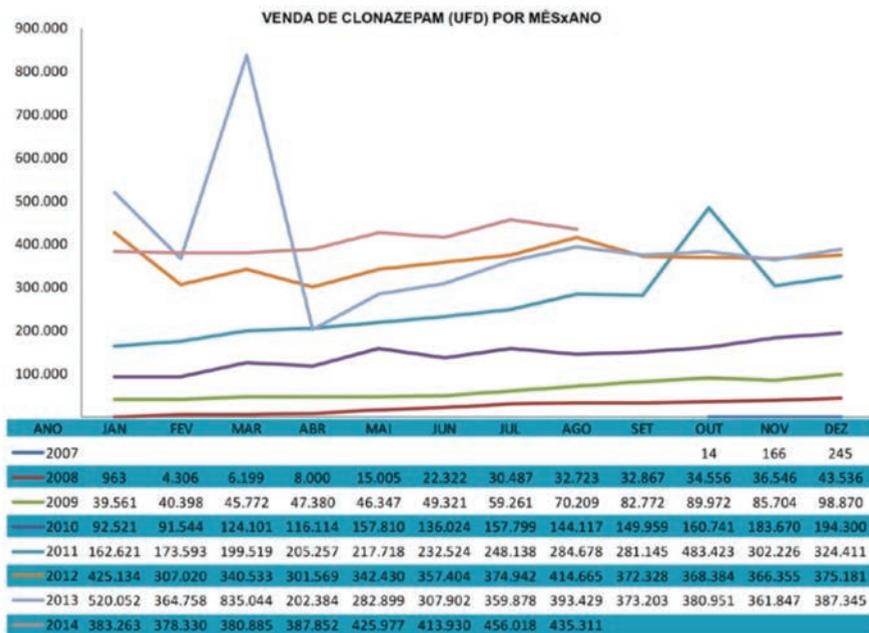
O consumo de clonazepam apresenta constante aumento com um grande salto a partir de 2010, quando as vendas passaram de 755.567 caixas, em 2009, para mais de 1,5 milhão de caixas (1.708.700 UFD), um aumento de mais de 200% (ver Gráfico 8). Se compararmos o total de vendas no ano de 2013 com os dados de janeiro a setembro de 2014, percebe-se a projeção do aumento de vendas de clonazepam em 2014 em relação a 2013. O que significa que desde a criação do SNGPC as vendas de clonazepam crescem ano a ano (ver Gráficos 8, 9 e 10).

Gráfico 8 – Venda de clonazepam por ano



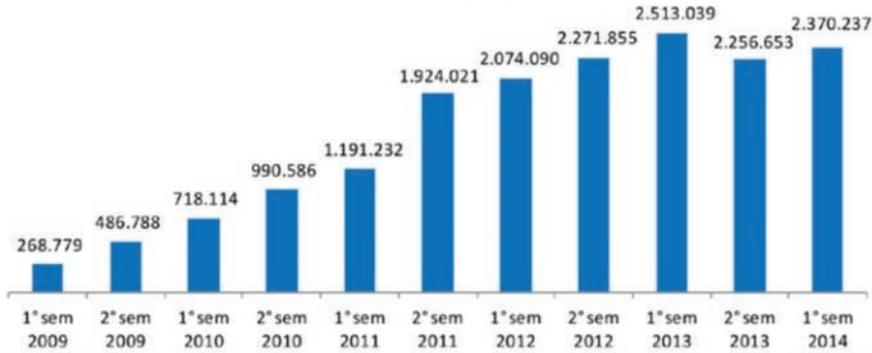
Fonte: SNGPC (2015).

Gráfico 9 – Consumo de clonazepam por mês e ano



Fonte: SNGPC (2015).

Gráfico 10 – Consumo de clonazepam por semestre



Fonte: SNGPC (2015).

