

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL

LORENA DIAS DE ABREU

Existências relâmpagos: medicalização em tempo integral

Vitória

2016

LORENA DIAS DE ABREU

Existências relâmpagos: medicalização em tempo integral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Figueiredo Louzada

VITÓRIA

2016

LORENA DIAS DE ABREU

Existências relâmpagos: medicalização em tempo integral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, julho, 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Ana Paula Figueiredo Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profª Drª Katia Faria de Aguiar
Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristiana Mara Bonaldi
Universidade Federal Fluminense - Polo Universitário de Rio das Ostras

AGRADECIMENTOS

Com a gratidão que sempre esteve presente, coloco em palavras o agradecimento, embora talvez não seja suficiente para expressar a minha eterna gratidão, mas que, com certeza, é muito mais do que o reconhecimento por esses dois anos de mestrado, é por uma vida de aprendizado.

Primeiramente, agradeço à Deus por me sustentar em todos os momentos de minha vida. Agradeço por ter me dado saúde e condições de alcançar mais este degrau em minha vida acadêmica e por ter colocado em meu caminho pessoas que não só me ajudaram, mas que em muitos momentos caminharam comigo quando pensei estar sozinha.

Aos meus pais, Eraldo e Talita, pela força diária, por me permitir alçar voos mais altos e ter lugar de pouso sempre tranquilo, suave e de acolhida certa. Ao amor, dedicação e orações que sempre me acompanham.

À minha irmã-companheira de lutas, por sua presença constante, sua preocupação, sua força, sua alegria e seu cuidado, e ao meu cunhado Wemerson, que sempre esteve presente. Parceiros incondicionais.

Ao meu Amor, W. Júnior, por sua sensibilidade nos momentos difíceis, por entender e dar força em todo o tempo, por acreditar quando nem eu acreditava. Obrigada pelo amor, pelas risadas, pelas piadas, pelos sons, pelos sabores, pelas dores, pelas lágrimas compartilhadas, pelo companheirismo, pelos planos de uma vida juntos, pelo cuidado!

Aos amigos que escutaram minhas indagações, minhas preocupações, agradeço o apoio, a compreensão, a força e a torcida.

Aos professores do PPGPSI, à Turma 08, a Soninha e Sílvia, pelo sorriso e prontidão a ajudar no que for preciso.

A Ana Paula Figueiredo Louzada, minha orientadora, pela relação de liberdade e amizade que construímos e com a qual pude aprender muitas coisas. Agradeço pela confiança, por apostar e confiar neste trabalho, pela compreensão, pelas conversas

para além das orientações, pela parceria nesse período, me provocando, forçando e deslocando a todo o momento.

Agradeço ao grupo de orientação, Leny, Geane, Priscila, Maria Isabel, Lígia, Ernesto e Lara, pelos ouvidos atentos e pela acolhida carinhosa.

Aos membros da banca, a professora Katia Faria de Aguiar pelo cuidado e delicadeza da leitura e por se dispor em ser parceira. A professora Cristiana Mara Bonaldi por aceitar gentilmente o convite para compor com nossa caminhada.

Aos que propiciaram esta pesquisa, nos acolheram, autorizaram a direção e a coordenadora do Programa de Educação em Tempo Integral da escola pesquisada, Muito Obrigada!

Aos professores (Integradores Sociais), oficinairos e a coordenadora do Programa que me ajudaram na composição desta pesquisa e que sem saber me ensinaram um olhar mais sensível por suas lutas, seu trabalho, sua alegria, sua resistência, por seu compromisso que inspiram carinho e cuidado, que afirmam e reafirmam a potência da educação.

Aos meninos e meninas, crianças vibrantes, “poemas-vidas”, que me fazem acreditar ainda mais no diverso, no potente e no bonito da vida e desta pesquisa. Que mostram que é possível sermos múltiplos, crianças que criam e recriam modos singulares de vida e de existência, que construíram comigo este trabalho de aposta e de luta por práticas mais sensíveis, que me inquietam e me fazem acreditar no cuidado com nossas crianças que vão para além dessas páginas.

Gratidão! Gratidão! Gratidão...

Ociosamente deslizamos
Sob um sol de raios dourados.
Os remos mal tocam as águas,
por braços frágeis manejados.
Sem rumo certo ou direção,
por eles nós somos guiados.

E eu que pensava estar sozinho,
buscando minha inspiração
para uma história bem ligeira,
súbito, sinto a intromissão
de trio arrogante e cruel,
que me impõe sua direção.

Prima começa dando as ordens:
“Vamos, já é hora de iniciar!”
Secunda ordena em complemento
disparates acrescentar,
e, enquanto a história vai surgindo,
Tertia não para de apartear.

No silêncio que sucede,
brota a história da fantasia:
por uma terra muito estranha,
tomando o sonho como guia,
uma criança vai seguindo,
durante um quente e longo dia.

A história, aos poucos, se encaminha
para um inesperado fim,
e o próprio autor não poderia
imaginar que fosse assim.
E o trio, será que aprovou?
Sorrindo, as três dizem que sim.

Podemos por fim regressar
da viagem ao tal país.
A barca desliza ligeira,
e a tripulação ri, feliz,
esquecendo remos e leme:
não naufragou por um triz!

Alice! Uma história infantil,
fruto de um sonho delirante,
que provem das recordações
de uma época fascinante,
a infância: grinalda de flores
colhidas num país distante.”
(CARROLL, 1999, p. 11)

RESUMO

Este trabalho versa sobre práticas de medicalização das crianças no espaço escolar. Propomos um modo de pesquisa que visa a escuta e a sensibilidade por meio da utilização de diários de campo e da montagem de narrativas com meninos e meninas, de forma a evidenciar nossas experiências de campo que compõem acontecimentos acerca da temática, dando visibilidade as práticas de patologização e medicamentação dos comportamentos infantis. Para tal, algumas práticas no campo escolar foram realçadas, mais especificamente da Educação em Tempo Integral, suas nuances e sua relação com a normalização das crianças. Aproximamo-nos da constituição histórica da expansão do saber-poder médico e, conseqüentemente, da captura do campo da infância. Pelas histórias vividas, fomos conduzidos aos processos de medicamentação como forma de apaziguamento das diferenças. Com a cultura do consumo e suas novas tecnologias, o uso de medicamentos se tornou popular e comum, amparado no fortalecimento e na expansão da indústria farmacêutica, um dos ramos mais rentáveis e em expansão no mundo. No campo da educação seria impossível passar ileso ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua respectiva medicação, a Ritalina, esta dupla nos impulsionaram no pensamento da construção de uma doença e na popularização de um diagnóstico, com intuito de propagação midiática de um medicamento.

Palavras-chave: Infância; Medicalização; Educação.

ABSTRACT

The main objective of this study was to discuss child medicalization practices in scholar environment. It was applied a research method based on field notes and narrative assemblage with boys and girls of school age. The aim was to highlight field experiences that represent thematic events of medicalization and pathologization of child behaviors. It was highlighted practices at the school environment, specifically at the full-time education, their nuances and its associations with children normalization intentions. It is discussed the historical constitution of the medical knowledge-power expansion and the consequent childhood capture. By the stories lived, the researchers identified the medicalization process as a way of appeasement of differences. Along with consume culture and its new technologies, the medicine consume became ordinary and popular, supported by the expansion of the pharmaceutical industry, one of the most rentable and promising business fields in actuality. Considering the education area, it would be impossible to not consider the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its respective medicine, Ritalin. This combination requires the discussion of a disease construction and the promulgation of a specific diagnostic with the intention of drug media propagation.

Keywords: Childhood; Medicalization; Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção

APA - Associação de Psiquiatras Americanos

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças

DCM - Disfunção Cerebral Mínima

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Psiquiátricas

EI - Educação Integral

ETI - Educação em Tempo Integral

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

IPDA - Instituto Paulista de Déficit de Atenção

LCM - Lesão Cerebral Mínima

MEC - Ministério da Educação

ONGS - Organizações Não Governamentais

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDDE - Programa Dinheiro Direto na Escola

PNE - Plano Nacional de Educação

PME - Programa Mais Educação

EEG - Eletroencefalografia Quantitativa

RAADH - Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos do MERCOSUL

SECAD - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

SEMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social

SEME - Secretaria Municipal de Educação

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDO - Transtorno Desafiador de Oposição

TC - Transtorno de Conduta

TC - Tomografia Computadorizada

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. Educação Integral: políticas educativas para alvos específicos (ou uma escola dentro da escola).....	22
1.1 A escola é tempo, tempo que passa, passa rápido, sem tempo, sem pausa, sem tempo – Construindo um campo de pesquisa:	22
1.1.1 A escola e suas portas.....	22
1.2 Educação Integral: das legislações e aproximações de um campo	31
1.3 Vulnerabilidade social: público-alvo da Educação Integral	45
1.4 Educação integral: de uma cidade educadora a uma escola dentro da escola	53
2. A Menina Dança	59
3. Lentes de Patologização	65
3.1 As crianças como alvo da padronização.....	71
4. Pílulas que consertam	84
4.1 Um nome, uma pílula, uma prescrição - Como o uso de medicamento se tornou tão importante no âmbito escolar?	90
4.2 Uma doença inventada pela rainha de copas. Tornar médicas questões não médicas.....	96
4.3 O julgamento termina, sentença dada: Estamos doentes – Classificando para medicar	104
4.4 Consumir para sermos consumidos: A Indústria Farmacológica.....	116
5. Considerações Finais	139
6. Uma saída, um retorno.....	144
7. Livros com desenhos e diálogos	149

INTRODUÇÃO

Dou respeito às coisas desimportantes
e aos seres desimportantes.
Prezo insetos mais que aviões.
Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim esse atraso de nascença.
Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo
(Manoel de Barros).

Este trabalho porta duas emoções: um encantamento pelas crianças, suas experimentações no mundo e sua liberdade de criar e de viver; uma indignação de que, por quebrarem a barreira do olhar já sistematizado do adulto, as crianças podem ser patologizadas por seus modos de experienciar o mundo.

Interessa-nos problematizar práticas no cenário da educação que fortalecem o processo de patologização das crianças. Como seus modos de criar e viver podem ser atravessados pelo desvio? Como em seus fazeres, os processos de escolarização realçam, instigam a visibilidade do desvio?

Movidos por essas emoções e inquietudes, querendo empreender análise de práticas de patologização das crianças em contexto escolar, este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa de campo em uma escola municipal da Região Metropolitana de Vitória, mais especificamente, ao acompanhar uma turma do Programa de Educação em Tempo Integral.

Aproximar-nos desse Programa, perscrutando tais processos, fez com que nos interessássemos pelas condições de emergência histórica da relação entre normalidade e patologia na infância, como essa classificação se tornou aceitável e legítima práticas que as afirmam.

Com nossas práticas, em nossas ações e nos efeitos advindos das mesmas, produzimos mundos, sujeitos, saberes e objetos. Efeitos não localizáveis, mas que a todo o momento estão sendo produzidos e produzindo mundos (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008). Dessa forma, produzimos nossas “crianças-desvios”, nas quais incidem práticas normativas (sejam da pedagogia, da assistência social e/ou da

medicina); para elas voltam-se os olhares que as ratificam, demarcando registros e correções.

Parece cada dia mais naturalizado, tornado um discurso corrente que, ao olhar para crianças, seus comportamentos sejam considerados socialmente indesejados, tornando-as portadoras de doenças. Essa prática investigativa, que associa comportamento e doença, pode ser facilmente encontrada na fala de professores, de pedagogos, de alunos, em revistas, em jornais e na internet. Envolta em uma pretensa base científica, amparando nosografias (oriundas inicialmente do saber médico), existe uma profusão de comportamentos diretamente ligados às patologias.

Neste trabalho, vamos acompanhar como práticas psiquiátricas e pedagógicas configuram-se juntamente com a emergência das crianças anormais e do conceito de desenvolvimento. Em meio à “criação das crianças anormais” e às transformações implícitas nessa produção, os processos de escolarização (em suas práticas pedagógicas) tornam-se responsáveis por relacionar o rendimento das crianças à idade cronológica e ao ritmo de desenvolvimento, como “sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada” (FOUCAULT, 2006, p. 263).

Dessa maneira, foram constituindo-se modos nos quais cabem às escolas, nos exercícios de seus profissionais, detectar possíveis indícios de anormalidade ou de algum tipo de incompatibilidade com o que é esperado para o desenvolvimento infantil, rastreando suas possíveis causas.

Ao dissertar sobre crianças em seu período de escolarização, Pan e Faraco (2005) assinalam que os desvios, as deficiências e as “anormalidades” se apresentam como efeitos de discursos, isto é, se atribuem sentidos às experiências das crianças, nomeando e atribuindo identidades normais e anormais para as mesmas.

Assim, as diferentes formas de pensar, sentir, agir e se expressar da criança passam por uma prática institucional homogeneizadora, ou seja, são atravessadas por um crivo normalizador e, conseqüentemente, são capturadas por uma rede de sentidos que lhes atribui existência enquanto déficit ou deficiência (PAN E FARACO, 2005, p. 372).

Foucault (2010a) atenta que fragmentos de discursos podem trazer à tona frações de realidade e aponta indicativos de análise de por quais razões uma época e sociedade constituem certos modos de separação, como: o que é verdade ou não, o que deve ser considerado ou desconsiderado e o que deve ser desejado ou aprisionado, banido e evitado. O autor afirma que práticas discursivas, seguidas de certos ordenamentos, empreendiam monstros, ao se referir aos homens infames, e pergunta: “por que esse teatro tão enfático do cotidiano?” (p. 212).

Por que esse teatro? Interroga Foucault (2010a). Esta pergunta ressoa nesta dissertação. Como vidas infantis (infames?) são atravessadas por relações balizadoras de modos de viver, homogeneizadoras e individualizantes?

Como afirma Guattari e Rolnik (2005), subjetividades são constituídas pela incidência do cruzamento de diversas forças, que não estão centradas nem em agentes individuais (forças psíquicas internas, egoicas), nem em agentes grupais. Somos compostos por movimentos transversais, por formas de lidar com nossos corpos, com as imagens, com as leis, com nossos modos de habitar o local em que vivemos etc. Não somos a somatória de subjetividades individuais, “Penso, ao contrário, que é a subjetividade individual que resulta de um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia e tantas outras” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 43).

Reduzir os modos de produção de subjetividade aos indivíduos, fazer caber nas crianças suas aprendizagens, desenvolvimentos, comportamentos, fazê-las perseguir linhas de normalidade, tece uma complexa rede de saberes e poderes. Trata-se, então, nesta pesquisa de se perguntar, “por que esse teatro tão enfático do cotidiano?”

Acerca da concepção de indivíduo, Foucault (2010b) apresenta alguns aspectos relevantes a serem considerados:

Não se deve, acho eu, conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e muda na qual viria aplicar-se, contra a qual viria bater o poder, que submeteria os indivíduos ou os quebrantaria [...]. O indivíduo é um efeito de poder e é, ao mesmo tempo, na mesma medida em que é um efeito seu, seu intermediário: o poder transita pelo indivíduo que ele constituiu (FOUCAULT, 2010, p. 35).

Como pensar esse múltiplo entrecruzamento de forças na constituição da criança em suas relações com a normalidade/patologia? Tal autor auxilia nessa trilha ao afirmar que não lhe interessa o sujeito transcendental, mas sim, uma aproximação do sujeito constituído em um determinado campo do saber/poder, colocando sujeito e objeto em um campo relacional.

O poder, ao qual Foucault (2010b) se refere, não é posse de alguém ou de um grupo, ele se estabelece nas relações, não é unilateral ou bilateral, é multiplicidade, constitui-se em uma rede e está acompanhado de resistências

Quero dizer que as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência. De modo que é mais a luta perpétua e multiforme que procuro fazer aparecer do que a dominação morna e estável de um aparelho uniformizante. Em toda parte se está em luta – há, a cada instante, a revolta da criança que põe seu dedo no nariz à mesa, para aborrecer seus pais, o que é uma rebelião, se quiserem –, e, a cada instante, se vai da rebelião à dominação, da dominação à rebelião; e é toda esta agitação perpétua que gostaria de tentar fazer aparecer (FOUCAULT, 2010, p. 232).

Nos rastros foucaultianos, deseja-se tracejar indícios dessas lutas perpétuas e multiformes, mais do que as dominações mornas e estáveis das produções em torno das fórmulas de normalidade e patologia ministradas às nossas crianças. Há rebeliões cotidianas? Há pequenas rebeldias? Há escapes em nossas crianças que são continuamente atravessadas pelas fórmulas, pelas cápsulas para caberem nelas?

Para isso, importa lançar-se ao desafio de acontecimentalizar. Ao discorrer de sua escolha do modo de estudar as prisões, Foucault (2010) apresenta o que ele nomeou de uma “acontecimentalização”. Nessa proposta, acontecimentalizar seria romper sentidos onde comumente elege-se uma constante histórica ou um traço antropológico imediato, ou ainda uma evidência que se impõe igualmente a todos, fazendo surgir uma “singularidade”. Reencontrar conexões, encontros, apoios, bloqueios, jogos de força, as estratégias que, em certo momento, passam a funcionar como evidência, universalidade e necessidade. Desse modo, ele propõe a análise dos acontecimentos de acordo com os vários processos que o constituem.

Não era tão evidente que os loucos fossem reconhecidos como doentes mentais; não era tão evidente que a única coisa a fazer com um delinquente fosse interná-lo; não era tão evidente que as causas das doenças devessem ser buscadas no exame individual do corpo, etc. Ruptura das evidências, essas evidências sobre as quais se apoiam nosso saber, nossos consentimentos, nossas práticas. Tal é a primeira função teórico-política do que chamaria de “acontecimentalização” (FOUCAULT, 2010, p. 339).

Assim, que práticas formularam conceitos como normalidade e anormalidade? Como as relações se estabeleceram entre saúde/patologia, normalidade e anormalidade? Como certos modos de subjetivação passaram a ser tratados como fora dos padrões? Como comportamentos das crianças, anteriormente tidas como “levadas”, “bagunceiras”, “dispersas”, “agitadas” etc., passaram a configurar problemas que devem ser observados, delimitados, diagnosticados e medicamentalizados? Ou, pelo menos, rebatidos nas formulações normais/anormais?

[Diário de campo]

Em meu primeiro dia na escola, efetivamente no tempo integral, algumas crianças estão em um parquinho brincando, enquanto outras estão na quadra. A professora olha tudo! E grita! Até que um grupo de meninas vem reclamar de uma colega que estava chorando.

A professora logo diz: – Deixa ela, ela surta de vez em quando! As crianças riem e correm para brincar novamente¹.

Foucault (2003), ao ser questionado quanto a seu método e a importância dada às prisões, dentro da penalidade no século XIX, mostra que não era efetivamente as prisões que queria analisar, mas as práticas de aprisionamento como forma de punição. Seu trabalho “está entre pedras de espera e pontos de suspensão. (...) Meus

¹ Nossos diários de campo estão redigidos de forma coloquial, como foram escritos no momento de sua anotação. Nele estão descritas as coisas que envolvem cada momento do campo de pesquisa, com o que ouvimos, vimos e sentimos nessa experiência. Algumas anotações aconteceram ainda no campo de pesquisa, para não esquecermos episódios importantes (como o nome de alguma medicação); outras foram no trajeto para outros locais e outras foram feitas horas depois. Nossa memória dos fatos foi essencial para os registros, pois foi com ela que escrevemos nossos diários, sem gravação; ela possibilitou uma escrita livre, de memórias afetivas de cada encontro com o campo.

livros não são tratados de filosofia nem estudos históricos; no máximo fragmentos filosóficos em canteiros históricos” (FOUCAULT, 2003, p. 336). E “para melhor compreender o que é punido e por que se pune, introduzi a questão: como se pune?” (FOUCAULT, 2003, p. 337). Do mesmo modo, se propôs a fazer com relação à loucura: não concerne dizer o que é ou não a loucura, mas sim como se produz a divisão entre doença e sanidade mental.

Descentrar o olhar daquilo que persegue o que é (o que é ou não loucura, o que é ou não punição etc.), e procurar as linhas nem sempre inteligíveis de análise das produções nas redes de saber-poder é uma questão que nos importa diretamente. Dessa maneira, depara-se com um operador para nosso trabalho: o que são práticas?

Baseado em Foucault (2003), ao se analisar práticas, direcionamos nossa atenção para aquilo que fazemos, colocando ênfase em como fazemos, ao invés das representações existentes de nós mesmos e dos fenômenos sociais. Realçamos que “cada prática, tal como o conjunto da história a faz ser, engendra o objeto que lhe corresponde” (VEYNE, 1992, p. 251). De tal modo, uma professora que tudo olha, grita e demarca a repetição de um surto convoca-nos aos entrecruzamentos ordinários de sujeitos em ações, em composições de como operamos em certos cotidianos escolares e suas naturalizações.

De acordo com Veyne (1992), Foucault não formulou um novo conceito chamado de “prática”, mas sim falou do que fazem as pessoas, suas ações diárias. Como tudo o que acontece, as práticas originam-se das “mil transformações da realidade histórica, isto é, do resto da história” (VEYNE, 1992, p. 159).

Foucault (2006), ao analisar temas como a loucura, o crime, o castigo e a sexualidade, tomou-os como experiências singulares, seguindo o caminho, acompanhando os menos visíveis. Analisou os “regimes de práticas”.

Neste trabalho sobre as prisões, assim como em outros, o alvo, o ponto de ataque da análise, eram não as “instituições”, não as “teorias” ou uma “ideologia”, mas as “práticas” – e isto para captar as condições que, em um dado momento, as tornam aceitáveis: a hipótese sendo a de que os tipos de práticas não são apenas comandados pela instituição, prescritos pela ideologia ou guiados pelas circunstâncias – seja qual for o papel de uns e de outros -, mas que eles têm, até certo ponto, sua própria regularidade, sua lógica, sua estratégia, sua

evidência, sua “razão”. Trata-se de fazer a análise de um “regime de práticas” – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências (FOUCAULT, 2006, p. 338).

Analisar “regimes de práticas” é desnaturalizar e tomar a complexidade de conexões entre processos históricos múltiplos, mostrar rupturas com o objetivo de abalar as evidências daquilo que era considerado como imprescindível. Veyne (1992) mostra que o método foucaultiano tem como intuito fazer uma história das objetivações, ou seja, ele inverte o modo de investigação, pois não busca entender as práticas com base em objetos, mas entende que determinado objeto só pode ser compreendido por meio das práticas que o fizeram existir.