Em termos absolutos, o maior consumidor de clonazepam é a região Sudeste, seguidos pela região Sul e Nordeste. Entre janeiro de 2008 a junho de 2014, a região Sudeste foi responsável pelo consumo de 54,6% do clonazepam, com a venda de 9.467.154 de caixas do medicamento (ver Gráfico 11).

Gráfico 11 – Venda de clonazepam (UFD) por região e mês



Fonte: SNGPC (2015).

Entre as unidades federativas, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro representam metade do mercado consumidor de clonazepam entre janeiro de 2008 e junho de 2014, e foi responsável pela venda de 50,8% de todo medicamento consumido no período (ver Tabela 9).

Tabela 9 – Venda de Clonazepam por estado (janeiro de 2008 a junho de 2014)

Ranking	UF	TOTAL	%
1º	SP	3.574.464	20,1
2º	MG	2.821.008	15,9
3º	RJ	2.624.452	14,8
4º	RS	1.742.470	9,8
5º	SC	1.423.273	8
6º	PR	824.787	4,6
7º	PE	784.601	4,4
8º	ES	677.235	3,8
9º	GO	517.777	2,9
10º	BA	500.781	2,8
11º	RN	460.980	2,6
12º	PB	349.960	2
13º	CE	337.351	1,9
14º	DF	209.437	1,2
15º	MT	126.831	0,7
16º	PI	126.361	0,7
17º	PA	124.494	0,7
18º	MA	116.936	0,7
19º	MS	110.402	0,6
20º	SE	101.776	0,6
21º	AL	101.383	0,6
22º	RO	67.398	0,4
23º	TO	26.983	0,2
24º	AM	20.286	0,1
25º	AC	11.299	0,1
26º	AP	3.821	0
27º	RR	2.376	0
TOTAL		17.788.922	100

Fonte: SNGPC (2015).

A análise de venda de caixas de clonazepam para cada 1000 habitantes mostra o estado do Espírito Santo como o maior consumidor, com 52,528 a cada mil habitantes em 2013. Isso equivale a dizer que, em 2013, uma a cada 20 pessoas compraram uma caixa de clonazepam no estado do Espírito Santo (ver gráfico 12).

Gráfico 12 – Venda de clonazepam por 1000 habitantes (região)



Fonte: SNGPC (2015).

Com exceção do Espírito Santo, o consumo de clonazepam não é homogêneo quando comparamos o consumo proporcional entre capital e interior. As regiões interioranas do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro também apresentaram consumo a cada mil habitantes superior ao de suas capitais. Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, o consumo foi de 51,425 UFD/mil habitantes, superando o consumo a cada mil habitantes da cidade de São Paulo e sendo o terceiro maior consumidor de clonazepam a cada mil habitantes (ver Tabelas 10 e 11).

Tabela 10 – Compradores de clonazepam por mil habitantes

Ranking	UF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2000-2013
1º	ES	1,25	7,719	16,93	32,444	49,909	52,528	565.136
2º	RS	2,62	6,705	18,546	27,642	36,866	47,031	1.490.839
3º	SC	5,425	17,594	31,99	43,655	51,721	45,607	1.224.650
4º	RN	2,22	6,157	14,283	24,504	31,483	38,238	370.293
5º	RJ	2,988	7,832	16,738	36,196	37,578	37,995	2.227.818
6º	MG	3,235	7,91	12,712	21,337	37,286	37,726	2.355.702
7º	SP	1,222	3,127	8,172	14,971	18,567	29,194	3.105.136
8º	PB	0,885	3,452	7,38	12,596	21,093	27,238	173.613
9º	PE	0,241	1,051	5,07	14,359	23,064	25,712	611.318
10º	PR	1,289	2,818	8,567	14,686	19,918	18,496	686.982
11º	DF	0,93	4,115	9,114	16,253	22,216	16,748	178.303
12º	GO	0,503	3,526	7,667	12,097	35,302	16,149	451.749
13º	RO	0,072	1,02	2,836	5,232	9,567	13,914	50.997
14º	MS	0,247	1,222	3,171	7,109	12,149	12,4	88.895
15º	SE	0,341	1,723	4,193	8,472	12,808	11,85	81.454

Fonte: SNGPC (2015), IBGE (2010).