Os objetos parecem determinar nossa conduta, mas, primeiramente, nossa prática determina esses objetos. Portanto, deve-se partir, antes, dessa própria prática, de tal modo que o objeto ao qual ela se aplica só seja o que é relativo a ela. (...) O objeto não é senão o correlato da prática; não existe nada antes dela, um governado eterno que visaria mais ou menos bem e com relação ao qual se modificaria a pontaria para melhorar o tiro. O príncipe que trata seu povo como crianças nem sequer imagina que se poderia fazer diferentemente: faz o que lhe parece evidente, sendo as coisas o que são (VEYNE, 1992, p. 159).

Tal método aponta uma grande dificuldade, pois estamos acostumados a tomar os objetos e, baseados deles, entendermos as práticas “[...] partimos da extremidade, que é o objeto, de tal modo que as práticas sucessivas parecem reações a um mesmo objeto, “material” ou “racional”, que seria dado inicialmente” (VEYNE, 1992, p. 257).

[Diário de campo]

Ouvir a professora dizer isso (que a menina surta de vez em quando) não foi fácil, também não respondi, pensei que poderia criar uma situação constrangedora, afinal, tinha acabado de chegar na escola, na sala de aula. Não responder... Que alianças fiz com meu silêncio? Fiquei com dor no estômago, “ela surta de vez em quando” ficou na minha cabeça o dia todo.

As práticas não se constituem em algo misterioso ou algo escondido da história, são o que fazemos, são os desenhos históricos, os quais podemos reforçar ou dar novos contornos de acordo com a regularidade e racionalidade sob os quais são norteados. Nesses desenhos, encontram-se os ditos e também os silêncios. Podemos produzir novas configurações históricas, ou continuar reproduzindo as práticas já dadas (VEYNE, 1992). Com isso, cria-se a “garota que surta de vez em quando”, o menino que não respeita as regras, a menina louca, a menina deprimida, o menino que bate nos colegas.

Segundo Veyne (1992),

Desconhecíamos que cada prática, tal como o conjunto da história a faz ser, engendra o objeto que lhe corresponde, do mesmo modo que a pereira produz peras e a macieira maçãs; não há objetos naturais, não há coisas. As coisas, os objetos não são senão os correlatos das práticas (p.150).

Assim sendo, o referido autor propõe a necessidade de desviar os olhos dos objetos dados como naturais, para que se possa perceber as práticas que os objetivaram, a qual chamou de parte “oculta do iceberg”. Segundo o mesmo autor, “[...] a tese central de Foucault e a mais original: o que é feito, o objeto, se explica pelo que foi o fazer em cada momento da história; enganamo-nos quando pensamos que o fazer, a prática, se explica a partir do que é feito” (VEYNE, 1992, p. 257).

Entre maçãs e macieiras, meninas loucas e...? Como se produzem as meninas loucas? A que se ligam? Quais seus rastros históricos? Entre meninas loucas e olhares e vozes que as denunciam, os desafios de desnaturalizar os objetos neles mesmos.

Como já apontado, interessa-nos, em nossa pesquisa, acompanhar como aqueles que não estão conforme o esperado socialmente (em um “desnível” entre aquilo que se espera e aquilo que se apresenta) tornam-se portadores de alguma patologia. E em função disso são encaminhados para a avaliação de especialistas, recebem diagnósticos e são medicamentalizados. Ainda que esse processo não se conclua exatamente com o uso de medicamentos, há a perspectiva de que a qualquer momento o desenvolvimento pode ser entrecortado por esse viés, em uma continuidade do olhar investigativo sobre as crianças.

No exercício do pesquisar, estivemos semanalmente em uma escola municipal de ensino fundamental. Foram nove meses, no turno matutino, de duas a três vezes na semana, prezando por uma pesquisa que se fez pelo caminhar, nas trilhas que puderam ser desenhadas, atentas às composições, jogos de forças possíveis de acompanhar.

Nessa escola, a pesquisa se desenrolou em um campo específico: Programa de Educação de Tempo Integral. Como será abordado, nesse programa, junto a esse olhar investigativo normalizador que atravessa o saber pedagógico em relação às patologias alia-se um olhar normalizador que demarca a vulnerabilidade social. Nesse entrecruzamento, evidencia-se mais um foco no comportamento indesejado (a ser corrigido ou contido) do que na aprendizagem (em sua defasagem). Os saberes pedagógicos, ancorados nos discursos médicos e assistenciais, e os comportamentos parecem ter tomado uma dimensão maior do que os “problemas” de aprendizagem.

No primeiro capítulo, tracejamos os tropeços e as andanças ao acompanhar a Educação Integral. O foco são as políticas para a educação integral, realçando as políticas de gestão da vulnerabilidade e seus exercícios cotidianos.

No segundo capítulo, escolhemos colocar uma narrativa, A menina dança, para nós uma das mais relevantes deste trabalho, pois nela vimos aparecer todas as questões com as quais estivemos embrincados neste percurso, realçando os fios que nos conduziram, assim, a destacarmos das demais.

No terceiro capítulo, buscamos apropriar-nos de conceitos importantes para esta pesquisa, visto que para entender os processos de patologização das crianças e a expansão do saber-poder médico, é necessário compreender os conceitos de patologia, de normalidade e de anormalidade e, por fim, como a criança passou a ser alvo da atenção e do controle da psiquiatria, por meio da qual a psiquiatria se consolidou.

No quarto capítulo, chegamos ou fomos conduzidos pelo campo ao processo de medicalização à medicamentação exacerbada das crianças, o uso indiscriminado da medicação como forma de apaziguamento das diferenças. Assustadoramente, a medicação passa a ser considerada solução mais rápida e eficaz para a correção (ao

menos a sua tentativa) dos fenômenos educacionais. Esse uso exarcebado e indiscriminado baseia-se na crença de que os problemas de aprendizagem e de comportamentos são individuais e biológicos.

Em uma cultura do consumo, atravessados por uma série de novas tecnologias, há o fortalecimento e expansão da indústria farmacêutica, um dos ramos mais rentáveis e em franca expansão no mundo. Para disseminar diversos medicamentos, utiliza-se a mídia, as propagandas, tornando-os atraentes e indispensáveis, exaltando seus efeitos. Facilmente acreditamos em uma lógica medicamentosa: que para todas as situações podemos recorrer a um remédio que foi produzido para facilitar e melhorar nossas vidas.

Nesta pesquisa, o diagnóstico e a medicação mais presente na escola municipal em que estivemos durante o ano de 2015 foi o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua respectiva medicação, a Ritalina. A dupla TDAH e Ritalina é um caso evidente de concomitância da popularização de um diagnóstico com a propagação midiática de um medicamento, utilizado inicialmente para outros fins, como a narcolepsia, a depressão leve e a fadiga crônica.

Uma saída, um retorno... Como uma questão importante para nós, a restituição, pontuaremos como ocorreu nossa saída e como ocorreu nosso retorno à escola, pois é uma parte de extrema importância não somente para nós, mas para a escola em que estivemos, uma vez que essa questão nos acompanhou em todo o percurso.

Para este texto dissertativo, a experiência de pesquisa vivida na escola entrecortará o percurso teórico, comparecendo por meio de diários de campo e narrativas. Assim, nos três capítulos, o leitor se deparará com textos escritos em outros formatos de letra e espaçamento, produzindo alguns cortes no encadeamento conceitual.

Os diários foram construídos como um registro dos movimentos, dos tempos, dos espaços, dos sentimentos surgidos em ato no campo de pesquisa, o que vimos, ouvimos, falamos e vivemos. As narrativas têm como objetivo ressaltar as pequenas diferenças e os minúsculos espaços de jogo colocados no cotidiano da vida e da pesquisa. Com elas, é possível ter fios de leituras e de interrogações. Nossas

narrativas foram construídas de maneira a não representar uma história específica, mas composições de várias histórias e vivências.

Foucault (2003), em seu texto *A vida dos homens infames*, afirma que ao contar histórias reais fazemos “aparecer o que não aparece – não pode ou não deve aparecer” (p. 14), dizemos o mais sutil da vida. Essas histórias provocam um equívoco entre o que seria fictício e real, fazendo o mais ínfimo da história de pessoas comuns parecer histórias inventadas. Ao falar sobre a vida real, o autor propõe uma antologia da existência. É o que desejamos com nossas narrativas e diários: que não produzamos categorias sobre essas vidas, e nem as aprisionemos em classes, menos ainda que delas retiremos uma lição moral. São personagens que existem e que pertencem a “uma peça na dramaturgia do real” (p. 3), “existências relâmpagos”, “poemas-vida”, vidas que “nos retornam pelos múltiplos acasos” (p. 6).

Encontramos com nossas “crianças infames” todos os dias. Elas “compõem o comum, o detalhe sem importância, a obscuridade, os dias sem glória, a vida comum” (FOUCAULT, 2003, p. 11), vidas comuns que “podem e devem ser ditas, ou melhor, escritas” (p. 11), crianças que não se tornaram heroínas, mas que criam e recriam cotidianamente modos singulares de vida e de existência. Com isso, trazemos nossas narrativas, narrativas comuns de meninos e meninas, entre tantos outros que poderiam ser um ou qualquer um. Contudo, para além de uma única criança, nossas narrativas são composições de vários meninos e meninas, de várias histórias reais, histórias ouvidas, contadas, vividas.

Trata-se de importar – fazer ver, fazer ouvir, fazer registrar –, como Manoel de Barros, com pequenas histórias “sem importâncias” de meninos e meninas de um Programa de Educação em Tempo Integral, de uma escola pública de ensino fundamental do Município de Vitória/ES.

1. Educação Integral: políticas educativas para alvos específicos (ou uma escola dentro da escola)

“Ah! A rua. Só falam de tirar as crianças da rua. Para sempre? Eu sonho com as ruas cheias delas. É perigosa, dizem: violência, drogas... E nós adultos, quem nos livrará do perigo urbano? De quem eram as ruas? Da polícia e dos bandidos? Vejo por outro ângulo: um dia devolver a rua às crianças, ou devolver as crianças às ruas; ficariam, ambas, muito alegres” (Paulo Freire, Poema A Rua).

1.1 A escola é tempo, tempo que passa, passa rápido, sem tempo, sem pausa, sem tempo – Construindo um campo de pesquisa:

1.1.1 A escola e suas portas

[Diário de Campo]

Cheguei à escola pelo portão errado, muros pintados, e coloridos, dou a volta no quarteirão para ver se há outra entrada, durante o percurso várias dúvidas, uma mistura de encantamento e medo, barulho de crianças, gritos e risadas.

O barulho era grande. Horário de recreio e por esse motivo não era possível entrar. Fiquei sentada em um banco encostado na parede da escola, feita de tijolos furados, que dava para ver as crianças brincando. Elas pulavam e imitavam os super-heróis dos quadrinhos. Um sorriso se abriu, levando embora os receios.

Ao entrar, vou à procura da pedagoga com quem já havia conversado ao telefone, uma professora me auxilia no percurso. Ela me anuncia. As falas da pedagoga não se mostram receptivas, mesmo assim, explico a pesquisa. Apesar da aparente recusa, a pedagoga me encaminha para conversar com a diretora.

Sento no pátio, enquanto observo as crianças pulando corda, a leveza delas dissipa temores. Uma mulher passa segurando uma criança pela mão, falando onde a encontraria caso precisasse, era a diretora, espero

ela realizar todo o seu percurso, e logo volta para falar comigo. Feita as devidas apresentações, sou convidada a me apresentar aos professores e falar da pesquisa com eles.

[Narrativa]

Delicadezas...

Uma mulher passa de mãos dadas com ele pelos corredores frios, com pouca luz e portas fechadas, pouco acolhedor para quem parece assustado. O menino guiado pelas mãos que acalmam, tem urgência... de vida... de morte. Seus gritos são constantes, explosões de sentimentos em formas de gritos... As palavras não dão conta, é preciso gritar e gritar, quem sabe alguém ouve sua dor, suas dores! Ao mesmo tempo em que dá carinho, dá socos e empurrões.

É necessário ser apresentado a lugares que acolhem, mãos que mostram que é possível se sentir acarinhado, acolhido, abraçado naquele lugar. Mãos que mostram um caminho para que as palavras possam expressar seus sentimentos, seus sentidos. Mesmo com as grades, ali no corredor frio, e com pouca luz, pode-se abrir as portas e achar um sorriso acolhedor: “Você pode me achar aqui, se eu não estiver nesta sala estou logo ali, naquela outra, é só procurar um pouquinho”.

Ele tem vontade de voar. Quem sabe no voo seus gritos sejam ouvidos, ou do alto seria possível ver novos horizontes? As janelas com grades seguram seu ímpeto de voar. Ainda pequenino, não sei se sabe que sem asas reais o voo poderia ser fatal.

E depois... Calmamente... Com a doçura de quem caminha junto, de mãos dadas, deixar ir, com o conforto de quem sabe para onde voltar.

“É a terceira vez que tenta se matar! ”

A frase ecoa...

“É a terceira vez que tenta se matar!...”

Uma criança tão pequena já pensa em morte, grita suas dores, seus medos, suas angústias. Alguém ouve?

A delicadeza mostra caminhos...

[Diário de Campo]

Na semana seguinte retorno. Era uma reunião para decidir sobre relatórios que deveriam ser encaminhados à Secretaria de Educação, mas a diretora abre o espaço para que eu pudesse falar. Explicada a pesquisa, as indagações são muitas, inclusive sobre a devolutiva e as pesquisas que já haviam sido feitas na escola e não havia retorno algum. Uma professora fala sobre os vários questionários que havia respondido para uma pesquisadora e que não faria novamente “Já tenho trabalho demais, se for para me dar mais trabalho não quero!”. A explicação quanto à pesquisa ter um caráter de vivência do cotidiano, e com isso não lhes colocaria para preencher relatórios não retira o receio, respondo aos questionamentos, alguns ainda nebulosos para mim também.

No final, a diretora pergunta aos professores se aceitam fazer parte da pesquisa, alguns respondem que sim, outros ficam em silêncio. A reunião segue, outros assuntos são tratados. Saio com muitas questões, relacionadas às pesquisas.

Um sentimento estranho com relação às práticas de pesquisa que têm sido produzidas na Universidade. Que alianças estão sendo traçadas com nossos campos de pesquisa? Discutimos sobre ética, temos comitês e tantos órgãos que regulamentam, mas que como temos feito parcerias na produção de conhecimento com as escolas? Por que é tão difícil pesquisar em um contexto educacional? O receio referente à participação ou não no processo de pesquisa é compreensível. De fato, a escola é

sobrecarregada de atividades, com um tempo curto de execução, com poucos espaços de conversas coletivas. Fica evidente a recusa a mais um trabalho entre tantos outros a serem feitos pelos professores.

Mas seria somente tempo? Esta pergunta saiu comigo da escola. Que relações temos tecido entre a Universidade, os espaços educativos e a produção de saber? A escola se percebe como um campo de produção de saber? A Universidade de fato restitui aos campos os saberes produzidos nos/com os mesmos? E ainda notamos pesquisas que têm usado os campos de pesquisa como local de “coleta de dados”. Os pesquisadores chegam ao local, coletam os dados, seja por questionários ou com outras ferramentas e não mais se ouve falar da pesquisa, do pesquisador, dos resultados.

Além disso, como nos aponta a fala da professora, pesquisas que trazem um excesso de trabalho, como folhas e folhas de questionários, em que o professor não se beneficia de suas contribuições. Então, muitas vezes além de o cansaço de toda a carga de trabalho com o qual tem que lidar, precisam participar e responder por pesquisa. Muitas vezes não sabem direito para que estão respondendo tantos questionários ou de que forma aqueles dados serão tratados.

Há um processo de esvaziamento do sentido da pesquisa, enquanto ferramenta para construção de novos saberes e fazeres, principalmente para o próprio campo que deveria ser o maior destinatário das pesquisas. Afinal, quando se escolhe um campo de pesquisa ou se é escolhido por ele, além do pesquisador, o maior interessado nas possíveis contribuições da pesquisa é esse campo. Ainda há uma relação de polarização entre pesquisador e campo, reafirmando a pesquisa sobre algo, e não feita com, não produzida em conjunto. Tal perspectiva, de um fazer sobre, um pensar sobre, tornou-se incômoda ao longo do ano de 2015. Como fazer pesquisa se não nos colocar diretamente nas relações ali vividas e nas minúcias do vivido, intervir? Ainda que fôssemos vistos como mais alguém na escola, não do modo como se esperava de um pesquisador com a prancheta na mão, nos arriscamos a estar ali, em conversas com aqueles com quem foi possível estar.

Como restituir a pesquisa feita? Esta pergunta nos acompanhou todas as manhãs na escola. Como fazer essas questões circularem? Queríamos grupos, rodas de

conversas com professores, crianças, quem sabe, famílias... Tem-se pressa, corre-corre, tem-se pressa. Como restituir? A pergunta grita, ecoa pelos corredores, alguém ouve?

[Diário de Campo]

Retorno à escola, entre conversas no recreio, sou apresentada a duas professoras do primeiro ano, professoras de classes iniciais. Elas indicam crianças apontadas como necessitando de algum tipo de tratamento psicológico ou médico.

[Narrativa]

– Se for rápido, tudo bem! Tenho muito trabalho! Diz ela entre papéis, pastas, pautas, livros e canetas. A outra concorda com a cabeça. A escola é tempo, tempo que passa, passa rápido, sem tempo, sem pausa, sem tempo.

– Posso lhe indicar três. Esses têm coisa errada, coisa estranha, normal eles não são, não mesmo, têm coisa ali para ser vista. Tem alguma coisa errada neles. Então, vamos lá...

E começa a contar a história, ou parte dela, o que achava que uma psicóloga pesquisadora precisava ouvir sobre aqueles meninos e meninas “com alguma coisa”.

O primeiro tem ânsia pela morte, por três vezes tentou se matar. Na primeira vez tentou se enforcar, na segunda vez tentou usar uma tesoura.

A família acionada, alarmada e temerosa, já tinha providenciado a dica da escola: “um médico urgente, sem demora”, aponta ela. Medicado e

em tratamento, tenta se jogar da janela, “acho que o remédio não tá fazendo efeito! ”, diz a professora. Esta última vez já estava tomando o remédio e ainda assim “queria se jogar da janela do segundo andar”. Nosso menino que tem ânsia de morte, é aquele que procura lugares para achar a diretora e acha.

O outro tem medo, medo de tudo, retraído, calado, quieto, não interage, mas aprende, já sabe as palavras, gosta de língua portuguesa, mas não gosta de conversar com os colegas: “Não sei se é timidez, se é retraído, não sei, mas ele tem alguma coisa errada”.

O terceiro “tem raiva, raiva do mundo, da gente, de tudo, se você ver pelos corredores alguém gritando e batendo, é ele. Se perde um brinquedo chora, se é contrariado não gosta, fica nervoso. Já chamamos a família, ele precisa de algum tratamento, sei lá”.

Pergunto a opinião sobre a pesquisa, e como ela deveria acontecer na escola. Apontam que os alunos precisam de algo mais focado neles.

– Mas retirá-los da sala não seria colocá-los no lugar dos diferenciados perante os colegas? Pergunto.

Elas se questionam, acham que não seria o ideal, mas também não querem um estranho (a pesquisadora) na sala deles, acham que se sentiriam vigiadas.

Acolhemos as falas e pontuamos que nosso intuito não era esse, não era retirar aquelas crianças da sala e fazer trabalhos individuais, ou fazer oficinas (não que este tipo de trabalho não tenha importância, muito pelo contrário). Mas retirar de uma criança indicada pelos professores para um trabalho psicológico seria apoiar e afirmar o lugar daquelas crianças enquanto portadoras de algo individual, de uma patologia individual. A escola é tempo, tempo que passa, passa rápido, sem tempo, sem pausa, sem tempo.

Como pesquisar? A pressa em uma escola que não para absorve todos, absorve a pesquisadora também. Uma pressa em fazer caber. Como estar em uma escola analisando processos de patologização sem reafirmá-los? Sem torná-los ainda mais gritantes?

A cabeça gira. É preciso seguir à contramão da pressa...

É preciso não ter pressa de caber, de fazer caber a pesquisa...

Como fazer uma pesquisa que não cabe na rotina? Perambular pela escola? Encontrar suas portas, quem sabe entradas e saídas?

Alguém sussurra: e o Integral? Pode-se acompanhar suas atividades...

Lá vamos nós. Entramos em uma porta, dentre tantas portas. Chegamos ao Programa de Educação em Tempo Integral e sua coordenadora, nele não haveria problemas com nossa presença em sala ou no acompanhamento das crianças em suas atividades.

1.1.1. Entre tropeços e passos

[Diário de Campo]

Chegamos a um lugar específico na escola. Não procuramos o Programa. Talvez, tenhamos “tropeçado” nele. Como metodologia de pesquisa, tentamos outros espaços de habitar a escola, recreios, sala de professores, aulas na quadra, mas a abertura (será mesmo esse termo?) fez-se junto àqueles que ali estão fora de seus turnos, fora de suas salas de aulas regulares. De certo modo, também não tínhamos um lugar no ensino regular, assim, lá fomos para o Programa Integral.

Entro na sala, um susto! Crianças de idades diferentes, uns bem pequenos (6-7 anos), e outros bem maiores (10-11 anos), todos juntos em uma mesma sala, nada convencional para os parâmetros de um

sistema educacional em que as turmas são separadas por idade cronológica. Meu primeiro contato com as crianças.

Sou apresentada a elas rapidamente.

Mestrado? O que é um mestrado? Mestrado em quê? Mestrado para quê? Várias perguntas são feitas pelas crianças. Mas quando a palavra Psicologia entra em cena logo vem as falas:

“Tia, Fulana precisa de psicólogo urgente, trata dela? Ela é doida!”, “Tia, aquele ali oh! Tá vendo? Ele tem problemas psicológicos!” Outro comenta que já foi em um psicólogo. Saem rindo, mas logo deixo de ser a atração principal do dia e passo a ser mais uma na sala.

A falta daicineira fez com que todos estivessem juntos na sala, o que não acontece sempre. É estranho para mim ver várias crianças de idades diferentes juntas em uma mesma sala de aula. Uns estão desenhando, outros fazendo as tarefas do turno regular, outros estão pintando.