Tabela 11 – Venda de clonazepam (UFD) a cada mil habitantes - Regiões com maiores índices

Ranking	REGIÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2000-2013
1º	ES capital	1,623	10,903	24,045	39,472	57,251	55,149	61.772
2º	ES interior	1,212	7,392	16,198	31,721	49,154	52,258	503.364
3º	RN capital	4,37	9,151	22,186	36,527	42,219	51,425	133.322
4º	SP capital	0,431	1,101	3,948	11,234	12,158	50,879	897.478
5º	RS interior	2,79	7,088	19,122	28,515	37,964	49,447	1.345.572
6º	SC interior	5,595	17,944	32,186	43,548	51,679	45,732	1.146.116
7º	SC capital	3,074	12,75	29,29	45,133	52,315	43,873	78.534
8º	RJ interior	3,171	8,154	16,879	46,854	40,431	43,36	1.535.985
9º	PB capital	1,891	5,728	9,983	14,065	31,629	40,799	75.314
10º	MG capital	3,877	12,8	19,771	37,642	51,476	40,711	394.934
11º	PE capital	0,895	3,371	9,898	22,86	34,414	39,476	170.553
12º	MG interior	3,147	7,235	11,738	19,088	35,33	37,314	1.960.768
13º	RN interior	1,489	5,139	11,596	20,417	27,833	33,756	236.971

continua...

Ranking	REGIÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2000-2013
14°	RS capital	1,498	4,183	14,751	21,895	29,632	31,114	145.267
15°	RJ capital	2,707	7,399	16,521	19,891	33,213	29,788	691.833
16°	GO capital	0,859	6,452	14,988	24,107	31,091	27,519	136.731
17°	PB interior	0,645	2,911	6,761	12,247	18,588	24,013	198.299
18°	PE interior	0,102	0,56	4,047	12,558	20,659	22,796	440.765
19°	SP interior	1,519	3,886	9,756	16,373	20,971	21,061	2.207.658
20°	PR interior	1,181	2,65	7,727	13,4	18,564	18,518	539.295

Fonte: SNGPC (2015), IBGE (2010).

A venda de clonazepam no Brasil continua crescendo anualmente, apesar da existência de outros medicamentos semelhantes no mercado. Apesar de o maior consumidor do medicamento ser o estado de São Paulo, deve ser observado com atenção o consumo no estado de Espírito Santo e na capital do Rio Grande do Norte, que apresentaram consumo superior a 50 caixas a cada mil habitantes. Também se observa o crescente consumo do medicamento, tanto nas capitais quanto nas cidades interioranas.

Além disso, devem ser observados os possíveis riscos do uso abusivo do clonazepam e seu uso contínuo desnecessário. Estudos apontam que o uso prolongado de benzodiazepínicos causa demência e Síndrome de Alzheimer.

## Histórico da solicitação de dados

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é movimento social criado em 2010 com o objetivo de questionar o crescente aumento dos diagnósticos como o TDAH, Dislexia e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Esses diagnósticos são uma das formas de expressão do fenômeno da medicalização da educação e da sociedade.

Em 2012, foram consultados os Conselhos Municipais de Saúde do Estado de São Paulo com o intuito de verificar a quantidade de metilfenidato dispensado pela rede pública de saúde. Desde então, iniciamos o contato com a Anvisa com o intuito de solicitar a quantidade de metilfenidato dispensado na rede particular, em farmácias e drogarias de todo o país.

Em maio de 2014, iniciamos a consulta à Anvisa, e enviamos ofício para obter os dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos

Controlados (SNGPC).<sup>1</sup> O acesso aos dados, solicitados por meio da Lei de Acesso à Informação, foram disponibilizados no dia 2 de abril de 2015, após forte pressão do nosso movimento social e das entidades e ativistas signatários.

Solicitamos os dados da venda de Clonazepam, Ritalina, Concerta e Ven-vanse em todo o país, desde 2007, quando o SNGPC foi criado. Vale ressaltar que somente em 2009 que o SNGPC passou a ter adesão significativa de farmácias e drogarias particulares. Os dados representam o consumo das substâncias solicitadas em Unidades Físicas Dispensadas (UFD). Nesse sentido, são caixas de medicamentos que podem variar em seu conteúdo.

O monitoramento da venda e dispensação de substâncias psicotrópicas é importante. No mundo, diversas pesquisas apontam para a baixa qualidade metodológica das pesquisas que validam a segurança de tais medicamentos, colocando em risco a saúde dos consumidores e sendo importante questão de saúde pública.

## Referências

ANVISA. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*. ANVISA: Brasília, DF, 2012.

ITABORAHY, Claudia; ORTEGA, Francisco. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013.

ONU. *Report of the International Narcotics Control Board for 2014*. New York: International Narcotics Control Board, 2015.

ORTEGA, Francisco *et al.* A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. (Dossiê) *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-510, 2010.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE [REBRATS]. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*, Brasília, DF, v. 8, n. 23, p. 1-12, 2014.

---

1 Disponível em: <http://sngpc.anvisa.gov.br/>. Acesso em: 20 set. 2020.



# **Carta do IV Seminário Internacional**

## **A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos**

Perturbar os sentidos, na concepção que o fórum trouxe no título deste evento, não tem qualquer relação com a concordância da existência de distúrbios como perturbação da ordem, geralmente focada no indivíduo. Perturbar os sentidos teve o caráter de convite à ruptura, romper com a cristalização de um modo de olhar o mundo, *desver*, convite que foi aceito pelos participantes deste evento e que resultou num trabalho coletivo de escuta, troca e construção de proposições que culminaram na escrita desta carta.

Muito foi debatido sobre o conceito de medicalização e seu impacto na sociedade. Sabemos que este é um termo complexo, que desperta dúvidas, mas também gera força, na medida em que convoca ao pensamento e à ação.

O termo “medicalização” não é novo. Se antes restrito a um debate acadêmico, há cinco anos, com a fundação do fórum, ele conquista espaços que só um movimento social pode impulsionar. Nesse contexto histórico, em que o país vive grandes regressões, violações e ameaças aos direitos já conquistados e ainda a conquistar, mais necessária se faz a articulação entre academia e movimento social.

Nesse IV Seminário Internacional, partimos de uma compreensão consolidada do conceito, que não reduz medicalização ao uso ou abuso de medicamentos, ou a uma disputa corporativista por territórios de trabalho. Entendemos que ainda é necessário reafirmar: medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza.

Entre tantos segmentos sociais estigmatizados, os maiores alvos da violência nesse país, não apenas de Estado, figuram entre os que mais sofrem os processos de medicalização: são estudantes que não se adaptam aos processos de uma escola sucateada, vistos como incapazes de aprender e obedecer às regras sociais; são os jovens negros moradores de periferias urbanas, tratados como suspeitos, em termos de sua idoneidade ética e moral; são os homossexuais e transgêneros, aos quais se insiste em oferecer tratamentos de “cura”; são as mulheres, subjugadas pelo machismo, dentro e fora de suas casas; são parturientes vítimas da violência obstétrica; são trabalhadores em contextos de trabalho precarizados, engolidos pela burocracia e pelo produtivismo, reduzidos a quadros sindrômicos; são desempregados ou indigentes, invisíveis ou supervisibilizados, jamais prontos ou já ultrapassados, em um mundo de desemprego estrutural que insiste em afirmar a meritocracia.

A lista é extensa e faz pensar que a medicalização tem muitas faces, todas elas guardando relação com uma forma de organização social eminentemente coisificadora, que converte tudo e todos em mercadoria.

Na contramão desse olhar, enfatizamos: a vida de um indivíduo tem história. Conhecer o sujeito, falar sobre suas questões, implica em olhar sua biografia, que é ao mesmo tempo individual e coletiva: ela começa muito antes do nascimento biológico; possui lastro social e político na longa duração.