[Narrativa]

É hora do almoço, sou convidada a almoçar também (pesquisadores também sentem fome!). As crianças fazem fila na porta do refeitório, de 5 em cinco elas vão entrando, colocam o arroz, o feijão, a professora coloca a carne e elas colocam a salada, depois que todas se servem, também coloco meu prato. Não pode sobrar comida no prato, regra para todos!

Uns repetem, outros riem, outros conversam, outros correm, a professora grita!

Hora de descanso até as aulas curriculares começarem.

Uns riem, outros conversam, outros correm, a professora grita!

Conheço o professor do Integral do vespertino, conversamos um pouco, ele tenta me explicar como é o funcionamento do Integral. Eu também tento explicar sobre a pesquisa. Entre tentativas segue o fim da manhã.

Os professores discorrem sobre o integral (assim normalmente se referem ao programa), pergunto de que forma foram trabalhar ali, um fez artes e o outro, biblioteconomia, ambos contratados como Integradores Sociais. Serem contratados para um cargo administrativo faz com que tenham salário e carga horária diferentes dos professores e, no cargo de Integradores Sociais, eles trabalham 6 horas diárias, 30 horas semanais.

Nos últimos anos havia um estagiário que os acompanhavam em sala auxiliando nas atividades; com os cortes de verba isso não ocorre mais. O transporte para levar as crianças aos passeios pela cidade era liberado duas vezes por semana, o que possibilitava várias experiências extraescola. Contudo, neste ano apenas em um dia por semana se tem acesso ao transporte, além das oficinas que eram mais diversificadas.

Enquanto conversamos, uns brincam, outros riem, outros conversam, outros correm, os professores gritam!

Vou para casa, com um primeiro dia em sala cheio de novas perguntas. Como é estar em sala com alunos de idades tão diferentes? Mas o que seria esse Tempo Integral? Uma escola dentro de outra escola?

Idades tão diferentes... Idades tão diferentes... Essa frase fica ressoando. Estranho a presença de crianças em diferentes fases do desenvolvimento juntas. Um instante de silêncio. Surpreendo-me naturalizando o desenvolvimento. Surpreendo-me naturalizando aquilo a que estou a pesquisar. A cabeça gira.

Nos historiadores interessados na história da infância, como Ariès (1981), traçam-se com nitidez que as separações por idade, desenvolvimento, níveis de aprendizagem ocorreram na emergência das práticas sociais de reificação da escola, da família, da infância como uma etapa em separado e característico da vida, a infância como

preceito e o objeto universal. Em torno dela, contornando-a como um lugar, formações discursivas, em seus desdobramentos em saberes como a medicina, a pedagogia, a psicologia, o direito e as formações que visam sua visibilidade como a escola, os cuidados na separação higienizada no universo familiar, sua localização em escalas e procedimentos específicos.

Como são as experiências na Educação Integral? Como aquelas crianças ali se encontram? Em que convergem crianças em diferentes idades? Que discursos demarcam a existência daquela sala?

1.2 Educação Integral: das legislações e aproximações de um campo

A Educação em Tempo Integral (ETI) já se constitui como uma realidade em algumas escolas públicas no Brasil, caracterizando-se pela ampliação do tempo diário do aluno na escola. De acordo com o site do Plano Nacional de Educação (PNE), para que uma escola seja considerada como escola em tempo integral ela precisa ter, pelo menos, um de seus alunos em jornada média diária de sete horas: “cabe destacar, no entanto, que o conceito de Educação Integral (EI) pressupõe a organização de atividades com base em um projeto pedagógico e não apenas o cumprimento da carga horária” (BRASIL, 2015b). Ou seja, não é somente o horário estendido que caracteriza a EI, mas, segundo a legislação, é necessária à organização de atividades de cunho educativo para os alunos.

A EI tem como base o Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010, em que se evidencia o direito de aprender como inseparável do direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade e à convivência familiar e comunitária. Reconhece as múltiplas dimensões do ser humano e as peculiaridades do desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens. Sendo assim, esse programa tem como prioridade o atendimento a escolas em territórios com situações de vulnerabilidade² social e educacional (BRASIL, 2014).

² Trataremos das questões concernentes ao critério de prioridade de matrículas para os alunos -vulnerabilidade social - mais adiante.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN/1996), a EI é o aumento progressivo da carga horária escolar na direção de um regime de tempo integral, com o intuito de valorizar as iniciativas educacionais extraescolares. Conforme as diretrizes do Ministério da Educação (MEC), com a proposta de ampliação do tempo escolar busca-se expandir a formação do estudante e, de igual modo, estimular seu desenvolvimento cognitivo, ético (combater e eliminar quaisquer manifestações preconceituosas e discriminatórias), estético (valorizando as manifestações culturais, especialmente a brasileira, e a construção de identidades plurais e solidárias) e histórico, tendo como base para o trabalho na EI quatro pilares “aprender a ser, aprender a conviver, aprender a conhecer e aprender a fazer” (BRASIL, 2014).

Para compreender tais pilares, o MEC oferta uma série de atividades, que compreendem: Comunicação, Uso de Mídias e Cultura Digital e Tecnológica; Cultura, Artes e Educação Patrimonial; Educação Ambiental e Sociedade Sustentável; Esporte e Lazer; Educação em Direitos Humanos; Promoção da Saúde, entre as quais a coordenação do Programa de cada escola pode escolher quais e como serão colocados em prática. Contudo, o acompanhamento pedagógico é a única atividade obrigatória, devendo haver um tempo diário para que os conteúdos aprendidos em sala de aula no turno regular possam ser aprofundados e acompanhados (BRASIL, 2013).

Para além, pretende-se que o acompanhamento pedagógico possa promover a literatura, a aproximação com a escrita e a leitura de textos, o desenvolvimento do pensamento lógico-matemático, entre outras aprendizagens, com o intuito de equilibrar os componentes do Programa Mais Educação (PME), ou seja, ampliação da jornada escolar com atividades que compõem a grade curricular, na perspectiva da Educação Integral (BRASIL, 2013).

Cavaliere (2010) menciona uma importante contribuição para a discussão do conceito – Educação Integral – “[...] a ideia que ele traz, de uma educação com responsabilidades ampliadas, em geral com forte atuação nas áreas da cultura, dos esportes, das artes, ultrapassando a atuação restrita à típica instrução escolar” (p. 5). Segundo a autora, é preciso compreender que no decorrer da trajetória da EI têm-se

diferentes proposições, pois nem sempre a ampliação do tempo escolar, entendido como integral, implica a qualidade que se espera, adotando desse modo o termo Educação Integral (CAVALIERE, 2007).

Cavaliere (2009) faz uma diferenciação entre os modelos de organização da expansão do tempo escolar, para que haja uma maior compreensão dessa proposta. Ela nos propõe uma diferenciação entre o que se chama de Escola em Tempo Integral e aluno em tempo integral. No primeiro, há um fortalecimento e investimento na/da unidade escolar ao mudar seu interior para possibilitar as novas tarefas que serão efetivadas, como a compra de equipamentos e a contratação de profissionais com formações diferentes, para que seja possível dar acesso aos alunos e aos professores a vivências institucionais diferenciadas.

No segundo, o destaque estaria na oferta de atividades diversificadas, articulando com instituições multissetoriais espaços e agentes fora da escola, “pretendendo propiciar experiências múltiplas e não padronizadas” (CAVALIERE, 2009, p. 53), tendo preferência por atividades fora da escola

Tal perspectiva tem como finalidade a ampliação de tempos, espaços, oportunidades educativas, assim como afirma a necessidade de compartilhar a [...] tarefa de educar entre os profissionais da educação e de outras áreas, as famílias e diferentes atores sociais, sob a coordenação da escola e dos professores. Isso porque a Educação Integral, associada ao processo de escolarização, pressupõe a aprendizagem conectada à vida e ao universo de interesses e de possibilidades das crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2014).

O Programa Mais Educação é coordenado pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD/MEC), tem como parceiras a Secretaria de Educação Básica e as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação. No âmbito federal estão envolvidos os Ministérios da Educação, do Esporte, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Cultura, da Ciência e Tecnologia, do Meio Ambiente e a Secretaria Nacional da Juventude da Presidência da República.

O programa tem como finalidade repassar os recursos financeiros às escolas que implementarem o Programa de Educação em Tempo Integral (ETI). A organização da distribuição da verba destinada às escolas é feita por meio do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

(FNDE), sendo que a escola recebe o recurso em sua conta, pois “o valor do repasse, em cota única, varia de R\$ 3 mil a R\$ 9 mil por escola, de acordo com o número de estudantes registrados no censo escolar no ano anterior. O recurso é para seis meses” (BRASIL, 2013).

Tal verba pode ser usada tanto para a compra como para melhoria dos recursos materiais utilizados nas atividades concernentes ao programa, para o pagamento de monitores (oficineiros) e na compra de alimentos para os alunos. A escola tem autonomia para gerir o gasto do dinheiro (BRASIL, 2013). Um elemento interessante, pois o fato de a própria escola poder gerir a verba deixa de lado as burocracias para a contratação e o pagamento dos oficineiros, por outro lado, não há garantia de equivalência entre verba e necessidade de recursos para o desempenho das atividades e a contratação de pessoal.

[Diário de Campo]

Nas últimas semanas de outubro começam os burburinhos acerca do fim das oficinas, visto que a verba para o pagamento do oficineiros havia acabado. Uma situação bem difícil, já que não teriam como continuar as atividades que estavam fazendo, além de que a professora estaria sozinha com os alunos. Ela ficou apreensiva quanto a seu trabalho com as crianças, pois eram cerca de 40 alunos de idades variadas, e o número deles só aumentava. A cada semana entravam 1 ou 2 alunos.

Na última semana de outubro, a coordenadora do integral confirma os boatos, e avisa que não haverá mais oficinas, pois a verba destinada ao pagamento dos oficineiros acabou. Além disso, o transporte cedido pela prefeitura (ônibus) também acabaria. Foi preciso estreitar os laços de uma parceria com outra escola, para que não ficassem sem as atividades externas.

A professora questiona sobre a qualidade do trabalho que seria realizado, faltando cerca de um mês para finalizar as atividades e de

como seriam as próximas semanas. A coordenadora afirma que este não é o primeiro ano que isso acontece, nos anos anteriores aconteceu a mesma falta de verba e da mesma forma eles “deram conta” de todo o trabalho, e este ano não seria diferente.

A professora propõe diminuir a quantidade de alunos, não recebendo novos e dispensando os que teriam com quem ficar em casa, já que não teriam as atividades. A coordenadora não gosta da proposta, e afirma que, mesmo sem as oficinas, o trabalho continuaria até a finalização das atividades, mesmo com poucos recursos.

Repasses de verbas, gestão de recursos, não cobertura necessária às atividades, manutenção das atividades... No final, cabe aos profissionais “dar conta”? Impressiona-nos a gestão de recursos financeiros depender da demanda de manutenção das atividades ao contar com os recursos disponíveis, com os trabalhadores... Parece haver um descompasso entre a legislação, a efetivação da educação integral... O que está em jogo?

Uma evidência de que os recursos financeiros destinados à Educação Integral, pelo menos na escola em que estivemos, são insuficientes para manter suas atividades durante todo o ano. A postura da coordenadora confirma a crença na EI e no trabalho que realizam naquele espaço, tal como sua articulação com outra escola, fazendo parcerias, para que, apesar das dificuldades, outras atividades possam continuar. Ou seja, para além da verba e das condições de trabalho, o Programa de Educação em Tempo Integral ocorre pela crença de seus coordenadores, pois são eles que, no esforço de o manterem funcionando, constroem redes para que essa política possa de fato se efetivar. Pode-se, então, afirmar que, entre as legislações e as suas efetivações, as políticas se concretizam pelo envolvimento de seus profissionais.

No âmbito municipal, as atividades do programa “Educação em Tempo Integral” (ETI), com este nome até 2011, hoje intitulado como “Educação Integral” (EI), teve início no município de Vitória no ano 2005, envolvendo a Secretaria Municipal de Educação (SEME), a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e a Secretaria

Municipal de Saúde (SEMUS), inicialmente com educação infantil. Em 2006, começou no ensino fundamental (VITÓRIA, 2015).

Com o objetivo de “garantir a ETI por meio de experiências significativas, nas diferentes áreas do conhecimento, visando à formação do sujeito que interaja com a sua realidade de forma questionadora, reflexiva, crítica e transformadora [...]” (VITÓRIA, 2010, p. 40). Todavia, direcionada para atender a educação infantil, os alunos que tivessem maior vulnerabilidade social, seguindo as mesmas concepções de âmbito nacional:

[...] Foi definido sistemicamente o percentual de 15% das vagas em todas as faixas etárias da educação infantil para atender às crianças de maior vulnerabilidade em tempo integral, no referido ano (VITÓRIA, 2010, p. 10).

Em 2007 houve a ampliação do atendimento para as crianças de 4 a 6 anos, em espaços externos aos da escola, os chamados Núcleos “Brincartes”, com parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGS) (VITÓRIA, 2010).

Com relação ao ensino fundamental, no qual esta pesquisa se insere, em 2006 a experiência foi implementada com adolescentes das 8ª séries, mas nem todos os alunos participavam. Já em 2007, o programa foi ampliado e modificado, passando a atender crianças e adolescentes, da 1ª a 7ª série do ensino fundamental.

Segundo Mota (2013), a partir de 2008 inicia-se o programa “Mais Educação” no município de Vitória, o que gerou crescimento no número de escolas e de alunos, pois o Programa trouxe um aumento de verbas. Em 2015, de acordo com o Site da Prefeitura Municipal de Vitória, estavam inseridas no Programa de Educação Integral 68 escolas, incluindo os Núcleos Brincartes e as escolas de ensino fundamental.

Seguindo os mesmos ditames nacionais, os alunos frequentam as disciplinas curriculares básicas em um horário e no contraturno escolar frequentam outros espaços da cidade, tais como: parques, museus, praças de bairros, clubes e escolas da ciência, nos quais são oferecidas atividades de esporte, lazer, cultura, música, artes cênicas, dança e conhecimentos gerais, de acordo com informações disponíveis no sítio da Prefeitura (VITÓRIA, 2015).

Essa dinâmica de movimento pela cidade e as várias atividades que compõem o programa tem o intuito de potencializar

[...] os saberes e experiências das crianças, adolescentes e jovens, ampliando e aprimorando o conhecimento dos alunos atendidos, fomentando novas experiências e saberes para além do que é aprendido e oportunizado no campo restrito da instituição escolar (VITÓRIA, 2010, p. 23).

Para que seja possível manter uma organização e essa mobilidade, há a preconização no documento de 2010, em que se afirma que para cada turno haveria 3 profissionais: um coordenador, um integrador social e um estagiário. O coordenador cumpre carga horária de 40 horas semanais, já o integrador tem uma carga de trabalho de 30 horas semanais, ou seja, 6 horas diárias.

Na escola analisada, no período em que acompanhamos as atividades do integral, participamos das atividades: o acompanhamento pedagógico (com aulas de reforço – português e matemática), oficina de horta, oficina de artesanato, oficina de áudio e vídeo. Os professores das matérias específicas também compõem a equipe do turno regular, e dão aulas no Integral, por exemplo: de educação física, jogos matemáticos, artes e culinária, atividades que ocorrem dentro do espaço escolar.

Fora do espaço escolar, realizamos passeios semanais, com o transporte cedido pela prefeitura (cinemas, exposições, parques, teatros, praias, entre outros espaços da cidade), também realizamos passeios pelo bairro no qual a escola está inserida. Além disso, as sextas-feiras eram reservadas para que os integradores sociais e a coordenadora do programa pudessem discutir as atividades realizadas e planejar as atividades da próxima semana.

Quanto aos trabalhadores, a equipe específica da EI da escola pesquisada, no ano de 2015, contou com um Integrador Social para o turno da manhã e um para tarde. Tal profissional foi o responsável por organizar, desenvolver e acompanhar as atividades propostas pelo Programa nos diversos espaços/tempos junto a outros profissionais responsáveis pela execução das mesmas; ele é o responsável pela turma, pela distribuição de lanches, almoço, assim como pela divisão dos alunos nas atividades propostas.

A equipe também possui uma coordenadora para ambos os turnos, a qual tem responsabilidade administrativa, mas não se restringe a esta, pois com seu envolvimento e experiência promove a ligação das famílias com a escola e as atividades realizadas no Programa, e também se articula com outros coordenadores promovendo atividades conjuntas, além de favorecer a construção de uma rede de força para a manutenção e afirmação da EI. Para além, a equipe também contou com o apoio de um estudante de pedagogia responsável pelas aulas de reforço e os monitores-oficineiros, que eram os facilitadores das oficinas de horta, artesanato e áudio e vídeo, para os quais é oferecido apenas uma ajuda de custo inferior ao salário mínimo.

O trabalho do monitor deverá ser considerado de natureza voluntária, na forma definida pela Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998, e o ressarcimento das despesas deverá ser calculado de acordo com o número de turmas monitoradas e limitado a R\$ 300,00 (trezentos reais) mensais (BRASIL, 2010).

A Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, dispõe sobre os serviços voluntários a serem prestados nas entidades públicas. Essa lei afirma que esse serviço não gera vínculo empregatício e nem obrigações trabalhistas previdenciárias, sendo exercido mediante a assinatura de termo de adesão entre o voluntário e a entidade na qual irá prestar o serviço. Para que possa realizar a atividade receberá uma pequena verba para o custeio de despesas pessoais.

De acordo com documento do Passo a Passo Mais Educação, a proposta é abrir espaço para:

[...] o trabalho dos profissionais da educação, dos educadores populares, dos estudantes em processo de formação docente e dos agentes culturais, que se constituem como referências em suas comunidades por suas práticas em diferentes campos (observando-se a Lei nº 9.608/1998, que dispõe sobre voluntariado) (BRASIL, 2013, p. 15).

Essa gama de atividades nos coloca frente a uma importante questão: a formação para realizar essas atividades, pois ela não é garantida aos integradores sociais nem aosicineiros.

De acordo com o relatório da pesquisa nacional denominada Programa Mais Educação: Impactos na Educação Integral e Integrada – Vitória/ES, encomendada

pelo MEC, feita em 2015, o que ocorre é uma desvalorização desses profissionais em relação à carreira, às baixas remunerações e também, em alguns casos, a falta de cumprimento das leis trabalhistas “por parte da administração, no momento da contratação dos “oficineiros” viabilizada pelo Mais Educação” (BRASIL, 2015a, p. 53).

Essa baixa remuneração pode provocar um acúmulo de trabalho na procura por uma remuneração razoável, fazendo com que trabalhem em diversas oficinas e em várias escolas. Além disso, alguns profissionais ainda são oficinairos do PME e Integradores Sociais vinculados ao Programa de Educação em Tempo Integral. O que também contribui para essa desvalorização é a falta de materiais para realizar as oficinas, o que não vimos na escola em que estivemos, pois, apesar das dificuldades, as oficinas ocorriam com os materiais necessários. Contudo, esta não é a realidade de todas as escolas, como afirmado por uma das oficinairas, a qual nos aponta que na escola em que trabalhou no ano anterior não tinha os materiais necessários para realizar a oficina de horta.

[Diário de Campo]

Ela mexia na terra, enquanto eu fiquei parada olhando. Não parecia alguém com experiência nos “ofícios” de plantar e colher. Puxo papo, ela continua arrancando os matos, arrancando as pragas e afundando as mudinhas de rabanete.

Começo a fazer o mesmo, enquanto pergunto se a prefeitura tinha oferecido algum curso sobre horta para ela fazer, não fez nenhum, e nem recebeu nenhum material que pudesse consultar, aprendeu sozinha. Procurou sites que tratassem de assuntos do campo para ter acesso a materiais que pudessem ajudar, além disso, também conversou com pessoas que trabalham com horta, para ter dicas de como plantar, adubar a terra e o tempo certo de colher.

Pesquisando sozinha, aprendeu que cada planta tem uma estação para ser plantada, tem uma profundidade para colocar a semente, senão

nascem como os rabanetes, pelo lado de fora da terra, e acabam morrendo. Na outra escola, a horta não deu certo! Não tinha recursos, fez mudas de plantas em casa, comprou ferramentas, mas nada cresceu! É difícil plantar e colher.

Está na esperança de nessa escola conseguir fazer mais coisas; a coordenadora tem ajudado muito, comprou sementes e incentiva bastante, além da escola ter um local próprio para a horta.

De acordo com Fernandes e Ferreira (2012), a escola assumiu uma gama de funções, houve um aumento de atividades e responsabilidades dos profissionais. No entanto, essas transformações não vieram acompanhadas das melhorias nas condições de trabalho docente, tais como investimentos na remuneração e adequações necessárias: “deles, são exigidas muitas competências que, às vezes, estão para além de sua formação” (p. 3). Dessa forma, as propostas do tempo integral precisam ser bem estruturadas e organizadas, pois, caso não sejam, podem gerar sobrecarga de trabalho, “trabalhar com a educação integral exige dos professores envolvimento, organização, preparação para enfrentar os desafios e disposição de toda a equipe escolar” (FERNANDES; FERREIRA, 2012, p. 4).

Cavaliere (2009) pontua que o aumento do tempo, caso não haja uma estabilidade no quadro de profissionais, investimento na qualificação destes e o enfraquecimento da vida dentro da escola, a EI pode se transformar em um atendimento com sentido assistencialista ou a ocupação de tempo com atividades desconectadas de um projeto político-pedagógico, gerando uma excessiva fragmentação e inconstância da utilização do tempo suplementar.

O relatório PME: Impactos na Educação Integral e Integrada em Vitória/ES (2015) assinala que, nessa perspectiva, há a possibilidade de questionamentos referentes tanto à relação existente entre os professores e alunos quanto à falta de integração entre os turnos – Integral e regular

Fato esse que sinaliza a necessidade de ampliação, nas secretarias de educação e nas escolas, de espaços e tempos de troca de diálogo

entre os diversos profissionais envolvidos na educação de um modo geral (BRASIL, 2015a, p.53).

A cartilha do MEC intitulada: Caminhos para elaborar uma proposta de Educação Integral em Jornada Ampliada (2011) tem como base um currículo no qual as atividades do Tempo Integral são variadas, e com conteúdos diversos, mas que, para tal,

Os responsáveis pelas Secretarias de Educação promoverão capacitações para que os educadores possam exercitar-se na criação de situações de aprendizagem divertidas e desafiadoras, baseadas em problemas reais e na elaboração de projetos interdisciplinares, que resultem em produtos que a comunidade vê como úteis e benéficos (BRASIL, 2011, p.15).

Como o nosso diário de campo mostra, com relação aos oficineiros não há uma formação ou um curso para que possam trabalhar com as oficinas para as quais foram designados, muitas vezes eles mesmos que procuraram se informar quanto ao que poderiam e deveriam aprender para trabalhar seus conteúdos com as crianças. Como ocorre com os Integradores Sociais.

De acordo com Mota (2013), de 2008 a 2011, os Integradores Sociais eram contratados por meio de convênio com ONGS, mas a partir de 2011 a contratação passou a ser feita por meio de processo seletivo dirigido pela Prefeitura Municipal de Vitória, mudando também a nomenclatura de Educador Social para Integrador Social. Tal mudança ocorreu para que pudessem evitar possíveis confusões quanto ao termo educador e professores, pois caso isso ocorresse, esses trabalhadores poderiam exigir os mesmos direitos trabalhistas dos professores. Desse modo, passaram de educadores sociais a integradores sociais. Para que esses profissionais sejam contratados por um ano, podendo ser prorrogado pelo mesmo período, exige-se que possuam no mínimo o ensino médio, além disso, que tenham alguma prática em educação popular.

Por insuficiência de verbas, a escola na qual estávamos inseridos não contou com a contratação de estagiários no ano de 2015. Apesar de os integradores que acompanhamos terem nível superior, esta não é uma realidade em todas as escolas, pois a maioria dos integradores que atua nos Programas de Educação Integral é de nível médio ou estudantes de licenciatura. São profissionais contratados por um

determinado período, o que acarreta uma dificuldade na continuidade dos trabalhos realizados. Mota (2013) assinala o curto período para o qual são contratados e a falta de preparo que podem gerar grandes dificuldades para esses atores em lidar com o cotidiano escolar e sua versatilidade de fatos, provocando uma descontinuidade dos trabalhos.

Ao ampliar a jornada escolar amplia-se também as atividades e responsabilidades dos trabalhadores desse Programa, “esse conjunto de elementos desafia a uma nova postura profissional que deve ser construída por meio de processos formativos permanentes” (BRASIL, 2009d, p. 17), o que efetivamente não acontece. Esse mesmo documento reconhece que uma política de educação como esta “[...] pressupõe uma consistente valorização profissional, a ser garantida pelos gestores públicos, de modo a permitir dedicação exclusiva e qualificada à educação” (BRASIL, 2009d, p. 39). Assim, estas condições são colocadas como decisivas para o sucesso do Programa, mas ficam na dependência dos acordos entre governo federal, estados e municípios, não sendo critérios para a implementação, mas apenas recomendações.

Cavaliere (2007) afirma que a ampliação do tempo escolar pode ser percebido de diferentes formas:

[...] (a) ampliação do tempo como forma de se alcançar melhores resultados da ação escolar sobre os indivíduos, devido à maior exposição desses às práticas e rotinas escolares; (b) ampliação do tempo como adequação da escola às novas condições da vida urbana, das famílias e particularmente da mulher; (c) ampliação do tempo como parte integrante da mudança na própria concepção de educação escolar, isto é, no papel da escola na vida e na formação dos indivíduos (p. 106).

A autora afirma que o fato de aumentar a quantidade de tempo não determina que práticas diferentes aconteçam, contudo, reduzir as potencialidades dessa ampliação à busca por melhores resultados ou a adaptação às rotinas urbanas limitariam os possíveis sentidos dessa ampliação.

O tempo de permanência dos alunos na escola está sempre em função de uma gama de interesses,

Essas forças têm as mais diversas naturezas e origens, tais como o tipo de cultura familiar predominante, o tipo de visão acerca da

formação geral da criança e do adolescente, o tipo de associação entre educação escolar e políticas públicas de assistência social ou de preparação para o trabalho (CAVALIERE, 2007, p. 1018).

Essas demandas podem estar ligadas a interesses de bem-estar das crianças, sociais e do Estado, ou até mesmo do conforto dos adultos. Na escola em que estávamos, era possível perceber tais relações. Em algumas falas da professora era visível que, para ela, alguns alunos não precisavam estar ali, visto que poderiam estar em casa aos cuidados de seus familiares, pois ao estar ali, estavam “ocupando” a vaga de alguma criança que precisava mais.

Há uma demanda concreta por parte dos adultos para que as crianças permaneçam em horário integral, devido à necessidade de inserção no mercado de trabalho, não sendo uma relação propriamente pedagógica (aliás, a pedagogia não se constitui uma prática historicamente localizada ao se produzir as separações entre os universos de aprendizagens dos universos laborais e de convívio familiar?).

[Diário de Campo]

Conversando com as crianças sobre o integral, a maioria delas gosta de estar ali. Pergunto a uma delas por que participa do integral, ela responde com muita clareza: “Meus pais trabalham, tia, aí não tem com quem me deixar então, eu fico no integral, é melhor ficar aqui, do que ficar sozinha em casa”.

Outra responde da mesma forma, ela e o irmão estão no integral, os pais também trabalham, não tem com quem deixá-los, e não podem deixar os dois sozinhos. Os irmãos chegam à escola às 7h da manhã, tomam café da manhã, cerca de 9h comem uma fruta, às 11h30min. almoçam, descansam, e brincam até a hora de ir para o ensino regular.

[Diário de Campo]

O menino não quer participar do integral, não interage com as crianças da turma e nem participa do almoço. Reclama das atividades, acha tudo muito chato e sem graça, as crianças são chatas, os professores são chatos, tudo é chato. Ele diz que não gosta da escola, que preferia a escola na qual estudava anteriormente, parece triste. A família é chamada, pois é preocupante, além de dizer que não gosta da escola e ficar o dia inteiro sem se alimentar.

A família diz que sabe que ele não gosta da escola, no ano anterior ele estudava próximo de casa e tinha vários colegas com quem brincava não só na escola, mas na rua de sua casa também. Contudo, a família passou por dificuldades financeiras e não tinha condições de pagar alguém para ficar com ele próximo de casa. Ao saber que a escola na qual está hoje possuía o Programa de Educação Integral, tentaram transferi-lo e conseguiram a vaga não só para o turno regular como também para o Integral.

Toda essa dinâmica faz com que o menino saia de casa cerca de 5h30min. da manhã, quando o transporte passa para pegá-lo e só volta para casa cerca de 18h30min. da noite, pois o transporte passa na escola às 17h30min e só o deixa em casa 1 hora depois. Uma rotina bem extenuante para uma criança de 8 anos!

A coordenadora pergunta se não seria possível revezar a presença dele no Integral, mas a família diz que não teria condições, pois não tem com quem deixá-lo.

Educar? Do que se trata mesmo educar? A que trilhas discursivas, a que multiplicidades de práticas englobamos com esse verbo? Educar (e educar integralmente)? Que verbos conjugam-se ali entre acordar, transportar, retornar? Que verbos conjugamos na EI? Como conjugam-se? Corre, corre, corre, tem-se pressa.

1.3 Vulnerabilidade social: público-alvo da Educação Integral

De acordo com as recomendações do Passo a Passo do Mais Educação (BRASIL, 2013), cada escola, levando em conta seu projeto político pedagógico e em diálogo com a comunidade, tem autonomia para definir quantos e quais alunos participarão do Programa. Mas recomenda levar em consideração alguns critérios, caso a escola não tenha condições de atender a totalidade de alunos interessados.

Entre as recomendações e critérios para tal seleção estão: estudantes em situação de risco e vulnerabilidade social; estudantes que congregam, lideram, incentivam e influenciam positivamente seus colegas; estudantes em defasagem ano escolar/idade; estudantes dos últimos anos dos anos iniciais (5º ano) e finais (9º ano) do ensino fundamental, entre os quais há maior saída extemporânea da escola; estudantes de anos nos quais são detectados índices de saída extemporânea e/ou repetência; estudantes que demonstram interesse em estar na escola por mais tempo.

Com toda essa gama, o principal critério de seleção dos alunos para a participação no programa de EI é a vulnerabilidade social e risco social. De acordo com Documento do Programa Educação em Tempo Integral da Secretaria de Educação de Vitória (2010), que contém orientações concernentes ao programa no âmbito municipal, a vulnerabilidade:

[...] está relacionada a privações de ordens diversas ou às necessidades básicas não atendidas como: baixas condições socioeconômicas, falta de amparo afetivo e educativo de adultos, ambientes que ameaçam a integridade física e/ou psíquica, pobreza, falta de saneamento básico, desemprego e violência. A identificação desses educandos que venham inserir-se ao atendimento do Programa Educação em Tempo Integral deve ser resultado de uma ação integrada envolvendo: Escola, Unidade de Saúde e CRAS do Território (VITÓRIA, 2010, p. 45).

Com base nesse critério, as escolas são orientadas a se organizar para que essas crianças e adolescentes tenham prioridade. Crianças e adolescentes que:

[...] vivem em habitações irregulares, como habitações coletivas, prédios invadidos, abrigos, casas de passagem ou em situação de rua; [...] aparecem Presente neste campo, que não é apenas um, mas vários, visto estar inserido na dinâmica da educação regular e como exploradoras ou abusadoras de seu tempo de estudo e lazer e que realizam trabalho infantil; [...] cujos cuidadores estão desempregados;

[...] não têm amparo afetivo e educativo de adultos que se responsabilizem por eles (as) íntima e plenamente; [...] promovem e/ou sofrem violência dentro de casa; [...] vivem em ambientes que existem fatores que ameaçam sua integridade física e/ou psíquica, ou que, de fato, estão sendo vitimizadas (emocionalmente, fisicamente ou sexualmente); [...] que cumprem medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA), Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Semiliberdade e usuários de substâncias psicoativas (VITÓRIA, 2010, p. 45-46).

Acredita-se que, com o aumento da jornada nas escolas, as crianças estarão seguras e livres da criminalidade e da imoralidade, pois consideram que:

A Educação Integral constitui ação estratégica para garantir proteção e desenvolvimento integral às crianças e aos adolescentes que vivem na contemporaneidade marcada por intensas transformações: no acesso e na produção de conhecimentos, nas relações sociais entre diferentes gerações e culturas, nas formas de comunicação, na maior exposição aos efeitos das mudanças em nível local, regional e internacional (BRASIL, 2009, p. 18).

Ariès (1981) ressalta o momento em que ocorre a separação das crianças das atividades exercidas fora da escola, com o intuito que elas não se misturem a uma vida imoral, “desejava-se apenas proteger os estudantes das tentações da vida leiga, uma vida que muitos clérigos também levavam, desejava-se proteger sua moralidade” (p. 170). Observa-se um retorno a esse mesmo pensamento, mas agora criando uma perspectiva de que aumentando o tempo de permanência escolar se protege as crianças das imoralidades, ou melhor, dos perigos a que estão expostas nas ruas. Ariès (1981) mostra que a criança é retirada do convívio com os vizinhos, amigos, adultos e velhos, mantendo a distância daqueles que faziam parte de sua convivência.

[Diário de Campo]

Eu e a professora conversávamos sobre como foi a entrada das crianças para o Programa. Ela sabia da história de cada um deles, olhou para um menino e disse que ele estava ali, pois a mãe descobriu que a irmã mais velha o estava colocando para pedir esmolas na rua. Outro entrou no Programa porque a mãe precisava trabalhar, os avós, que ficavam com o menino bebiam muito e a mãe não queria deixá-lo com eles. A outra não tinha com quem ficar, pois os pais trabalham e ela não poderia ficar

sozinha. Aponta para o menor deles, e diz que a mãe faleceu por envolvimento com drogas, o pai também é envolvido com elas, então, a guarda dele e do irmão ficou com a tia, ela não queria, mas pegou os meninos para cuidar, os trata muito mal; então, é melhor estar ali a maior parte do tempo do que estar em casa com a tia. A professora diz que “é melhor estar aqui do que lá fora, soltos na rua, correndo risco de se envolverem com coisas erradas”.

Percebe-se no cotidiano da escola na qual estávamos tanto uma concepção de escola que protege as crianças dos ditos perigos das ruas quanto a visão de um atendimento, uma benevolência ao aluno que teria um futuro melhor estando ali. Práticas que são reforçadas em toda a legislação do Programa, pois, ao eleger certa parcela da população como foco do programa, se restringe um direito que deveria ser de todos e não apenas de alguns.

Segundo Cavaliere (2007), esta pode ser uma visão assistencialista, em que a escola de tempo integral é colocada como sendo dirigida para os desprotegidos, devendo suprir as carências gerais da formação de seus alunos; uma escola que pode substituir a família e na qual o mais importante não é o conhecimento e sim ocupar o tempo. A mesma autora ressalta que, com essa visão, a escola passa a ser um local em que as crianças das classes populares serão “atendidas”, deixando de ser um lugar de saber, de aprendizado e de cultura, mas “um lugar onde as crianças das classes populares serão “atendidas” de forma semelhante aos “doentes” (CAVALIERE, 2007, p. 1029).

A noção de risco presente nas políticas públicas está associada à falta, ao conflito e ao perigo conforme aponta Scheinvar (2007). O risco está no nível do que pode vir a ser, no nível da probabilidade e não dos fatos já consumados. Mas, no lugar de atuar sobre os fatores de vulnerabilidade que podem gerar o risco, elas – as políticas públicas - atuam sobre a vida das pessoas, nesse caso, na vida das crianças. Assim, o presente passa a ser o momento para a intervenção, um tempo de fabricação de um futuro, semelhante ao que acontece nas questões médicas voltadas para a infância, prevenir o risco.

Hüning e Guareschi, (2003), ao explicar sobre as crianças que são colocadas como crianças em situação de risco e das intervenções sobre elas, propõe que:

O que temos hoje é a elaboração de um **prognóstico** das vidas de meninos que são tomados como em situação de risco social, **prognóstico** este que é marcadamente vinculado com a marginalidade e a delinquência e que se estabelece a partir de uma grande dose de linearidade na associação de uma condição presente – de pobreza, de ser morador de vila...; com o futuro indesejável, que se justifica por uma crença na certeza e garantia da intervenção realizada como “**remédio**” para o mal que representa (grifos nossos, p. 7)³.

Dessa forma, se constrói uma forma institucionalizada de prevenção ao crime, preconizada em todo o material e nas falas dos profissionais, referentes ao aumento da jornada nas escolas. De tal modo que estar na escola por tanto tempo é melhor do que estar na rua, uma oportunidade para um futuro melhor, “é a concepção dissimulada dos antigos reformatórios, fruto do medo da violência e da delinquência” (CAVALIERE, 2007, p. 1029).

Ao abordar termos tão importantes, como risco e vulnerabilidade, é preciso bastante cuidado, pois facilmente se pode posicionar na ligação: vulnerabilidade – violência, criminalidade e drogadição, já que supõe-se uma ameaça evidente, ou um potencial inerente a tais ligações. Assim, sem o cuidado necessário é possível se colocar na produção de uma forma de pensamento em que “somente aqueles que não têm determinados recursos ou que vivem em regiões precárias de infraestrutura fossem potenciais criminosos” (MOTA, 2013, p. 123).

Hüning e Guareschi (2002) afirmam que programas voltados para crianças, em que se tem a noção de risco social como premissa, abarca,

[...] o infrator, a vítima de violência, o morador da vila, o parente de presidiários, o usuário de drogas e uma série de outras situações permeadas necessariamente pela situação de carência econômica, pelo local de procedência – a vila, por uma avaliação em relação à família de origem, dita desestruturada – ou por modos de vida que se diferenciam do que é tido por normal (HÜNING E GUARESCHI, 2002, p. 10).

³ Colocamos em negrito as palavras: prognóstico e remédio, para pontuarmos a apropriação de palavras médicas em outras áreas de atuação, proliferação e naturalização de um saber-poder médico.

Dessa forma, há uma culpabilização das crianças e adolescentes, pois existe uma suposição do que podem vir a ser, um investimento no presente, sobre os quais medidas preventivas são aplicadas, focando uma irregularidade no indivíduo que precisa de aparatos para ser colocado na “direção certa” ou para “não se envolver com coisas erradas”, como aponta a professora.

Pressupõe-se uma infância e adolescência que necessitam ser vigiadas e acompanhadas de perto, mostrando uma política que incide sobre a população como um dispositivo de segurança, um meio de controlar e prevenir os riscos:

Na procura de estabelecer-se as responsabilidades sociais de controle sobre as crianças e adolescentes em situação de risco e respondendo a uma tentativa de gerir/anular o risco social representado por estes, instituições e técnicos como psicólogos, assistentes sociais, educadores, casas de acolhida, entre outros, partindo tradicionalmente de uma metodologia prescritiva e adaptacionista, buscam modelar e adequar o comportamento desviante e biografias das crianças e adolescentes, promovendo uma pedagogia corretiva (HUNING, GUARESCHI, 2002, p. 7).

Desse modo, é preciso, antes de tudo, prevenir, e o que não for possível ser prevenido, será corrigido. Por conseguinte, “a ênfase foi colocada no processo de normatização, em um modelo que traz uma “imagem a resgatar”, no oferecimento (ou imposição?) de um “caminho certo” a se seguir, uma imagem a ser resgatada (HUNING, GUARESCHI, 2003, p. 3).

Foucault (2008) demonstra que essa noção de risco surgiu por meio das técnicas de controle da varíola, uma vez que com elas se criaram os cálculos (estatísticas) tanto para prevenir quanto para minimizar os riscos, para que se pudesse identificar “o que é perigoso” (FOUCAULT, 2008, p. 80). Isso porque os riscos não são os mesmos para todos os indivíduos, “há riscos diferenciais que revelam, de certo modo, zonas de mais alto risco e zonas, ao contrário, de risco menos elevado, mais baixo, de certa forma” (FOUCAULT, 2008, p. 80).

No século XVIII, a noção de população impulsionou os dispositivos de segurança, que procuraram minimizar os riscos em seu interior. Nessas mudanças, abre-se espaço para um campo de possibilidades, para o início da governamentalização do Estado, fazendo com que este pudesse decidir e distribuir o que compete ou não a ele (FOUCAULT, 2008).

Os dispositivos de segurança serão pautados na noção de risco e no cálculo do perigo. Partem não mais da identificação do normal e do anormal como era nas técnicas disciplinares, e se tornam um modelo a ser seguido, visto que nos dispositivos de segurança o processo de normalização ocorrerá baseado no normal para fixar e distribuir as normas. Esses dispositivos atuam de forma a se espalharem:

[...] ampliando sua ação e integrando elementos. Apoiam-se nos detalhes, tomados como naturais e inevitáveis, e, no lugar de uma regulamentação extensiva, admitem um *laisser-faire*. No que se refere ao sistema de legalidade, os dispositivos de segurança operam regulamentando a realidade de forma que os elementos que a compõem atuem uns nos outros (HECKERT; ROCHA, 2012, p. 87).

Segundo Veiga Neto e Lopes (2007), ao ter como base as teorias de Foucault, para todo um conjunto de ações de poder que tem como intuito conduzir (governar) a conduta, seria mais apropriado usar a palavra *governamento* e não *governo* “usamos *governamento* para designar todo o conjunto das ações – dispersadas, disseminadas e microfísicas do poder – que objetivam conduzir ou estruturar as ações” (p. 7). Portanto, a população entendida como um conjunto de indivíduos é pensada como “unidade descritível mensurável, conhecível e, por isso mesmo, governável” (p. 9). Assim, o Estado assume a responsabilidade de governar para promover a vida, tanto cuida para que as pessoas continuem vivas quanto para prevenir a extinção da espécie humana.

A governamentalização do Estado sobre a vida da população propiciou o desenvolvimento da biopolítica, que tem como preocupações principais a vida e seus fenômenos mais ínfimos. Por meio de muitas práticas e políticas, e dispositivos não somente disciplinares, mas também de segurança, incidem sobre a população, prevenindo e controlando os riscos. A educação tem um papel fundamental nesse *governamento*,

[...] o que vemos surgir agora [não é] a ideia de um poder que assumiria a forma de uma vigilância exaustiva dos indivíduos para que, de certo modo, cada um deles, em cada momento, em tudo que faz, esteja presente aos olhos do soberano, mas o conjunto de mecanismos que vão tornar pertinentes, para o governo e para os que governam, fenômenos bem específicos, que não exatamente os fenômenos individuais [...] É uma maneira bem diferente de fazer funcionar a relação coletivo/ indivíduo, totalidade corpo social/ fragmentação elementar, é uma maneira diferente que vai agir no que chamo de população (FOUCAULT, 2008, p. 87).

Nessa perspectiva, as tecnologias individualizantes e totalizantes estarão voltadas para um projeto de governamentalidade e de manutenção de certa ordem, em que se procura anular as diferenças que possam emergir futuramente. Desse modo, é de extrema importância gerenciar a vida e conduzir a população. Como forma de controlar o que é imprevisível, criam-se normas e condutas a serem seguidas, tendo o apoio de uma gama de instituições com o intuito de vigiar e corrigir, como “[...] as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas e pedagógicas” (FOUCAULT, 2003, p. 86). De modo que:

[...] certos saberes produzem e tentam governar os riscos, entendidos aqui no sentido daquilo que não se deseja, são práticas que se voltam ainda para uma essência e que não ingenuamente, associam um traço natural da criança/ adolescente pobre com a menoridade, com o risco; que trabalham com a possibilidade de absoluta previsibilidade e domínio dos modos de ser das pessoas sobre as quais se propõe a intervir. Uma das relações que se estabelece, está na articulação da pobreza com a menoridade e com o risco, de modo que ser “menor” já pressupõe um desvio a norma [...] (HUNING; GUARESCHI, 2003, p. 09).

Veiga Neto e Lopes (2007) mostra que a escola operou e continua operando como um lugar privilegiado tanto para a intervenção do Estado e de suas políticas, como para a invenção e experimentação de novos saberes. As crianças que são colocadas no arcabouço das “baixas condições socioeconômicas, falta de amparo afetivo e educativo de adultos, ambientes que ameaçam a integridade física e/ ou psíquica, pobreza, falta de saneamento básico, desemprego e violência” (VITÓRIA, 2010), tornam-se o alvo dessa política - Educação em Tempo Integral - no intuito de prevenir algo que está por vir.