Nessa caminhada, partimos da denúncia, ainda necessária, pois o processo de medicalização, patologização e criminalização daquilo que destoa da ordem hegemônica segue a passos largos e de maneiras muitas vezes sutis, mas nem por isso menos avassaladoras. Buscamos ultrapassar os limites concretos historicamente impostos, trilhando novos caminhos. Seguimos em direção à proposição de outras formas de ver e agir, que se alicerçam na história social e na articulação coletiva, que é potente na criação do novo: o movimento move e se move; como toda construção, é provisório e precisa se repensar constantemente. Nesse trajeto, cada um e todos nos construímos diferentes.

Nos construímos juntos. Buscamos articulações. Afinal, são muitas as frentes de luta, são muitos os movimentos (sociais, políticos, culturais, artísticos) que, em comum, têm como horizonte a emancipação humana. Onde há opressão, há resistência e invenção.

# **SOBRE OS ORGANIZADORES**

## **Elaine Cristina de Oliveira**

Fonoaudióloga, mestre em Estudos Linguísticos pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente, é professora associada do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo credenciada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFBA. Membro fundador do Núcleo Bahia do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Autora de capítulos de livros e artigos científicos.

*E-mail:* elaineoliveira1009@gmail.com

## **Lygia de Sousa Viégas**

Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente, é professora associada da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA), credenciada no Programa de Pós-Graduação em Educação da mesma Faculdade. É membro do Núcleo Bahia do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

*E-mail:* lyosviegas@gmail.com

## **Hélio da Silva Messeder Neto**

Licenciado em Química, mestre e doutor pelo Programa de Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é professor adjunto do curso de Química da UFBA e da Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História da Ciências.

*E-mail:* helioneto@ufba.br

# **SOBRE OS AUTORES**

## **Adriana Marcondes Machado**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). É mestre e doutora em Psicologia Social pela USP. Atualmente é professora do Instituto de Psicologia da USP e trabalha há 25 anos no serviço de Psicologia Escolar do IP-USP. Autora e coautora de livros e artigos científicos.

*E-mail:* adrimarcon@uol.com.br

## **Alex Frechette**

Artista Plástico. Bacharel em Pintura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (EBA-UFRJ) e mestre em Turismo pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor de arte no ensino fundamental do estado do Rio de Janeiro e escritor. Autor de *Copa pra quem? Olimpíadas pra quem? Arte e megaeventos esportivos no Rio de Janeiro* (Circuito, 2019), entre outras publicações.

*E-mail:* alexluiz@gmail.com

## **Ana Paula Berberian**

Fonoaudióloga, doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP. Docente do curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP).

*E-mail:* ana.berberian@utp.br

## **Célia Machado Gervasio Chaves**

Farmacêutica, mestre em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutora em Farmacologia pela Universidade de São Paulo (USP), professora associada aposentada da UFRGS, representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) no Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

*E-mail:* celiagchaves@hotmail.com

## **Guilherme Silva de Almeida**

Assistente social, professor adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e homem trans negro. Tem atuado há mais de duas décadas nas questões de gênero e sexualidade. Fez graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (1996), mestrado em Ciências pela Fiocruz (2000) e doutorado em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ (2005). Tem experiência técnico-científica na área da saúde coletiva, assistência social e direitos humanos. Desenvolveu estudos, ações extensionistas e assessorias voltadas especialmente a temas relacionados à diversidade sexual e de gênero, política de saúde e relações de trabalho. Trabalha com temas como: relações de gênero, sexualidade, saúde sexual, direitos sexuais, IST/aids, relações étnico-raciais, população trans, famílias, políticas sociais e serviço social. Foi coordenador adjunto do Lidis/UERJ e vice-diretor da FSS/UERJ.

*E-mail:* gsdealmeida@gmail.com

## **José Moura Gonçalves Filho**

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). É atualmente professor sênior no Instituto de Psicologia da mesma universidade.