Hüning e Guareschi (2003), em seu artigo: “Infância normal X “infância em situação de risco”: a produção social da diferença” afirmam que o diferente, o anormal, nesse contexto, não é o anormal patológico, mas a criança em situação de risco social. Quando se estabelece padrões a serem seguidos, sejam de comportamentos, modos de agir e de ser, e quando estabelecemos uma norma, produzimos e ao mesmo tempo afirmamos o que é diferente, não no sentido de oposição, mas no que não está incluído nas referências. Essas crianças enquanto

[...] sinônimo de situação de risco e de futuro criminoso, sobre o qual faz-se agir uma série de estratégias disciplinares/ortopédicas, para

obter-se como resultado o adulto normal, que não represente ameaça à sociedade. Nesta equação, variáveis como a produção sociocultural da situação de risco ou da criminalidade e a análise das diferenças e dos padrões de normalidade, não ganham espaço (HUNING; GUARESCHI, 2003, p. 7).

Cria-se a necessidade de novas formas de intervenção, instituições de apoio, programas de assistência, técnicas de tratamento, projetos de acompanhamento, para que o diferente seja tratado, “o diferente ainda é tratado como um fenômeno que precisa ser normatizado e assim como uma “verdade” o constituiu, outra entrará em jogo a fim de corrigi-los” (HUNING; GUARESCHI, 2003, p. 6). Assim se presentifica o “risco como fragilidade do outro e de si mesmo frente ao outro; como ameaça de ser o outro; ameaça do outro que é visto como perigoso; ameaça à ordem normal, que toma o EU como referência para o outro” o risco de ser e de conviver com o dito anormal (HUNING; GUARESCHI, 2003, p. 8).

O risco é colocado como uma ameaça, ameaça aos modos de vida, aos espaços assegurados de convivência, e que “o outro, que é o corpo vivo que fala esta diferença, que materializa a ameaça aos nossos modos de vida, aos nossos desejos, aos nossos espaços assegurados, passa a ser tomado como alguém a ser evitado, a ser prevenido” (HUNING; GUARESCHI, 2003, p. 9).

A seleção, na escola em que estivemos, é feita com base em entrevistas realizadas com os responsáveis, no início do ano. Contudo, como dito em nosso diário de campo, a entrada de novos alunos ocorre durante todo o ano. Antes mesmo das entrevistas, há indicações da escola para que alguns alunos sejam classificados para participar com base nos critérios do Programa, pois conhecem a dinâmica da vida dos alunos. Além disso, há pedidos dos pais para que seus filhos participem do integral, no entanto, também encontramos recusas em participar do Programa, como apontaremos mais adiante.

Com esse “critério de seleção” focado na vulnerabilidade, não se discute que a EI é um direito para algumas crianças e não para todas. Dessa forma, a universalização dessa modalidade de educação não é colocada com primordial, não é colocada como uma política que deve abarcar, enquanto direito, todas as crianças. Percebe-se que o programa tem caráter prioritário de proteção social, não garantindo acesso a todos os alunos, mas tendo um alvo específico (SANTOS, 2012) de uma arte de governar.

1.4 Educação integral: de uma cidade educadora a uma escola dentro da escola

Ao se basear em uma ideia de expansão da educação para além do ambiente escolar, o documento da Prefeitura Municipal de Vitória - Programa Mais Educação: Impactos Na Educação Integral E Integrada (2015), que fornece as orientações concernentes ao Programa no âmbito municipal, incentiva parcerias com outros setores e com a sociedade civil, para que os alunos possam usar os espaços físicos do entorno da escola. Esse propósito é influenciado pelo movimento mundial das Cidades Educadoras:

A proposta educativa deste Programa constitui-se a partir da compreensão de uma escola que baixa seus muros e encontra a cultura, a comunidade, a cidade em processos permanentes de expansão e de criação de territórios educativos (BRASIL, 2014, p.17).

De acordo com Mota (2013), esta concepção de cidade como promotora de conhecimento vem do conceito Cidade Educativa utilizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 1970, em um encontro sobre educação. Nesse encontro, buscaram-se alternativas para o aumento da pobreza, das crises econômicas e para as consequências da Segunda Guerra Mundial. Contudo, as questões relativas à crise econômica não foram colocadas como consequência de uma organização capitalista, mas sim como responsabilidade da escola, que não estava preparando corretamente seus alunos para a inserção no mundo do trabalho. Então, era preciso que todos estivessem envolvidos em prol da educação, e não apenas a escola:

Restituir a condição de ambiente de aprendizagem à comunidade e transcender à escola como único espaço de aprendizagem representa um movimento de construção de redes sociais educadoras e de cidades educadoras. A comunidade e a cidade apresentam diferentes possibilidades educacionais e de construção de conhecimento por meio da observação, da experimentação, da interação e, principalmente, da vivência (BRASIL, 2013, p. 30).

Esta perspectiva de cidade como expansão dos territórios educacionais chegou ao Brasil no 10º Congresso Internacional de Cidades Educadoras, que aconteceu em São Paulo, em 2007, e colocou em voga os espaços da cidade como territórios de aprendizagem, partindo do princípio de que a educação ocorre em todos os territórios da cidade, ao articular e integrar atividades específicas, com o objetivo de promover

o desenvolvimento dos alunos (VITÓRIA, 2010). Durante o nosso percurso de pesquisa na escola, tivemos a oportunidade de participar de várias atividades fora do espaço escolar, como passeios em parques, museus, cinemas, shoppings, exposições e praias. Nesses locais, várias atividades eram realizadas, atividades lúdicas, formais e informais. Nos parques, festas puderam ser realizadas, dando continuidades às atividades executadas em sala, além de se tornar um espaço de brincadeiras, visto que em alguns momentos participamos de palestras sobre temas variados, bem como algumas atividades teatrais e exposições puderam ser visitadas, sendo que as atividades foram muito variadas.

Observamos que há amplos esforços e preconizações para que se promova parcerias extraescolares, mas não há o mesmo empenho para se efetivar parcerias dentro do espaço escolar. O PME tem como recomendações para o estabelecimento de diálogo do tempo escolar estabelecido com o tempo ampliado, entendendo que as atividades desenvolvidas no âmbito do Programa contribuem para garantir o direito de desenvolvimento e aprendizagem de crianças, adolescentes e jovens, e que o aprender envolvendo a atividade intelectual precisa revestir-se de um sentido, além de ser prazeroso (BRASIL, 2013).

[Diário de campo]

É estranho pensar em uma escola dentro de outra escola. Mas é esta sensação que tenho. As atividades realizadas com os alunos do Integral não tem comunicação com as instâncias da escola, a integradora não tem contato com os professores dos alunos com os quais trabalha, não se discute o que está acontecendo com cada aluno.

O horário do recreio é estranho, os professores conversam, contam piadas, brincam, mas a integradora social não participa desses momentos. Hoje foi aniversário de uma das professoras, distribuem bolo para os professores, mas é como se a integradora não estivesse na sala, me sinto um peixe fora d'água, e acho que ela também. A sensação é de que o integral não estivesse participando da dinâmica escolar.

O relatório Programa Mais Educação: Impactos na Educação Integral e Integrada-Vitória/ES (2015) assinala que, para haja uma efetivação da EI, é preciso:

[...] articular ambos os turnos, buscando a adaptação dos tempos para a inserção dos diversos saberes que se inserem nas escolas. Nesse sentido, a busca de parcerias no planejamento pedagógico e a articulação de atividades entre os educadores de diferentes turnos podem ser caminhos de integração entre os tempos da escola e de minimização de possíveis hierarquias entre o turno regular e o turno das oficinas do PME (BRASIL, 2015, p.49)

De acordo com Mota (2013), há uma fragmentação entre o turno e o contraturno; isso faz com que haja dificuldades para realizar atividades que sejam conectadas com as atividades que acontecem no turno regular. Há uma valorização das atividades executados no turno e uma desvalorização do contraturno. Foi observado que, com relação às aulas de reforço, existe uma comunicação entre os professores e o monitor de reforço, mas é no sentido de encaminhar e sinalizar as dificuldades dos alunos e não uma comunicação para que trocas pudessem acontecer, de maneira a fortalecer o vínculo entre os espaços habitados pelos alunos.

[Diário de Campo]

Mais uma vez a sensação estranha de o integral ser uma “uma escola dentro de outra escola”. É dia de festa na escola, feira cultural. Todos muito ansiosos com toda a movimentação que estava ocorrendo, teriam apresentações de danças, exposições, bebidas e comidas. Professores, alunos, coordenadores, pedagogas, todos muito animados. Os alunos que participam do integral também foram convidados a se apresentar com uma dança, mas não poderiam ficar para ver as outras apresentações, nem participar do que estava acontecendo na escola.

Achei estranho, também queria ver as outras crianças dançarem, mas após a apresentação do integral voltamos para as atividades cotidianas, com o gostinho de quem queria ver o que estava acontecendo no pátio.

Perguntei se não poderíamos ver as apresentações, mas não era possível, pois as crianças do integral participariam da festa no turno regular e as atividades deles precisavam continuar.

[Diário de campo]

Estava sentada com a integradora social, ela parecia bem nervosa. Aponta para mim e fala: “Coloca isso aí na sua pesquisa, o integral é uma escola dentro de outra escola”, já havia pensado isso há algum tempo e me incomodado, mas ela enfatiza: “coloca isso aí na sua pesquisa, pode escrever lá”. Pergunto o que está acontecendo para ter dito isso e por que ela está tão nervosa, ela afirma que dentro da escola ninguém vê o integral como parte da escola, como sendo da escola, mas como um Programa dentro da escola e só, como se só usassem o espaço da escola, e que seus alunos sempre são deixados para segundo plano. É estranho notar isso, afinal é um Programa inserido na escola, e que tem alunos da mesma, isso não deveria acontecer.

O descontentamento da professora vem do que ela chamou de “descaso” com os alunos que participam do integral. Nesse dia, as crianças do G2⁴ teriam aula com a professora de Educação Física, que também é professora da escola. Contudo, segundo a integradora, ela deixa os alunos do integral sem aula para se oferecer para dar aula para outra turma, pois uma professora havia faltado.

O nervosismo da integradora era por esse motivo; segundo ela, os alunos do integral não têm prioridade nas atividades da escola e por esse motivo acabam prejudicados.

⁴ Para melhor execução atividades em sala, as crianças são divididas em dois grupos, o G1 e G2; o critério para essa divisão é a idade das crianças, as menores no G1 e as maiores no G2, assim. Dessa maneira, algumas atividades são feitas separadamente pelos grupos.

[Narrativa]

Penso, penso, penso.

Indago quem está perto.

A que serve uma escola dentro de uma escola? Que mil utilidades e inutilidades suas portas portam? Sutilezas de uma política que se pretende uma abertura ao aprender, mas que lhe circunscreve os alvos, já considerados em defasagens.

Sob a égide da integralidade, a educação pode ser uma luta contínua...

A cidade como educadora... – Uma afirmação bastante interessante no sentido de descolar os processos educativos das práticas de escolarização. Aprender com, aprender em meio à cidade, em meio aos transeuntes, em meio a suas lutas, em meio a seus tesouros concretos, em meio a suas histórias vivas e reais. Pensar e exercer os processos educativos como práticas não circunscritas às formalizações e disciplinas acadêmicas.

Com alvos, alvos-riscos, alvos-vulneráveis a integralidade preenche o tempo, preenche as horas, preenche com massinha e oficina. Preenche com passeios... e não com habitar a cidade.

Com alvos, a integralidade educativa pode tornar-se um: olhar de perto? Ver os riscos? Acompanhar os desvios? Ver a menina doidinha, (*doidinha de tudo, tia*)... Alvos-comportamentos. Um risco arrisco aqui: sobrepor ao risco social, um perigoso risco anormal.

Como? A cabeça gira.

Há na letra da lei uma educação como um modo público, e na mesma lei, uma educação como correção para um virtual desvio.

Há na letra dos fazeres, por vezes, uma garantia de direitos ao acesso à escola; mas nos fazeres também há cerceamentos. Como uma política

compensatória, os fazeres na EI podem demarcar uma inclusão excludente, sobrepondo-se a outros saberes.

Penso, penso, penso.

Indago a alguns.

Será a EI um campo de encontro, de entrecruzamento entre as políticas da assistência, da pedagogia e da medicalização dos comportamentos infantis?

A cabeça gira...

2. A Menina Dança

[Narrativa]

“[...] No canto do cisco
No canto do olho
A menina dança
E dentro da menina
Ainda dança
E se você fecha o olho
A menina ainda dança
Dentro da menina
Ainda dança
Até o sol raiar
Até o sol raiar
Até dentro de você nascer
Nascer o que há[...]

(Trecho da música “A menina dança” de Novos Baianos).

Ela chega rodopiando, como se dançasse uma música própria, cantarolando uma letra inventada, entendida somente por ela. Dança vários ritmos, se misturando com a letra e com a melodia, inventando novas canções no pátio da escola, na sala, na aula. Com seu jeito próprio de quem não liga e nem vê que a observam em seu show.

Enquanto isso, um grupo de meninas brinca de massinha. Uma lanchonete cheia de bolos, pizzas e vários doces...

Ela vem dançando, também quer participar dos afazeres da lanchonete, não quer ser consumidora, quer planejar e fazer os quitutes. As “donas” das massas não querem sua presença.

– Ela é louca! Doidinha de pedra! Faz coisas estranhas! Vai atrapalhar a gente!

– Mas o que é ser louca, doidinha de pedra? Conhecem alguém louco?

Elas se olham, sem saber muito bem o que dizer...

Falar que alguém é louco se tornou tão corriqueiro que mesmo quem fala já não sabe muito bem dizer do que se trata. Se alguém faz algo que não

está em sua lista de comportamentos adequados para alguma situação: é louco e ponto final.

– Alguém diferente! Solta uma delas com um ar de ter explicado tudo.

Uma das meninas diz que no bairro dela tem um homem doido, sua mãe fala que é bem doido, “doidinho, doidinho”. Ela nos conta que:

“Ele bebe muito, sabe? Fica na rua, não consegue nem levantar, fica gritando com as pessoas, de madrugada ele não vai para casa, fica na rua, dorme ali na rua mesmo, ele não consegue andar, fala coisas estranhas, ele é louco, minha mãe fala que é bem louco, doidinho”. Bêbado ou louco? Pouco importa, é louco! E seguem brincando.

Para não ter a presença da menina que dança, elas dividem a massinha, mas para que faça seus doces, bolos e pizzas bem longe. Não queremos os loucos por perto!

Quero experimentar seus quitutes, minha presença pouco importa, ela canta, dança em seu show próprio, não precisa de plateia, faz seus pratos e seu show para si.

Algumas pessoas acham que ela tem alguma coisa errada, tem algo nela que não é normal, a menina-dançante não cabe no “pote da sala”, dizem que não consegue interagir direito com as outras crianças, que fica a maior parte do tempo isolada, não fica entusiasmada com as atividades “superinteressantes” que lhes são propostas, é muito distraída e distante. Como não ser distante quando não lhe querem por perto?

Ela deveria ser encaminhada para a educação especial, mas para isso é preciso de um laudo, e este ela não tem, que pena, não é? Não tem um nome para ela, um código, uma logomarca, algo que explique. Logo, dizem que ela se parece com a mãe, a genética aparece:

– A mãe dela é assim, esquecida, dispersa como ela, você tem que falar várias vezes a mesma coisa e ainda assim ela se confunde.

Outros, acham que não, ela é apenas diferente, tem seu jeitinho próprio de interagir com os outros, é um pouco esquecida e dispersa, mas isso não é nada demais para as crianças.

Vamos passear, a dançarina senta ao meu lado. Para quem dança, ficar sentada por muito tempo não deve ser uma tarefa fácil, seus passos e gestos ficam restritos aos jogos com as mãos e ao canto. Não, não possível se mexer muito e nem cantar alto, a música é dela, autoria própria, se você não entende é porque não está inserido nas artes do canto próprio. Já que não podemos cantar, vamos para as artes das piadas, ela conta e ela mesmo ri de si.

Quando crescemos, perdemos o encanto de rir de nós mesmos, ficamos chatos, chatos... Chatos!

A professora grita! Aquietamos nossa música, nossas piadas e nossas risadas saem baixinhas, não podemos chamar muita atenção.

Chagamos ao nosso destino. Um parque no meio da cidade com brinquedos e árvores. Lá também estavam alunos de outra escola.

A dançarina com seus passos de dança logo começa a chamar a atenção das crianças desconhecidas e, com seu jeito travesso e dançante, se coloca nas brincadeiras.

É mais fácil brincar e arrumar espaços com quem não lhe dá o nome de louca instantaneamente! Manter-se dançante não é fácil, dá nó nas cabeças alheias... Com seus passos ela assusta e a palavra louca logo aparece.

– Tia, ela é louca? A menina da escola dela disse que ela é louca.

Pergunto o que aconteceu.

Ela afirma que a menina dançante não sabe brincar como elas, sua música não tem sentido, sua dança não segue o compasso das

brincadeiras, às vezes, os movimentos se esbarram e causam quedas, machucam ou são incômodos.

Mesmo assim voltam a brincar, danças em ritmos diferentes também compõem. Uma ensina para a outra novos passos possíveis, novos movimentos, novas formas de chamar mais gente para dançar...

A menina dançante não tem muitos amigos na escola em que estuda, sua dança costuma ser um espetáculo solo.

– Ninguém gosta de brincar comigo!!!

Os colegas da escola afirmam esta fala, brincar com ela requer desapego, esforço para entender sua dança, seus passos que incomodam, que tiram as amarras que temos, abalam nosso ritmo monótono e esquadrinhado.

Tento dançar com ela... Em seu passo levanta minha blusa, e coloca o dedo no meu umbigo. Todas as crianças param, se amontoam e dizem que ela dança assim porque é louca, e pedem para que eu não leve a sério seus passos. Uma delas faz o sinal da loucura, aquele em se balança os dedos fazendo círculo ao redor da orelha, mas esperam o grito da professora sair da boca da pesquisadora.

Todas paradas, olhando, na espera do grito e do castigo.

Ela não grita! Conversa, conversar com quem dança é descobrir passos novos, outras formas de conversar dançando! Dançar entre os movimentos que a vida traz... Dançar...

Ela não grita! Pergunta que passo era aquele, o que fazer com um passo assim, sem permissão, sem conversa? Para dançar junto, as duas partes precisam querer e entrar em um acordo sobre o que pode ser feito e o que precisa ser evitado. Os colegas de turma dizem a ela que, para que os outros dance e aceitem certos passos, precisamos estar de acordo.

A menina dançante faz novos passos, e volta para sua dança solitária...

Nossa dançarina some... Fica dias sem aparecer na escola... Fico inquieta com sua ausência.

O que aconteceu? Será que foi mostrar seus passos em outro local?

Não... Seus passos próprios precisam de um ritmo... Estão tentando colocá-los nos moldes, fazer do movimento inventivo uma coreografia taxada, marcada, com compassos ditados pela disciplina, pela ordem. É preciso ser normal! Sua dança precisa se encaixar na batida do espaço escolar.

Como vão fazer isso? Como se conserta o que não está quebrado, estragado?

Nossa menina dançante ganhou uma pílula para orquestrar seus passos, seus pensamentos, a Ritalina⁵, uma pílula para tomar prescrita pelo médico, um ser que conserta gente quebrada.

Mas a dançarina precisa de um tempo para a tal pílula fazer sua música mudar de batida, seus passos ritmarem e isso lhe causa muito sono... sono...

Esperam que a tal pílula a deixe mais atenta, mais quieta, que preste atenção, que siga as instruções, que se interesse pelas atividades.

A menina dançante aparece!

Ela continua dançando, com seus passos próprios, uma frustração para quem queria uma coreografia padrão.

Um alívio para quem gosta de novos passos, de ritmos diferentes!

⁵ A Ritalina é um medicamento da classe dos psicoestimulantes, composto pelo metilfenidato, é amplamente indicado para os casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Ela diz que deu um tempo da escola, pois estava com sono, o remédio que conserta o passo também apaga o corpo... Dá sono... Mas tem dias que ela resiste, que é mais forte do que ele e vai para a escola.

Na aula de Educação Física é proibido ficar parado, é preciso fazer alguma coisa, era preciso estar em movimento. Uma das crianças começa a dançar, apresentar com sua coreografia, um pouco de ballet, eu era a plateia.

Enquanto isso, nossa menina-dançante brinca sozinha, vamos chamá-la para participar da apresentação. Compor com novos passos é sempre bom!

As duas riem e se divertem com seus passos, uma ensina a outra novas maneiras de se apresentar, acabam as apresentações muitas palmas, muitas palmas, minhas palmas.

O que fazemos agora? Não podemos ficar paradas, o professor quer alguma atividade. Que estranho, em uma aula é preciso ficar quieto, na outra é preciso se movimentar sem parar.

Decidimos brincar de contar histórias, mas quem começa?

–Tia, eu começo! Disse nossa menina-dançante.

“Era uma vez uma menina de 8 anos de idade, ela se chama? ... Como é o nome da tia? (Ela pergunta para a colega), ela se chama Lorena, nenhum amigo da escola gosta de brincar com ela, dizem que ela é muito chata, que ela não sabe brincar, que ela não presta atenção nas coisas, que faz piada sem graça, que é louca! Doidinha, doidinha... Aí, ela cresceu...cresceu e cresceu e ficou do tamanho da mãe dela, ficou tão grande que os colegas da escola tinham medo dela, ela assustava eles. Aí ela foi para a casa dos pais dela, lá ela ficava pequenininha, quase nem dava para ver. Pronto, acabou a história! ”

3. Lentes de Patologização

Como passamos a localizar em nossas crianças algo de patológico? Por quais notas musicais fomos compondo a melodia da normalidade e em seu descompasso a pretensa ideia de anormalidade? Nossa menina dançante, às vezes louca, às vezes contendo em si algo que não é normal, partindo de certa concepção de que a normalidade não surgiu do nada, houve processos nos quais aos poucos esta concepção foi se forjando. Da mesma forma, a ideia de que estar em descompasso com o que se espera precisa de uma mudança na batida da música, uma pílula, para endireitar o compasso. Alguns passos iniciais se tornam de grande importância para entender o que hoje é considerado uma criança normal ou anormal; conceitos de normalidade, anormalidade e patologia nos auxiliam a entender como a criança tornou-se o personagem de patologização.

Nossa jornada começa com Canguilhem (2009) e sua crítica aos usos do termo *normal* no decorrer dos séculos:

[...] é normal, etimologicamente – já que norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. Na discussão desses sentidos, fizemos ver o quanto esse termo é equívoco, 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, G., 2009, p. 48).

Relacionado ao termo normal, o conceito de norma derivou da palavra latina *normalis*, significando o que é perpendicular. Nessa perspectiva, a norma tem como intuito corrigir, esquadrinhar e endireitar os indivíduos, já normalizar seria o equivalente a impor uma exigência à vida na qual a variedade e a diferença seriam situadas como algo estranho, fora do que é socialmente posto como ideal, pois produzimos, por meio de nossas práticas, a todo o momento o normal e o anormal (CANGUILHEM, 2009).

Recorre-se a Foucault (1999). Tal autor contribui para tomar os conceitos de norma e de normalização como operatórios para pensar as práticas atuais. Ao pesquisar as condições de existência e de formação de saber das ciências do homem na

modernidade – educação, psicologia, psiquiatria, psicanálise, sociologia – Foucault (1999) questiona as formas de poder que tem como alvo o sujeito, considerando que estes saberes são essencialmente estratégicos. Tais saberes fazem aparecer formas novas de sujeitos e de sujeitos do conhecimento, formando no século XIX um saber do homem, da individualidade, do indivíduo normal e anormal baseado em práticas sociais de controle, vigilância e exame.

Ao analisar a arte de punir, Foucault (1999) aponta que foi por meio dos mecanismos disciplinares, mecanismos com alvo no corpo compreendido como máquina, como algo a ser adestrado, formatado, ampliando aptidões, aumentando sua utilidade e docilidade, devendo ser integrado a sistemas de controle e econômicos eficazes, que aparece o poder da norma:

Compreende-se que o poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade que é a regra, ela introduz, como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais (FOUCAULT, 1999, p. 154).

Tal mecanismo punitivo tem como base 5 operações:

[...] relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos em relação uns aos outros em função desta regra de conjunto - que se deve fazer funcionar como base mínima, como média a respeitar ou como o ótimo de que se deve chegar perto. Medir em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a “natureza” dos indivíduos. Fazer funcionar, através desta medida “valorizadora” a coação de uma conformidade a realizar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, fronteira externa do anormal (a “classe” vergonhosa” da escola Militar). A penalidade perpétua, que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares, compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza e exclui. Em uma palavra, ela normaliza (FOUCAULT, 1999, p. 153).

Por meio das repartições dos indivíduos a disciplina organiza os espaços; através do controle do tempo ela controla as atividades; especifica o indivíduo generalizando-o por intermédio da vigilância hierárquica; com a sanção normalizadora ela organiza as diferenças, produz e reproduz saberes com a prática do exame.

Mas o que seria a sanção normalizadora pelo qual o poder disciplinar age? Foucault (1999) analisa o caráter da disciplina para mostrar que as instituições constroem para si mecanismos de julgamento, que qualificam e reprimem comportamentos que escapam dos grandes sistemas de punição, no qual tudo é passível de pena, assim funciona a sanção normalizadora. Em se tratando do espaço escolar, por exemplo, ele funciona como um pequeno tribunal, em que atribui leis e penalidades entre os indivíduos, bem como prêmios por mérito.

Essa sanção, penalidade, correção, é normalizadora, pois atua sobre os pequenos atos, as menores condutas, busca o conhecimento dos comportamentos mais sutis, atuando onde o sistema de leis deixa de agir. O que lhes interessa são os pequenos procedimentos de utilização do tempo, as formas de se pronunciar um discurso, como se usa os corpos e a sexualidade, “toda uma micropenalidade do tempo (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), da atividade (desatenção, negligência, falta de zelo), dos discursos (tagarelice, insolência), do corpo (atitudes incorretas, gestos não conformes, sujeira), da sexualidade (imodéstia, indecência)” (FOUCAULT, 1999, p. 149).

A sanção normalizadora permite isolar, agir, avaliar e julgar as pequenas atitudes empregando formas sutis de punição. Com a função de inibir os desvios, por meio da comparação, da diferenciação, da homogeneização, da hierarquização e da exclusão, ela age para que o desvio não se repita e para que sejam criadas condutas cada vez mais conforme as regras, e estabelece recompensas com a função de classificar as condutas válidas ou não. A partir do século XVIII, a norma se estabeleceu como um princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação padronizada e a criação das escolas normais (FOUCAULT, 1999).

A combinação das técnicas de vigilância e da sanção normalizadora ocorre por meio do exame, sendo este um controle normalizador, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir e, ao mesmo tempo, uma prática altamente ritualizada, relacionando a formação do saber e um exercício de poder. O exame inverte a visibilidade do poder disciplinar, pois este poder se exerce tornando-se invisível, captando os sujeitos em um mecanismo de objetivação,

(...) tradicionalmente, o poder é o que se vê, se mostra, se manifesta e, de maneira paradoxal, encontra o princípio de sua força no movimento com o qual a exhibe. (...) O poder disciplinar, ao contrário, se exerce tornando-se invisível: em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória (FOUCAULT, 1999, p. 156).

O exame também permite que os indivíduos sejam situados em uma rede contínua de anotações escritas, criando uma série de códigos de individualidade que permitem transcrever e homogeneizar os traços individuais. Tais anotações pontuam o indivíduo como um objeto descritível e analisável sob o controle de um saber permanente, por outro lado, opera a construção de um sistema comparativo que permite medir fenômenos globais, e também a caracterização de fatos coletivos, a descrição de grupos, estimativa dos desvios e sua distribuição em uma população.

Outra peculiaridade do exame é fazer de cada indivíduo um “caso”. O caso seria o indivíduo tal como é descrito, medido e comparado a outros, comportando sua própria individualidade. Esse mesmo indivíduo deve ser treinado, classificado, excluído, normalizado etc. O exame permite que se mantenha a singularidade com seus desvios, seus traços particulares, suas capacidades e aptidões, bem como o mecanismo disciplinar utilize cada indivíduo de forma personalizada, com a intenção de estabelecer uma normalização que não visa uma uniformização das individualidades, mas sua adequação.

No âmbito educacional, o exame é um aparelho ininterrupto, pois “é na escola uma verdadeira e constante troca de saberes: garante a passagem dos conhecimentos do mestre ao aluno, mas retira do aluno um saber destinado e reservado ao mestre. A escola torna-se o local de elaboração da pedagogia” (FOUCAULT, 1999, p. 155).

Foucault (1999) aponta que nas disciplinas as crianças são mais individualizadas que os adultos, assim como o louco mais que o homem normal e o doente mais que o são, pois tendo a norma e os desvios como referência, há a fabricação da individualidade. Assim, a normalização se torna um instrumento de poder, pois ela acrescenta ou substitui graus de normalidade que são formas de pertencimento a um corpo social, mas que se divide por meio da distribuição de classes.

O que seriam essas normas e como elas se apresentam diante de nós? Qual a sua relação com o que é chamado de patológico?

As normas têm como objetivo integrar todos os aspectos da vida humana. No âmbito social, a norma deixa de valer como regulação interna e passa a prevalecer como prescrição e valoração. Nas explicações de Canguilhem (2009), ele aponta diferenças entre o que seria o normal social e o normal vital, essa diferenciação estaria no fato de que as exigências das normas do organismo são internas e inerentes à possibilidade de vida, já a normalização se estabelece por meio de escolhas sociais e decisões que são exteriores ao que é normalizado, são expressões que muitas vezes não são percebidas, mas são estabelecidas baseadas nas relações de um dado contexto social e histórico.

O normal é aquele baseado em um modelo ótimo, com a intenção de moldar pessoas, gestos e atos conforme esse modelo, aquele que se distancia do que é padrão é tido como incapaz, anormal. O conceito de normal qualifica negativamente aqueles que não se enquadram e lhes atribui um valor do que é “torto”, “inconveniente”. Conseqüentemente, passa a existir entre o normal e o anormal uma relação de exclusão delimitada por certas regras, com um incentivo à correção. Segundo Canguilhem (2009), a instituição pedagógica e a sanitária foram as responsáveis por tornar o termo normal popular, estabelecendo-o no discurso e divulgando seu uso fora do ambiente científico.

O termo patológico, de acordo com Bautheney (2011), tem como referência a “saúde” e há duas formas de designá-lo. A primeira é por um viés qualitativo, que pode ser definido como norma, em que há “falta ou por excesso de um comportamento, de estimulação de uma capacidade que supostamente poderia ser desenvolvida” (p. 160). A outra forma seria o entendimento do termo patológico como problemas de funcionalidade. Se o sujeito receber uma “estimulação adequada” e ainda não responder de acordo com os padrões socialmente estabelecidos, deduz-se que talvez não se tenha estrutura para processar determinado estímulo ou haja uma falha nesses mecanismos

Essas noções distintas de patológico, como falta/excesso ou como falha, dão margem ao surgimento de práticas terapêuticas também distintas. No primeiro caso, se há falta ou excesso é necessário que

ocorra então uma compensação. No segundo, quando o que é patológico no sujeito é visto como algo que falha, as práticas terapêuticas podem agir no sentido de tentar garantir uma reparação (BAUTHENEY, 2011, p. 161).

Tais terapêuticas convergiriam para as práticas (psico)pedagógicas ortopédicas, às quais tem a intenção de ajustar as crianças à normatividade e corrigi-las (BAUTHENEY, 2011).

Conforme Canguilhem (2009), “Diversidade não é doença, o anormal não é o patológico” (p. 53). Mas o que seria ser anormal e quais relações se estabelecem entre os termos patologia e anomalia? A anormalidade seria a ausência de normalidade, ou seja, a perturbação da capacidade de equilíbrio e “o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio” (p. 12). Anomalia representa aquilo que é desigual, irregular, designando algo descritivo que pode simplesmente significar o que é diferente e não necessariamente patológico, enquanto anormal faz referência à valoração, ou seja, em comparação com um modelo socialmente desejado.

A diversidade não é sinônima de doença, e anormal não deve ser confundido com um estado patológico, pois isso faz do anormal o adjetivo de anomalia. “O anormal não é o patológico. Patológico implica em *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2009, p. 53). Seguindo este pensamento, pode-se afirmar que o comumente denominado de anormal seria apenas uma nova forma de normalidade, uma forma diferente de ser normal. Pois, ao considerar que a doença é uma reação para se obter a cura, ser “diferente” é uma forma de ser normais. “Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras formas de vida possíveis” (CANGUILHEM, 2009, p. 56).

Para Canguilhem (2009), não pode haver normas gerais para tratar um sujeito, ou seja, não existe uma normatividade universal, tornando o limite entre o que seria normal e patológico dúbio. Por conseguinte, “o anormal só pode ser apreciado numa relação” (p. 74), na relação com sua história, com quem interage, com o médico, com o analista...

Quem pode afirmar e apontar aqueles que são “normais ou não”? Em qual momento as crianças passam a ser objetivadas como “anormais”? Quando elas passam a ser alvo de classificações e rotulações, passíveis de intervenções?

3.1 As crianças como alvo da padronização

[...] Não sei como desenhar o menino. Sei que é impossível desenhá-lo a carvão, pois até o bico-de-pena mancha o papel para além da finíssima linha de extrema atualidade em que ele vive. Um dia o domesticaremos em humano, e poderemos desenhá-lo. Pois assim fizemos conosco e com Deus. O próprio menino ajudará sua domesticação: ele é esforçado e coopera. Cooperar sem saber que essa ajuda que lhe pedimos é para o seu auto-sacrifício. Ultimamente ele até tem treinado muito. E assim continuará progredindo até que, pouco a pouco - pela bondade necessária com que nos salvamos - ele passará do tempo atual ao tempo cotidiano, da meditação à expressão, da existência à vida. Fazendo o grande sacrifício de não ser louco. Eu não sou louco por solidariedade com os milhares de nós que, para construir o possível, também sacrificaram a verdade que seria uma loucura.[...]
(CLARICE LISPECTOR, Menino a bico-de-pena)

Foucault (2006), nos anos de 1973-1974, debatia com historiadores em um curso no Collège de France a temática do “*Poder Psiquiátrico*”⁶. Nesse percurso, para nós, é de maior interesse as aulas nas quais foram problematizadas a “criação da criança anormal” e a generalização da psiquiatria por meio dessas crianças.

As práticas médicas e pedagógicas emergem juntamente com a emergência das crianças anormais e do conceito de desenvolvimento. De acordo com Foucault (2006), foi graças às crianças anormais que a psiquiatria infantil surgiu, isto é, buscando determinar, em bases morais e fisiológicas, as anomalias e determinando as escalas normais de desenvolvimento. Caberia às escolas (com suas práticas pedagógicas) relacionar o rendimento das crianças à idade cronológica e ao ritmo de desenvolvimento, e detectar possíveis indícios de anormalidade ou de algum tipo de incompatibilidade com o que era esperado para tal idade. Todas as crianças que

⁶ O conceito que Foucault elabora de “poder psiquiátrico” não se refere ao poder que o médico psiquiatra possui em suas intervenções. A noção de poder que Foucault formula não é um poder que pertença a algum grupo ou a alguém. Esse poder surge em um jogo de força nas relações diárias e sempre está acompanhado de resistências. O poder faz com que realidades e verdades funcionem. Assim: “(...) o poder psiquiátrico é antes de mais nada certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências e medidas, obrigações de trabalho, etc.” (FOUCAULT, 2006, p. 217).

estivessem nas escolas passariam pelo crivo estabelecido como normal de acordo com sua idade. Passou, assim, a existir uma crescente generalização do poder psiquiátrico sobre toda e qualquer forma de vida humana que “desviasse” dos padrões.

O que possibilitou a generalização do poder da psiquiatria e sua saída do espaço asilar foi seu interesse pela infância e pelos parâmetros de normalidade dos comportamentos infantis. A psiquiatrização das crianças no séc. XIX está relacionada com a compreensão das categorias de idiotia⁷ e imbecilidade e com a tentativa de retirá-las do campo da loucura (FOUCAULT, 2006).

Contudo, a “criança louca” só aparece no século XIX no consultório particular de Charcot, com seus cuidados em torno da histeria (FOUCAULT, 2006). Nos consultórios tentava-se, por meio das anamneses (um momento no qual o paciente explana sobre sua história de vida, sua composição familiar, passando por sua concepção e nascimento até o momento em que entrou no consultório) e interrogatórios (que eram feitos não apenas com os pacientes, mas também com seus familiares), captar na infância os indícios de uma loucura já instituída, sinais de predisposição hereditária

Eu diria então – é essa hipótese que quero considerar – que a psiquiatrização da criança, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura na infância. Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, uma criança que se tomou o cuidado de dizer, desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006, p. 257).

⁷ Foucault (2006), para expor a noção de idiotia do século XIX, utiliza dois grandes expoentes dessa noção: Esquirol e Bellhomme. Esquirol define a idiotia como um estágio no qual as faculdades mentais nunca foram percebidas ou puderam se desenvolver o suficiente, ou seja, a ausência de algo, o que poderia caracterizar uma doença. Já Bellhomme relaciona a idiotia como um estado constitucional que nunca se desenvolveu. Segundo Foucault (2006), esta noção de desenvolvimento, posteriormente, será muito importante, pois fará a distinção entre a idiotia e a loucura.

Até o século XVIII não havia distinção entre imbecilidade, estupidez, idiotia e loucura, todas, mesmo com suas diferenças, estavam reunidas dentro da concepção de loucura.

Nesse mesmo século, os processos de natalidade, mortalidade, longevidade, os problemas econômicos, os problemas políticos, as taxas de reprodução e de fecundidade da população se tornaram os primeiros alvos de controle biopolítico. As doenças passaram a ser consideradas como algo que diminui e enfraquece a vida. A medicina, de forma geral, passou a ter função de higiene pública, coordenando o tratamento médico, centralizando informações, normalizando o saber, promovendo campanhas para o aprendizado da higiene e medicalizando a população (CAPPONI, 2012).

Como efeito da psiquiatrização da infância, a partir do século XIX há uma mudança nas elaborações teóricas para que fosse possível a separação entre a debilidade mental e a loucura (FOUCAULT, 2006). Esquirol (apud FOUCAULT, 2006, p. 261) e Belhomme (apud FOUCAULT, 2006, p. 261) elaboraram definições baseadas na noção de desenvolvimento, ou mais corretamente, na ausência de desenvolvimento:

Nessa medida, o desenvolvimento é comum a todo mundo, mas é comum muito mais como uma espécie de ótimo, como uma regra de sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada. O desenvolvimento é, portanto, uma espécie de norma em relação à qual nos situamos, muito mais do que uma virtualidade que possuiríamos em nós (FOUCAULT, 2006, p. 263).

A idiotia se torna um estado no qual as faculdades intelectuais se desenvolveram ou não. O parâmetro para classificar a idiotia era a presença, ausência ou a exacerbação de um quadro delirante (que constituíam elementos da loucura). Com essas novas formulações, o parâmetro de classificação da idiotia seria a ausência de desenvolvimento, o que conseqüentemente ocasionaria um atraso com relação ao modelo estabelecido de comparação. As crianças idiotas passaram a não serem classificadas como doentes, mas sim anormais.

Ao ter como base as noções de um desenvolvimento como “sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada” (FOUCAULT, 2006, p. 263), Esquirol (apud FOUCAULT, 2006, p. 260), de forma simplista e binária, diferenciou a idiotia da

demência e da loucura. Segundo ele, a idiotia seria a ausência de desenvolvimento, portanto, a criança não evoluiria, não haveria o que fazer para lhe proporcionar evolução. Com esse pensamento, a psiquiatria afirma a idiotia como incurável e como um nível máximo de degeneração humana ou uma filiação à monstruosidade

Mas o certo é que aos idiotas seriam atribuídas tanto as características físicas da monstruosidade (atraso do desenvolvimento embrionário e caráter inato do “defeito de fabricação”, com os consequentes estigmas ou malformações corporais) quanto os traços morais monstruosos (ausência de intelecto e por isso desordem dos instintos), que determinariam não apenas um prognóstico, mas uma predestinação – a cunhagem definitiva que o distinguiria dos outros alienados (LOBO, 2008, p. 64).

Já no âmbito da demência e da loucura, estas poderiam evoluir, agravar ou se estabilizar em algum momento, sendo possível até mesmo a cura. Essa forma de diferenciação possibilitou uma divisão em dois lados: o das doenças e o da monstruosidade. No primeiro lado estariam a loucura e a demência, já do outro estaria a idiotia (FOUCAULT, 2006).

Todavia, é somente por volta dos anos de 1840 que surge a institucionalização psiquiátrica efetiva da infância. Um de seus grandes propulsores foi Édouard Seguin (apud FOUCAULT, 2006, p. 262), que forneceu os maiores conceitos que a Psicologia e a Psicopatologia utilizaram ao longo do século XIX. Contrariando as formulações de Esquirol (apud FOUCAULT, 2006, p. 261), a idiotia seria a interrupção do desenvolvimento fisiológico e psicológico e não uma ausência de desenvolvimento. A criança retardada, por sua vez, teria um desenvolvimento mais lento, o que acarretaria uma distância gradual e intransponível em relação às outras crianças (FOUCAULT, 2006).

O desenvolvimento se torna uma dimensão temporal pela qual todos passariam, afetando a nossa vida orgânica e psicológica, mas que para alguns poderia parar em um certo momento. Comum a todos, portanto é uma espécie de norma. Seguin (apud FOUCAULT, 2006, p. 264) considera que o retardo mental e a idiotia não seriam doenças, mas desvios da norma, variações no desenvolvimento normativo da criança. Dessa forma, as crianças idiotas e retardadas deveriam ter os mesmos cuidados oferecidos às crianças tidas como “normais”, todas deveriam ter acesso à educação (FOUCAULT, 2006).

Mesmo com essa nova concepção, as crianças retardadas e idiotas eram concebidas fora dos padrões de normatividade. Afirma-se uma dupla normalidade, a idiotia medida com base na normatividade do adulto, uma vez que, ao traçar o que era esperado como normal para o desenvolvimento, a criança estaria em um momento de transição que deveria transcorrer da melhor maneira possível, sendo o estágio final e ideal o adulto, considerado o ponto de término desse processo. Já o retardo estaria situado em relação à média das outras crianças, surgindo a noção de anomalia (FOUCAULT, 2006).

Com esse padrão de normalidade do desenvolvimento, as crianças tidas como normais serviram como parâmetro para o que se esperava como um processo de desenvolvimento adequado. Dessa forma, tanto a idiotia quanto o retardo mental passaram a integrar os desvios normativos. Enquanto a debilidade mental e a idiotia estavam no ponto interior da temporalidade da infância, ou seja, estavam em uma temporalidade mais lenta, ainda assim estavam em concordância com o que se colocava como processo, não estando no rol das doenças (FOUCAULT, 2006).

Acreditava-se que a única forma de curar o idiota e o retardado era a imposição da educação: “a terapêutica da idiotia foi a própria pedagogia, uma pedagogia mais radical” (FOUCAULT, 2006, p. 265). Ou seja, ao não se enquadrar no que se esperava enquanto graduação do desenvolvimento era preciso que fosse imposto a essas crianças uma pedagogia considerada uma terapia, uma pedagogia de caráter laboral.

Mesmo com a distinção entre a loucura e a idiotia, ambas foram para instituições psiquiátricas, pois estavam inseridas na grande categoria “alienação mental”, se tornando um conceito ao qual se permitia recorrer para internar os doentes mentais e os débeis, com os mesmos mecanismos e lugares. Foucault salienta que os mecanismos e estratégias do poder psiquiátrico, com relação a essas crianças no espaço asilar, foi uma junção de tratamento pedagógico e psiquiátrico. Nesses espaços, o tratamento dado às crianças direcionava-se a fazer com que elas organizassem o espaço físico e ocupassem todo o tempo com atividades e trabalhos: “a educação dos idiotas e dos anormais é o poder psiquiátrico em estado puro” (FOUCAULT, 2006, p. 272).