*E-mail:* zecam@usp.br

## **Kwame Yonatan Poli dos Santos**

Psicólogo formado na Unesp de Assis, com mestrado na mesma instituição. Capoeirista do grupo Angoleiros do Sertão. Possui três livros publicados. Em 2018, ganhou o Prêmio Jonathas Salathiel, promovido pelo CRP-SP. Tem experiência profissional em políticas públicas. Foi supervisor institucional de um grupo transdisciplinar (com profissionais do SUS e do Suas). Atualmente, compõe o coletivo Margens Clínicas, grupo de psicanalistas e psicólogos que atuam no enfrentamento à violência de Estado; atua como psicanalista, articulador do projeto de Aquilombamento das Margens, e cursa o doutorado no Núcleo de Subjetividade do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

*E-mail:* kwame7y@gmail.com

## **Kyrlian Bartira Bortolozzi**

Fonoaudióloga, doutora e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná.  
*E-mail:* kyrlianb@yahoo.com.br

## **Leonardo Morjan Britto Peçanha**

Professor de Educação Física, consultor de diversidade e ativista transfeminista negro das transmasculinidades. Mestre em Ciências da Atividade Física (PGCAF-Universo) e especialista em Gênero e Sexualidade (IMS/UERJ). Trabalha e tem interesse em estudos e pesquisas com os temas: sociologia da Educação Física; gênero, sexualidade e violência; saúde transmasculina e transmasculinidades negras. Membro de instituições nacionais como Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (Ibrat) e Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (Fonatrans). No Rio de Janeiro, participou do Coletivo TransRevolução é um dos membros fundadores da Liga Transmasculina Carioca João W. Nery. Membro do Projeto Luto do Homem.  
*E-mail:* leonardomorjan@hotmail.com

## **Marcos Roberto Vieira Garcia**

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Associado da Universidade Federal de São Carlos UFScar), *campus* Sorocaba. Professor dos PPGs em Educação e em “Estudos da Condição Humana” da UFScar.  
*E-mail:* mgarcia@ufscar.br

## **Rafael Puetter**

Bacharel em Comunicação Social: Rádio e TV pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (2008). Faz vídeos, instalações e performances de sátira política no canal *Rafucko* e em espaços públicos.  
*E-mail:* rafaelitobarbacena@gmail.com

## **Renato Santos de Souza**

Graduado em História pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), graduando em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela UFBA, pós-graduando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Estácio de Sá. Atualmente, atua como orientador em reabilitação social na Unidade de acolhimento Adulto em Aracaju. Redutor de danos e acupunturista.

*E-mail:* corroosolhospelotempo@gmail.com

## **Rosa Soares Nunes**

Professora aposentada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Investigadora integrada do Centro de Investigação e Intervenção Educativa (CIIE) da FPCEUP. Vice-presidente da Assembleia Geral do Instituto Paulo Freire de Portugal. Coordena o Círculo de Estudos e Intervenção na Medicalização da Educação, sediado na FPCEUP. Autora e coautora de livros e artigos em revistas nacionais e internacionais.

*E-mail:* rosasoaresnunes@gmail.com

## **Rossano Cabral Lima**

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com residência em Psiquiatria e Psiquiatria Infantil pelo Instituto Municipal Philippe Pinel (RJ). Mestre e doutor em Saúde Coletiva pela UERJ, com doutorado-sanduíche no Instituto Max Planck de História da Ciência (Berlim, Alemanha). Professor associado e vice-diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do GT de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria.

*E-mail:* rossanolima1@gmail.com

## **Rui Massato Harayama**

Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente é professor no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará (Isco-Ufopa). Atua com ênfase em pesquisa e atuação de políticas públicas de saúde e educação.