No final do Século XIX, Foucault (2006) mostra a escola como sendo o local em que seria possível filtrar e identificar os que não acompanhavam o desenvolvimento esperado como normal. Assim, o poder psiquiátrico faz com que o poder escolar se afirmasse, especificando os que são retardados mentais ou não

Com efeito, é no fim do século XIX que o ensino primário generalizado vai servir de filtro, e as grandes pesquisas que ocorrerão no fim do século XIX sobre a debilidade mental se desenrolarão no meio escolar, isto é, é efetivamente às escolas que se pedirão os elementos da pesquisa. É com os professores que essas pesquisas serão feitas, é sobre a natureza e as possibilidades de escolarização que as questões vão se referir [...] nos anos de 1892-1893, uma pesquisa sobre a debilidade mental, ele [o pesquisador] se dirigirá aos professores e perguntará, para identificar os idiotas, os imbecis, os débeis, quais são as crianças que não acompanham devidamente a escola, quais são as que se fazem notar por sua turbulência e, enfim, quais as que não podem mais sequer frequentar a escola (FOUCAULT, 2006, p. 269).

Observa-se que a escola é apresentada como um espaço de normalidade, como uma “ferramenta” especial, na qual a pedagogia passa a ser considerada uma forma de tratamento, uma terapêutica que oferecerá as ferramentas adequadas para se obter a normalidade das crianças. Foucault (2006) apresenta a diferença entre o professor com suas ferramentas pedagógicas e o psiquiatra. O professor será aquele que detém a verdade, que manipula o juízo, e o pensamento, já o psiquiatra manipula a realidade e transforma o erro em verdade

O psiquiatra é aquele que – e é aí que sua tarefa se define - deve proporcionar ao real o suplemento de poder necessário para impor a loucura e, inversamente, o psiquiatra vai ser aquele que deve tirar da loucura o poder de subtrair-se ao real (FOUCAULT, 2006; p. 164).

A psiquiatria, enquanto ciência e detentora do poder sobre a loucura define o que é verdade em relação a esta e sobre esta realidade exerce seu poder, “O poder psiquiátrico é esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria” (FOUCAULT, 2006, p. 165).

De forma mais direta, a psiquiatria tomou a infância no sentido de que

[...] não se é jamais jovem para ser louco. Ou ainda: não esperem ficar maiores ou adultos para serem loucos. E isso tudo se traduz por estas instituições ao mesmo tempo de vigilância, de detecção, de

enquadramento, de terapêuticas infantis [...] (FOUCAULT, 2006, p. 155).

Quanto mais cedo fosse feita a intervenção, melhores e maiores as chances de recuperação. De forma indireta, os loucos adultos foram questionados quanto a sua infância, na busca por razões para sua loucura, de tal modo que, quanto mais cedo se intervisse, melhores resultados haveria, afastando a loucura do futuro adulto.

Foucault (2002) desenvolve a genealogia da anormalidade e apresenta três figuras que compõem este grupo: *o monstro humano*, capaz de afrontas morais que vão de encontro às normas sociais; *o masturbador*, e *o incorrigível*, ao qual falta as faculdades morais e intelectuais ou apresenta um mal funcionamento destas, pois, ou teve uma falha biológica ou não foi estimulado ou educado corretamente.

Estas três categorias não eram associadas, contudo, com base em demandas sociais, políticas e religiosas; a tríade monstro humano, indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora passaram a se encontrar no anormal, que deveria ser corrigido e em quem deveriam ser aplicadas técnicas de disciplina pedagógicas dirigidas ao que é “inassimilável ao sistema normativo da educação” (FOUCAULT, 2002, p. 371).

O incorrigível seria alguém que estaria muito perto da regra, mas sua existência se desviava da norma e sua visibilidade ocorria pelas etapas de correção obrigatórias pelas quais passava na sociedade (como as ocorridas na escola). Ao passar pelos aparatos de correção, conhecendo suas regras de conduta, não se obtinha os resultados que esperavam. O indivíduo a ser corrigido foi aquele que falhou em se adaptar às regras sociais, e sobre ele pensaram e fizeram técnicas comuns de intervenção para enquadrá-lo na chamada normalidade.

O “incorrigível” é contemporâneo à instauração das técnicas de disciplina, a que assistimos durante o século XVII e o XVIII- no exército, nas escolas, nas oficinas, depois, um pouco mais tarde, nas próprias famílias. Os procedimentos de disciplinamento do corpo, do comportamento, das aptidões abrem o problema dos que escapam dessa normatividade que não é mais soberania da lei (FOUCAULT, 2002, p. 415).

O indivíduo ‘anormal’ que, desde o fim do século XIX, tantas instituições, práticas e saberes deliberam sobre, deriva ao mesmo tempo da exceção jurídico-natural do

monstro, da multidão dos incorrigíveis pegos nos aparelhos de disciplinamento e do universal secreto da sexualidade infantil (FOUCAULT, 2002, p. 418).

Estas três figuras foram construídas na integração entre a psiquiatria e o saber judiciário, na busca pela explicação para a ocorrência de um crime, uma busca pelas origens de tais crimes. Contudo, deixando de ter como base a lei e passando a se apoiar no saber, a psiquiatria se afasta do direito, e se especializa na higiene pública, uma higiene do corpo social. Apesar deste afastamento, ao mesmo tempo há um andar junto entre medicina, direito e pedagogia (FOUCAULT, 2002).

Para existir e ser reconhecida enquanto saber, a psiquiatria precisou situar a loucura enquanto doença e como um perigo. Esta posição abriu espaço para duas frentes de trabalho: a higiene-profilaxia, (campo da psicologia/psicopedagogia e higiene social) e a cura (campo da psicofarmacologia e terapêuticas). Que por sua vez abriram espaço para a constituição de um campo disciplinar, primeiramente estabelecido nas famílias, tornando possível a vigilância sobre seu comportamento, seu caráter e sexualidade. Desse modo, a criança passa a ser monitorada pela psiquiatria por meio da família, posteriormente, passa para as demais instituições sociais, sendo a ciência das condutas e dos indivíduos anormais (BAUTHENEY, 2011).

A disjunção entre a criança louca e a anormal fez com que a psiquiatria se ligasse a escola, ao poder militar e às famílias para que pudessem identificar e, posteriormente, tratar os que escapassem ao modelo estabelecido socialmente com ideal. Ela passa a ter o poder sobre o anormal, a definir e corrigi-lo. Primeiramente organiza e descreve como síndromes anormais uma gama de condutas desviantes, tendo grande influência sobre os comportamentos que passaram a ser localizados no âmbito da anormalidade “(...) Será construída uma ciência das condutas desviadas sem que, para isso, seja necessário sair completamente do domínio da medicina” (CAPONI, 2009, p. 541).

Foucault (2002) em *Os Anormais* analisa um dos primeiros movimentos da psiquiatria em torno de seu objeto, a loucura. A infância ganha o valor de referência e importância na explicação das patologias, construindo um território de explicações da anormalidade, “trata-se de pôr em continuidade, ou antes, de pôr em imobilidade a vida em torno da infância” (FOUCAULT, 2002, p. 384), preenchendo a infância de

significados em relação à loucura, “para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatrizável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade” (FOUCAULT, 2002, p. 388).

Isso permitiu que a psiquiatria passasse a ter um duplo controle, a controlar as condutas indesejáveis na infância, que podem vir a prejudicar a vida adulta, e sobre as condutas indesejáveis dos adultos, que estariam fixados na infância. Possibilita a generalização da psiquiatria, abrindo espaço para o que Foucault (2002) chamou de “ciência das condutas normais e anormais” (p. 391).

Durante todo o século XIX, os adultos eram considerados como loucos e as crianças como anormais. Ao ter a infância em sua mira de ação e ao mesmo tempo como alvo do seu poder e saber é que a psiquiatria pode mirar o adulto

A infância como fase histórica do desenvolvimento, como forma geral de comportamento, se torna o instrumento maior da psiquiatrização. E direi que é pela infância que a psiquiatria veio a se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio de generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos (FOUCAULT, 2002, p. 386-387).

Contudo, para que os comportamentos pudessem ser classificados, efetivamente, como “normais ou anormais”, “bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade” (FOUCAULT, 2002, p. 388); todas as condutas das crianças são passíveis de serem examinadas, pois são capazes de bloquear, reduzir a conduta do adulto. E, da mesma forma, todas as condutas dos adultos poderão ser psiquiatrizadas, pois, de alguma forma, podem ser rebatidas ou transportadas para as condutas das crianças.

Com a problematização da infância, e como efeito da generalização da psiquiatria, foi preciso estabelecer uma relação entre comportamentos automáticos e a discrepância em relação à norma de conduta socialmente imposta. Essa relação permitiu que as condutas fossem colocadas no nível da saúde mental ou no nível da doença mental⁸.

⁸ “Em todo caso, parece-me que, entre 1840 e 1870-1875, vemos constituírem-se três novos referenciais para a psiquiatria: um referencial administrativo, que não faz a loucura aparecer mais sobre um fundo de verdade comum, mas sobre um fundo de ordem coercitiva; um referencial familiar, que recorta a loucura sobre um fundo de sentimentos, de afetos e de relações obrigatórias; um referencial político, que isola a loucura sobre um fundo de estabilidade e de imobilidade social” (p. 196-198). A partir de então, há a um esforço em unificar a loucura

Quanto mais uma conduta fosse voluntária e conforme a norma, mais sadia ela seria, quanto maior o seu afastamento em relação às normas sociais vigentes e dos comportamentos voluntários, seria tida como uma conduta patológica. Foi baseado nessa relação entre a norma e o eixo voluntário⁹ – involuntário que todas as condutas passaram a ser situadas em relação e em função de uma norma controlada, não haveria nada nas condutas humanas que não pudesse ser avaliada (FOUCAULT, 2002).

Goffman (1988) afirma que apenas na relação com o outro é possível perceber sua diferença e, portanto, seu estigma, sua “anormalidade”. É no conhecimento que se tem de si e do outro que entramos no jogo das classificações e no poder de “apropriação total, exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo” (FOUCAULT, 2006, p. 58). Toda conduta deveria ser colocada em igualdade com a norma ou em função de uma certa norma. A normalização, tanto para Foucault como para Canguilhem, ao mesmo tempo que individualiza, constrange para homogeneizar as multiplicidades, pois permite as distâncias entre os indivíduos, determina níveis e fixa especialidades.

Pelo exposto, há duas formas de ver o que é denominado de norma, por um lado, a norma como regra de conduta, como forma de se comportar, como uma lei informal que se opõem ao que é estranho e diferente. E do outro lado, a definição está relacionada ao funcionamento orgânico ajustado e adaptado que se opõe ao que é patológico e mórbido. A segunda perspectiva estabeleceu uma ligação entre a psiquiatria, a biologia e a neurologia. Isto é, a neurologia do desenvolvimento ou de suas interrupções, a biologia geral, no nível dos indivíduos e das espécies, garantindo o funcionamento da psiquiatria enquanto poder médico.

Essa ligação foi de extrema importância para a psiquiatria, pois havia uma gama de distúrbios orgânicos e funcionais que perturbavam as condutas voluntárias das

por meio de seus sintomas, pois ela passa a ser acreditada como localizada em um indivíduo profundo e inteiramente louco.

⁹ Para exemplificar melhor o que seria a perturbação na hierarquia entre o voluntário e o involuntário, Foucault usa o que Baillarger colocou como um estado de sonho. Este seria um estado no qual não há um engano de verdade, mas um momento no qual o sujeito não é dono de sua vontade, estado no qual seria atravessado por processos involuntários. Voluntário e involuntário seria a capacidade ou incapacidade de se controlar.

pessoas. Contudo, a psiquiatria não tinha aparato para diferenciar o que seriam comportamentos provenientes de lesões orgânicas ou sintomas somáticos ou simulações dos pacientes. A neurologia e a biologia liberaram a psiquiatria das dúvidas decorrentes dessas situações, possibilitando que a psiquiatria pudesse distinguir os verdadeiros doentes por suas lesões orgânicas e os que poderiam mentir sua condição (FOUCAULT, 2006).

A psiquiatria assume o comportamento, seus desvios, suas anomalias, tomando como referência o desenvolvimento normativo. Com isso, foi preciso que a psiquiatria construísse novas teorias para abranger a anormalidade, compor uma nova nosografia para organizar e descrever não somente os sintomas de doenças, mas síndromes de anomalias, síndromes anormais que abrangiam diversas condutas desviantes. Com esta nova nosografia, há o retorno do delírio, usado pelos alienistas para diagnóstico da loucura, recolocando o anormal enquanto doença. Ao fazer esse retorno, era possível medicar o anormal.

Há também a introdução da noção de estado, relacionado à concepção de desenvolvimento. O estado seria uma espécie de causa que tornariam as doenças possíveis, uma “espécie de fundo causal permanente, a partir do qual podem se desenvolver certo número de processos, certo número de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença” (FOUCAULT, 2002, p. 397), podendo produzir qualquer coisa a qualquer hora “espécie de fundo causal que é, em si, uma anomalia”. Dessa forma, tudo pode ser desviante ou patológico no corpo ou no comportamento. O que apresenta grandes vantagens, pois pode estabelecer uma relação com qualquer elemento físico ou conduta desviante e, ao mesmo tempo, encontrar um modelo fisiológico para explicar.

Com a noção de estado, se coloca a questão de como surgem esses estados? Para saber a causa justificadora de tal estado, a psiquiatria vai buscar respostas nos pais, nos ancestrais, na família, na hereditariedade. A hereditariedade é considerada a origem do estado anormal, constitui uma metassomatização. A teoria da hereditariedade psiquiátrica é baseada em um laxismo causal indeterminado, em que tudo pode ser causa de tudo. Uma doença pode provocar nos descendentes a mesma doença ou pode produzir qualquer outra doença de qualquer tipo. Ela serve para

explicar o aparecimento de um estado, basta encontrar qualquer indício desviante na rede da hereditariedade para justificar um estado no sujeito descendente (FOUCAULT, 2002, p. 400).

Fundamentada na teoria da hereditariedade, essa nova nosografia vai estabelecer a teoria da degenerescência. O degenerado é o portador do perigo, é o incurável e cientificamente medicalizado. Segundo Lobo (2008), os médicos brasileiros entendiam que fatores morais poderiam degenerar a população.

Mas havia forças do mal a combater – eis a tarefa dos médicos no interesse das famílias, da raça e da espécie. Nas famílias, a hereditariedade mórbida poderia produzir o dessemelhante; na raça, o retorno ou a paralisação no ancestral primitivo e selvagem; na espécie, o perigo da extinção gradativa dos traços de humanidade – destruição de sua forma autêntica [...] (LOBO, 2008, p. 55-56).

Era preciso, então, prevenir, educar os desejos, isolar o mal. Desse modo, a escola se torna uma instituição cada vez mais importante, pois:

[...] A educação teria, então, um duplo papel: a prevenção dos males, a fim de evitar o contágio físico e moral das crianças e dos jovens com os fatores de degenerescência (condições ambientais de circulação do ar, umidade, promiscuidade, doenças transmissíveis, hábitos de alimentação, condutas imorais – masturbação, pederastia, coitos excessivos, alcoolismo etc.), e a correção dos males reversíveis pela ação da disciplina, dos bons exemplos e do trabalho intensivo [...] (LOBO, 2008, p. 56).

Com a degeneração, a psiquiatria consolida um estado de anomalia, e não de doença, resgatando o poder psiquiátrico. Passa a relacionar os desvios de conduta a um estado que é ao mesmo tempo hereditário e definitivo, portanto, não há mais sentido em procurar cura. Baseado nisso, sua função passa a ser a de proteger a sociedade dos perigos proporcionados pelos anormais e ordená-los “Ela se torna, ciência da proteção científica da sociedade, ciência da proteção biológica da espécie” (FOUCAULT, 2002, p. 402). Ao se tornar essa instância de proteção e defesa, a psiquiatria se posiciona no lugar da justiça, controlando e manipulando a sociedade.

Desse modo, vemos a psiquiatria dar lugar a um racismo. Muito diferente do “racismo étnico”, esse racismo é contra o anormal, uma segregação contra qualquer indivíduo portador de um estado, de um estigma ou de qualquer “defeito” que possa ser transmitido a seus herdeiros o mal que trazem em si. Um racismo que possibilita filtrar

todos os indivíduos. Dessa maneira, é possível vincular o racismo à psiquiatrização da sociedade, caracterizada como uma forma da relação saber-poder (FOUCAULT, 2002).

Esse saber-poder intervém diretamente na sociedade, que utiliza a loucura e a criminalidade como forma de exclusão e decide sobre a vida e a morte. Esta aproximação foi o efeito da intensificação do movimento de higiene mental, visto que, para este, era preciso prestar atenção aos sinais de delinquência e insanidade surgidas na infância. Era função do psiquiatra, nesse movimento, apontar os sinais que indicariam a deficiência mental ou problemas de conduta aos quais pais, professores e agentes sociais deveriam ficar atentos (BAUTHENEY, 2011).

De acordo com Bautheney (2011), somente em 1937 a psiquiatria infantil foi reconhecida como especialidade médica. Segundo ela, a partir do século XX passaram a surgir outras indagações sobre a saúde mental das crianças para além da idiotia, do retardo e da inteligência. Destacavam-se questões relacionadas aos processos de educação e às crianças que tinham problemas por conta de erros dos pais, os quais acarretariam ou a debilidade mental ou a criminalidade. Assim, elas precisavam ser vigiadas e ajustadas.

A noção de desenvolvimento normal (que teve forte adesão e circulação social) possibilitou o surgimento de questões relativas ao que seria normal para cada faixa etária, facilitando uma aproximação maior entre médicos e professores. A psiquiatria infantil ofereceu seus saberes normativos e os professores os consumiram, saberes estes a serem aplicados em práticas pedagógicas, selecionando os alunos que deveriam ser encaminhados aos “especialistas” na prevenção das anormalidades. O médico é quem irá ensinar ao professor as formas para melhor desenvolver moralmente seus alunos, pois é na escola que a criança passa grande parte do dia, e esse lugar se torna alvo das investidas médicas, não apenas sobre os alunos, mas também em sua organização institucional (disposição do mobiliário, as práticas pedagógicas, disposição das salas) (BAUTHENEY, 2011).

4. Pílulas que consertam

Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. ...Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado, no mínimo cinco medicamentos prescritos pelo médico, pelo vizinho ou por ele, mesmo, cliente. Ir a farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico. Antes do trabalho, você tem de passar obrigatoriamente numa farmácia, e depois do trabalho não se esqueça de voltar lá. Pode faltar-lhe justamente a droga para fazê-lo dormir, que é a mais preciosa de todas. A consequente noite de insônia será consumida no pensamento de que o uso incessante de remédios vai produzindo o esquecimento de comprá-los, de modo que a solução seria talvez montar o nosso próprio laboratório doméstico, para ter à mão, a tempo e a hora, todos os recursos farmacêuticos de que pode necessitar o homem, doente ou sadio, pouco importa, pois todo o sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia, ou seja, que se não curar este mal, conhecido, irá curar outro, de que somos portadores sem sabê-lo. ...Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar. E não sei, já agora, se se deve proibir os remédios ou o homem. Este planeta anda meio inviável.
(Carlos Drummond de Andrade)

[Narrativa]

Semana de festa, é preciso decorar, são estrelas de palito de picolé pelo chão, aviões coloridos de pregares a voar, céu azul e de tnt. O tema da festa será O Pequeno Príncipe; diversas atividades foram feitas.

A rainha de copas entra na sala contando a última notícia do dia, pela segunda vez o menino bate em um colega. Na semana anterior, ele bateu em um dos garotos que participam da Educação Especial e agora foi a vez de um dos colegas da Educação Integral. A família já foi chamada várias vezes, inclusive na semana passada, e dessa vez não seria diferente.

O médico o diagnosticou como tendo Transtorno Desafiador Opositor (TDO), seu tratamento está em andamento com Ritalina. Pergunto o que seria esse transtorno, a resposta que tenho é que:

– Ele não gosta de seguir as regras, ele as questiona o tempo todo.

Acho isso estranho; as crianças não são, por si só, questionadoras? Pergunto a elas com ar de surpresa:

– Mas as crianças não são sempre questionadoras e não gostam de seguir as regras?

Elas se assustam com a pergunta, desconversam, pensar o que seria natural do processo de descoberta das crianças não é um hábito...

– É hora de irmos para o recreio.

A família comparece à escola. Conversam por algum tempo, e então saem com a criança.

A voz ácida retorna, entre outras vozes.

– Com diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositor e sendo medicado, não deveria estar no meio das outras crianças! Deveria ir direto para a Educação Especial. Se existe um local específico para ele é lá que deveria ficar, dessa forma teriam suporte.

Essa mesma voz já havia feito outras afirmativas do mesmo tipo.

Andando pelo pátio um imitador do Faustão passa, seu diagnóstico: autismo, o modo que achou de chamar a atenção das pessoas é a imitação de apresentadores. Com seu jeito peculiar solta piadas, para na frente e imita o Faustão, se irritam com sua insistência, as falas são para que ele pare, ele ri, e continua pelo pátio contando piadas e apresentando artistas. Enquanto isso, outro garoto que também participa da Educação Especial está sentado colorindo, quieto, calado, obediente.

Ainda não o tinha visto circulando pela escola, sempre quieto, as atividades dele eram sempre colorir, sentado e calado.

A voz ácida, sorrateira e ágil afirma preferir o quieto, o calado, o obediente do que o apresentador da TV; o outro não dá problemas, não causa espanto, não provoca, só obedece, quieto, sentado e calado.

– Tá vendo, seria bem melhor só ter alunos assim.

A vontade era encarnar a Rainha de Copas do livro da Alice no País das Maravilhas e gritar com voz estridente; “Cortem-lhe a cabeça! ”. Foi precisa respirar fundo, encher o peito de ar e soltar todos os saberes em mim. Como não lembrar do manicômio mental? Como deixar passar uma coisa como essa? Conversamos por alguns minutos sobre o que é ter um aluno que não provoca, só obedece, quieto, sentado e calado... Talvez fossem precisos horas, dias...