*E-mail:* rui.harayama@gmail.com

## **Sammia Klann Vieira**

Fonoaudióloga, mestre em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes). Atua na clínica fonoaudiológica com foco na área de linguagem oral e escrita e participa da organização da oficina Promoção do Letramento junto a acadêmicos de fonoaudiologia na Universidade Tuiuti do Paraná. Autora de artigos científicos sobre problemáticas relacionadas à linguagem.

*E-mail:* sammia.klann@gmail.com

## **Sandra Caponi**

Fonoaudióloga, doutoranda e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Apoio Financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES).

*E-mail:* sandracaponi@gmail.com

## **Zoia Prestes**

Graduada em Pedagogia e Psicologia Infantil e mestre em Educação pela Universidade Estatal de Pedagogia de Moscou (URSS), doutora em Educação pela Universidade de Brasília (UnB). Professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Desenvolve pesquisas com base na teoria histórico-cultural de L. S. Vigotski e traduz do russo para o português obras deste pensador, além de obras literárias de autores soviéticos e russos.

*E-mail:* zoiaprestes@yahoo.com.br

# **SOBRE A TRADUTORA**

## **Sabrina Gasparetti Braga**

Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Atualmente, é professora do curso de Psicologia da Universidade Paulista (Unip). Autora de capítulos de livros e artigos científicos.

*E-mail:* gasparettisabrina@gmail.com

Formato: 17 x 24 cm  
Fontes: DTL Haarlemmer, Branding  
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m2  
Capa: Cartão Supremo 300 g/m2  
Impressão: Gráfica 3  
Tiragem: 200 exemplares

**Elaine Cristina de Oliveira** é graduada em Fonoaudiologia, mestre em Estudos Linguísticos pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e credenciada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFBA. É membro do Núcleo Bahia do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

**Lygia de Sousa Viégas** é graduada em Psicologia, mestre e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (Faced/UFBA), credenciada no Programa de Pós-Graduação em Educação da mesma Faculdade. É membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

**Hélio da Silva Messeder Neto** é licenciado em Química, mestre e doutor pelo Programa de Ensino, Filosofia e História da Ciências da Universidade da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor do curso de Química da UFBA e da Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História da Ciências. É membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

O presente livro partilha os principais debates desencadeados no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”, realizado em Salvador-BA, em 2015, no qual aprofundamos o olhar crítico aos processos de medicalização da vida e provocamos rupturas e deslocamentos nesse campo. Longe de ser um retrato fiel do que foi partilhado naquele encontro, as pessoas autoras consideraram, na escrita dos capítulos, as mudanças ocorridas nos últimos anos e o modo como elas afetam o fenômeno da medicalização e suas compreensões sobre o tema. Contando com autores nacionais e internacionais de várias áreas, este livro traz olhares desmedicalizantes importantes para as atuações profissionais em diversos campos, com destaque para a saúde e a educação. Destaca, também, como os processos de medicalização são atravessados pelos marcadores de classe, raça, gênero e sexualidade, e nos provoca a romper com a ordem estabelecida, em direção à desmedicalização da vida. O livro apresenta, ainda, uma diversidade de estratégias que ampliam caminhos para os movimentos sociais desmedicalizantes, da arte à produção científica, mantendo na sua essência o compromisso ético-político. Esperamos que este livro traga uma significativa contribuição para o enfrentamento dos processos de medicalização da vida, sendo alimento teórico-prático na construção de vidas desmedicalizadas. Que o livro possa nos ajudar a desver o mundo e perturbar os sentidos.

Reunimos neste livro os principais debates produzidos no IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”, realizado em Salvador-BA, de 1 a 4 de setembro de 2015, considerando as mudanças históricas ocorridas nos últimos anos e a maneira como o fenômeno da medicalização foi afetado por tais mudanças.

No livro o leitor poderá encontrar uma significativa contribuição para o enfrentamento dos processos de medicalização da vida. Poderá encontrar também inspiração teórico-prática para a construção de um horizonte em que vidas desmedicalizadas sejam possíveis.

patrocínio:



Educação, Pobreza e  
Desigualdade Social

ISBN 978-65-5630-241-6



9 786556 302416