Essas crianças nos colocam frente a diversas questões, não só o que seria o TDO, mas também a entrada do diferente na escola. Por que algumas pessoas são afetadas de tal forma, provocadas de um jeito tão forte a ponto de querer retirá-los do seu campo de visão e em algumas vezes eliminá-los? Talvez essas crianças expressem que é possível ser diferente, colocam em *check* que os padrões não são naturais, que não foram e nem serão os mesmos, colocam em evidência o não saber da escola, põe em questão as ideias de uma formação universal, métodos, questões, respostas e conhecimento total. Um aluno que provoca, que não obedece, que não fica quieto, que não fica sentado e que não fica calado, que desloca, apresenta o desejo de afastar e de eliminar as diferenças.

Tem se tornado cada dia mais difícil estar em qualquer ambiente e não ouvir falas referentes aos processos de medicação: são pessoas comentando sobre os remédios que tomam ou os que “deveriam” tomar, seja para as dores do corpo ou para

as da alma. Hoje há remédio para tudo, é remédio para concentrar, para aprender, para acalmar, para perder apetite, para abrir apetite, para crescer, para dormir, para consumir, para não consumir, para concentrar, para rir... É remédio para todos os gostos, bolsos e sabores.

A medicamentação¹⁰ de condutas tidas como “anormais” vem se estendendo a praticamente todos os domínios da existência humana. Busca-se um comportamento ideal a ser seguido, começa-se a ver tudo o que escapa a esse ideal como “anormal”. Ao pensar assim, é preciso enquadrar os sujeitos, dar nome, diagnosticar para posteriormente procurar a terapêutica que melhor se aplique. Infelizmente, a terapêutica com maior difusão e procura tem sido a farmacológica.

Na escola, esta prática não seria diferente, seja com relação às crianças ou aos professores. São crianças dizendo o que tomam e adultos querendo um pouco do milagroso remédio para “acalmar seus ânimos” e os ânimos dos alunos. Como apontado nos capítulos anteriores, a instituição escolar contemporânea é, junto a outros dispositivos sociais, um espaço estratégico de gestão da vida e dos riscos, e a tomada dos fenômenos da infância escolarizada como patológico favorece esse pensamento e faz com que várias estratégias se coloquem em prática e uma delas é a medicamentação.

[Diário de campo]

Dia de passeio na praia, as crianças tiveram aula de ginástica, são duas escolas utilizando o mesmo transporte. Enquanto a aula acontece as Integradoras Sociais e as Coordenadoras do Programa das duas escolas conversam sobre uma professora que já havia utilizado dois atestados cedidos por um psiquiatra: “Ela era ótima até os alunos chegarem. Depois que chegaram, ela começou a passar mal e a dar atestados”.

¹⁰ É importante salientar que os três termos – Medicação, medicamentação e medicalização – são constantemente confundidos. Medicação é o processo de prescrever medicação, fazer o uso desta, ou seja, o tratamento com medicação; Medicamentação é o uso de medicação de forma abusiva, o uso de medicamento de modo exacerbado. E por fim, Medicalização, é o processo no qual questões políticas e sociais são colocadas no âmbito individual, biológico e orgânico. A medicalização por vir acompanhada ou não do uso de fármacos.

Entre piadas, risos e histórias, apontam que a professora poderia ter algum problema psicológico, mas uma delas aponta que caso precisasse não iria procurar um psicólogo, segundo ela o tratamento com psicológico não resolve nada: “Vou direto ao psiquiatra, ele passa logo um remédio, um atestado e pronto! Resolvido o problema! ”

De acordo com Collares e Moysés (1994), a educação passa por um grande processo de medicalização, em uma velocidade assustadora, e assim para além dos adultos, como a professora,

[...] destacando-se o fracasso escolar e seu reverso, a aprendizagem, como objetos essenciais desse processo. A aprendizagem e a não-aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso – portanto, também não tem responsabilidade (p. 26).

Segundo Heckert e Rocha (2012), a escola é, por definição, um local que congrega diferentes tempos em um espaço de aproximação no qual se incluem gêneros, gerações, etnias e culturas. Contudo, apesar desse espaço de misturas, há um parâmetro estabelecido a ser alcançado por todos, “Nesse sentido, a educação para todos tem como exigência uma homogeneidade de início, meio e fim; o que rebate cada corpo num mesmo referencial e intensifica as demandas por especialistas, avaliações, assistência e penalidades” (p. 89). Inquietações, perturbações, conflitos e tensões dos processos de aprender e conviver nos espaços educacionais vem se transformando em casos médicos e em intensos processos de medicalização, as histórias de vidas passam a ser tomadas como distúrbios de comportamento e de aprendizado, transtornos e déficits, que precisam de um aparato para homogeneizar os comportamentos.

É muito comum encontrarmos professores e coordenadores proferindo diagnósticos frente a certos comportamentos das crianças, usando, principalmente, termos como: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Humor, ansiedade e depressão. Estes nomes estão cada vez mais comuns visto a quantidade de matérias na imprensa, as propagações das medicações, as falas diárias, os sites

de conteúdos voltados para a área da saúde ou para a população de forma geral e a quantidade de diagnósticos, presentificando cada uma delas e tantas outras.

Os profissionais da educação encaminham as crianças para avaliações de psiquiatras, neurologistas e psicólogos, acreditando que com uma resposta médica (diagnóstico) em mãos vão encontrar uma metodologia de ensino que os auxilie a fazer com que os alunos se comportem e aprendam. Contudo, essa metodologia não é encontrada. Além disso, quando em posse do diagnóstico médico e com as crianças em tratamento, sendo o principal o uso de medicação e ainda apresentam comportamentos indesejados aos parâmetros escolares, os questionamentos dos profissionais da educação se direcionam as famílias quanto à administração correta da medicação.

Tais posicionamentos dos atores escolares confirmam que eles, munidos de uma série de conhecimentos embasados ou não, acreditam que estão aptos a descrever e a classificar os alunos pelo comportamento, crenes que o uso de algumas medicações interfere de modo muito significativo nas crianças, solucionando o que classificam como problemas de aprendizagem e de comportamento. Com a ampla divulgação de classificações voltadas para as crianças estimula-se a procura por uma solução rápida, a medicação, sem se discutir a necessidade real dela. Frases ditas sem nenhum critério “Esse aí precisa usar um remedinho”; “Se tivesse tomando o remédio não estaria assim”; “Não deve ter tomado o remédio hoje! ”; “Se eu fosse os pais já teria dado um remédio para esse menino há muito tempo! ”, são repetidas a todo momento.

Para além das falas dos adultos, o discurso do uso de medicamentos e da classificação tem adquirido tamanha proporção que até mesmo as crianças a replicam: “Ela está deprimida demais para brincar”, “Ele é agitado demais, tia! Precisa de um remedinho para acalmar”; “Eu tenho TDAH, e uso Ritalina”. São falas corriqueiras e cotidianas, nas quais as crianças também estão imersas e nos mostram, com clareza, uma naturalização do saber-poder médico e medicamentoso.

[Diário de Campo]

Vamos passear no parque, todos animados! As crianças brincam e correm por todos os lados, enquanto isso uma delas se senta ao meu lado, pergunto o que aconteceu para não estar brincando, ela diz que não está animada, prefere ficar quietinha. Uma de suas colegas a chama para brincar, ela diz que não quer, outra faz a mesma proposta e que também é recusada. Outra aponta e diz: “Ela deve estar deprimida demais para brincar, aposto que se tivesse tomado um remédio já estaria melhor! ” E sai para brincar.

Estamos imersos em uma lógica na qual o medicamento passa a ser cada vez mais valorizado e procurado como terapêutica e como forma de cuidado, o pensamento, o afeto, a compreensão e as conversas estão sendo substituídas por fórmulas rápidas. Guarido (2011) afirma que:

A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social (p. 30).

4.1 Um nome, uma pílula, uma prescrição - Como o uso de medicamento se tornou tão importante no âmbito escolar?

[Narrativa]

O consideram inteligente, mas irritante. Ele incomoda com sua recusa, suas reclamações. Não aceitava regras, derrubava cadeiras, fazia perguntas no meio da aula, incomodava os momentos de calma. Com seu jeito travesso subvertia a ordem.

A professora diz: – Vamos fazer uma separação! Uma mesa com meninos e uma com as meninas!

As crianças se separam, mas ele senta na mesa com as meninas.

A professora pergunta o porquê, ele desconversa, ela manda que volte e se sente junto aos meninos, com seu jeito malandro ri, vai até a mesa dos meninos, mas não fica. Para não ficar fora do que acontece na mesa ao lado anda para lá e para cá.

Pinta um desenho e a mesa (de propósito), chama a atenção das meninas, mistura tintas, provoca risadas e reclamações, derrama no pé um vermelho sangue, molha a meia e o pé. Quem liga para o pé molhado?

Continua com sua pintura, um varal nas montanhas com sol azul. Para dar contorno a sua montanha precisava de um pincel mais fino, vai a mesa ao lado negocia e volta com o pincel na mão, o dono fica meio sem entender a negociação.

Terminada sua obra de arte, acha uma mexerica na sacola, a professora diz que não pode comer, não está na hora. Ele ri, roda a sala e senta, tenta comer, a professora toma e coloca em um lugar mais alto, ele brinca, espera ela esquecer dele, pega alguns favos escondido e come.

A professora reclama, o coloca de castigo.

Reclamações com relação a ele são constantes. A mãe recebe várias comunicações da escola, menino sem limites e inquieto. Mais uma vez a mãe recebe uma ligação. Cansada, nervosa e tantas outras coisas mais, a mãe chora, soluça e fala com o filho! Sua preocupação é grande! A escola diz que ela precisa tomar providências.

Seu choro é motivo de piadas, com receitas prontas para resolver seu problema com o filho.

– Ele tem um problema! Dizem: – Precisa de um médico, se fosse ela já teria levado ao médico e dado remédio para ele.

Sem saber o que fazer, leva o menino ao especialista, quem sabe ele a ajude. Aliviada a mãe anuncia a solução. Ele ganhou um nome: TDAH e uma pílula que concerta, a Ritalina, prescrição do médico, Duas vezes ao dia, já que fica no integral e nas férias, finais de semana e feriados não precisar usar. Ela se sente aliviada. Alivia a mãe e a professora.

Da Ritalina, passamos ao Concerta 36 mg. 36mg?

A voz ácida comenta: – Tem que ser muito mesmo, só assim para concertar.

Os dias passam. Nenhuma reclamação.

E o menino onde está? Onde foi parar toda aquela energia?

Dizem que ele está ótimo.

Não sei, sua malandragem sumiu, foi ficando quieto, foi ficando concentrado, foi ficando calado, foi sendo apagado...

Nosso menino inteligente, mas irritante que incomoda com sua recusa e reclamações ganhou uma marca, uma suposta solução aos incômodos e um alívio a quem o rodeia. Com “um problema individual” ganhou um nome, uma pílula, uma prescrição. Nomeado e medicado, apresenta com sua trajetória o que sempre tem sido buscado: alívio rápido para os descontentamentos, um enquadramento ao que é socialmente aceito, sem considerar e intervir em outros fatores da vida, como a própria escola.

Nossas crianças, fonte de grande interesse da medicina e de tantas outras teorias atualmente, até o século XX era objeto e preocupação primordialmente da pedagogia, mas aos poucos passou a ser de interesse da medicina. Assim, é com a pedagogia que a medicina vai se aliar, dedicando-se aos “problemas” do desenvolvimento infantil e propondo formas de tratamento para que o denominavam de condições que prejudicavam as crianças a se tornarem adultos que pudessem exercer suas funções morais e intelectuais. Dessa forma, o saber médico foi difundindo-se como aquele que

era necessário para sustentar e configurar práticas de cuidado e de educação das crianças (GUARIDO, 2009).

Como fonte de interesse da medicina, na primeira metade do século XX expandiu seus conteúdos no campo escolar, fazendo da criança, da escola e da pedagogia objetos de estudo e de intervenção. Tal expansão incluiu a formação dos professores, criando o que Monteiro (2006) denomina de “exercício disciplinado do olhar”, no qual o professor se torna uma espécie de investigador do corpo de seu aluno, formação que também torna os professores uma espécie de ajudantes dos médicos na busca pela identificação dos anormais. Com tal olhar, o professor deveria observar seu aluno e identificar os desvios, as patologias e as doenças do não aprender, dizendo quem eram os educáveis e os não educáveis, fortalecendo ainda mais a relação doença e não aprender.

Ao detalhar o funcionamento desse modo de olhar a criança, Monteiro (2006) pontua que:

Assistimos na primeira metade do século XX, à expansão dos conteúdos médicos na formação do professor com a criação de novos serviços de saúde escolar e a presença de disciplinas correlatas ao campo biomédico no currículo. [...] Assim, desenvolvia-se o “olhar clínico” do professor, ele deveria olhar para o seu aluno e, tal qual o médico, deveria identificar os desvios, as patologias e as doenças do não-aprender. O professor, instruído e capacitado pelas especialidades médicas e pelas disciplinas de conteúdo biomédico, deveria tornar-se capaz de distinguir entre seus alunos os que eram educáveis e os não eram a partir de medições das aptidões, dentre elas a inteligência (p. 39 - 40).

Marcando uma forma de racionalidade biomédica, os alunos passaram a ser corpos mensurados, classificados, individualizados, avaliados e, por fim, diagnosticados “Tal olhar funcionou, a partir de então, como uma prótese com a marca da racionalidade biomédica, uma lente para ver o que se passava na sala de aula” (p. 42). O professor será, dentro da escola, aquele que orienta, que diz do aluno e que direciona a família na busca por tratamentos especializados para os problemas, será o professor que identificará a criança como aquela que se comporta de forma diferenciada, aquela que não aprende etc. Para além, Guarido (2009), afirma que este olhar de classificação fez com que os indivíduos fossem responsabilizados por suas dificuldades,

valorizando as considerações que apontam “questões internas” ou a qualidade das relações intrafamiliares como causas do não aprender.

Os primeiros trinta anos do século XX, a avaliação/diferenciação dos chamados anormais escolares foi sinônimo de avaliação intelectual realizada por meio de testes de Quociente de Inteligência. Com a necessidade de estabelecer um diagnóstico científico dos chamados estados de baixa inteligência, Binet e Simon criaram uma escala de mensuração com nome de teste de inteligência, teste psicométrico ou teste mental. A “inteligência”, uma capacidade que até então não existia, passou a ser medida cientificamente por testes, resumindo-se a uma ilusão na qual a inteligência é abreviada a um coeficiente, “À ideia do que seja uma criança e seu desenvolvimento somou-se a possibilidade de mensurar suas capacidades e funções, o que permitiu uma individualização das classificações e distinções propostas às crianças” (GUARIDO, 2009, p. 246), afirmando a força que tem conceitos como normalidade e anormalidade e, desse modo, uma patologização dos problemas de aprendizagem.

Segundo Guarido (2008), as escalas desenvolvidas por Binet e Simon tiveram grande influência no olhar individualizador direcionado às particularidades das crianças, servindo de ideal para um tipo de escolarização que preza pela otimização das capacidades individuais. Bautheney (2011) indica que:

No ano de 1905 ocorre na França a publicação do primeiro projeto de escala para ser aplicado por professores na avaliação da idade mental das crianças, de modo que a partir dos resultados eles mesmos pudessem ajustar o ensino às necessidades e possibilidades de assimilação dos alunos. Esse “ajuste” girava em torno da ideia de formação de classes homogêneas (p. 83).

A adaptação do ensino ao ritmo de desenvolvimento das crianças e à crença de que classes homogêneas iriam favorecer o desempenho dos alunos causaram um encantamento na pedagogia de forma geral, produzindo uma necessidade de mudanças no sistema escolar, criando uma forma de ensino adaptada às necessidades infantis, levando em conta a diferença entre o pensamento infantil e adulto e adotando uma postura na qual a didática era baseada em teorias psicológicas e genéticas.

Resulta que a divisão normal/anormal se instala como referência nas classificações que receberam as crianças a partir de então e continua

a ser esta uma divisão potente para justificar a criação de terapêuticas e mecanismos especiais de escolarização ao longo de quase dois séculos (GUARIDO, VOLTOLINI; 2009, p. 246)

Com base nas teorias das fases de desenvolvimento, das heranças familiares e das funções da inteligência foram criados centros de assistência, clínicas de aconselhamento, serviços médico-escolares e a escolarização especial para as crianças tidas como anormais.

Com a perspectiva de que problemas de aprendizagem e de comportamentos são problemas do indivíduo, portadora de um distúrbio ou de um transtorno, a criança precisa de algo para ajudá-la a se ajustar e, assim, a medicação entra em cena como a mais rápida e eficaz. Ou seja, o processo de medicalização vem como um fenômeno resultante de um processo bem maior do que o uso de medicação, ela é resultante da biologização da vida, no qual os aspectos biológicos adquiriram papel central na explicação dos fenômenos de todas as ordens.

A biologização, embasada em concepção determinista, em que todos os aspectos da vida são determinados pelas estruturas biológicas que não interagem com o ambiente, retira do cenário os processos e fenômenos característicos da vida em sociedade, com historicidade, a cultura, a organização social com suas desigualdades de inserção e de acesso, valores, afetos... (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 13).

Acredita-se que o sofrimento psíquico tenha bases biológicas, aproximando os fenômenos mentais a doenças orgânicas, ou seja, os sintomas são reconhecidos como manifestação de desordens bioquímicas, o que tornam médicas questões não médicas e diagnosticáveis, podendo ou não estar atrelada ao uso de medicação.

Com uma racionalidade médica e a patologização dos fenômenos educacionais, a medicação torna-se a solução mais procurada na crença de eficácia e rapidez. Cada vez mais pessoas aderem e reclamam pelas boas novas trazidas pelos medicamentos, que sugerem efeitos rápidos contrários aos tratamentos terapêuticos lentos, sendo inútil procurar causas em sua história de vida, pois seu sofrimento vem de causas orgânicas.

[...] tornou-se hegemônica atualmente, sustentando cada vez mais uma racionalidade médica que tende à pesquisa das evidências, à objetivação dos sinais sintomáticos e ao uso de medicamentos

psicotrópicos como eixo fundamental de tratamento dos sofrimentos humanos (GUARIDO, 2011, p. 32).

Portanto, “a medicação dos discursos sobre os fenômenos da infância escolarizada, tem ganho um novo colorido a partir dos conhecimentos produzidos desde meados do século XX pela ciência biológica, tomando esta por fundamento pela medicina” (GUARIDO, 2008, p. 19).

4. 2 Uma doença inventada pela rainha de copas. Tornar médicas questões não médicas.

[Narrativa]

Uma aula de plantar e colher em sala, mas como seria uma aula de plantar e colher sem plantas, sem terra, sem água? Suponho estranha! Suponho chata! De fato, chato.

As crianças dispersas irritam a Ordem, uma voz sorrateira e ácida se apresenta “É que... É que oficina em sala de aula é chato mesmo, ela deveria fazer coisas mais interessantes, mais legais, assim todos se interessariam”.

Fico confusa, a voz ácida já esteve naquele lugar a dar aulas em sala com coisas chatas e crianças dispersas, ela também se irritou.

Todas as crianças reunidas em sala antes de o sinal bater para o recreio, a Ordem se irrita, são tantas e com tantas falas, risos, brincadeiras...

A Rainha de Copas entra, todos correm. É preciso estar sentado e calado como forma de reverenciar a rainha, se não ela tem o poder de cortar as cabeças.

Nem todas obedecem.

O sinal toca, duas cartas correm... Os livros ficam jogados junto às mochilas.

A Rainha se irrita, desobedecer é execução na certa ou no mínimo um julgamento perante todos, é preciso castigar em público, os castigados são exemplos para que não repitam a desobediência.

“– Chamem as cartas! ” Ordena às obedientes.

Elas voltam...

Como em um tribunal, os réus ficam na frente, a plateia assiste ao julgamento, todos quietos, calados, temerosos, esperando a sentença.

Com voz aguda e estridente, ela grita:

“– Vocês precisam parar com essa doença, vocês sabiam que isso é uma doença? Essa pressa que vocês têm é uma doença. Isso é uma doença...

Isso é uma doença! Vocês estão todos contaminados, não sei para que tanta pressa... Voltem todos aos lugares! ”

O silêncio reina... Todos com medo!

E continua o julgamento:

“– Porque tanta pressa? Para que sair correndo, atropelando todo mundo? Isso só pode ser uma doença, uma doença chamada pressa! Vocês estão todos contaminados com isso”. Apontando para os réus e para alguns da plateia.

Defesas não são permitidas!

O julgamento termina, sentença dada: Estamos doentes, todos contaminados com uma doença inventada pela Rainha de Copas.

Pressa? Que doença estranha...

Doença?

Mas doença não é coisa ruim? Ficar doente é ruim.

Estranho, estranho...

Ontem mesmo tinha pedido pressa: para terminar a tarefa, para chegar cedo, para terminar o lanche para não perder o transporte, para levantar da cadeira, para sair do transporte, chegar na praça, para terminar a prova para acabar de pintar, para obedecer... será que pediram para ficarem doentes?

Talvez eu também esteja doente dessa tal pressa.

Estou ficando doente! Tenho pressa...

Acho que estão me pedindo para ficar doente...

Tenho prazos, tenho datas, tenho pressa...

Eu preciso me tratar! Estou com pressa, pressa, P R E S S A ...

Você tem pressa? Anda correndo por aí? Talvez você também esteja doente.

O sorriso do Gato de Cheshire aparece, lá vem ele com suas explicações.

Ele avisa: "Doença... Doença não é, ou é? Ah! Isso depende, depende de tantas coisas, de muitas coisas...! Ah! Pegue o livro, se tiver no livro é doença, se não tiver... Duvido que não esteja"¹¹.

Doentes, doente? Estamos doentes? Você tem pressa? Eu tenho pressa? Todos temos pressa? Aos poucos nossos hábitos, nossos comportamentos, nossas dores de existir foram transformados em doenças. Nomeados, encarnados, doentes! Alguns

¹¹ Alguns personagens da narrativa foram baseados no Livro Alice no País das Maravilhas de CARROLL (1999).

um pouco mais, outros um pouco menos, mas todos fora da normalidade, anormais. Como doentes ou um pouco desregulados precisamos recorrer a aqueles que sabem quando e o quanto estamos doentes, senhores da alquimia da saúde, doutores da cura ou quem sabe da pílula correta para nossas dores, um ser que conserta gente estragada.

Mas nem sempre foi assim, nem sempre fomos doentes de tantas coisas e de tantos modos. Em 1960, surgiu o termo de grande importância, termo que engloba a transformação de questões de origem sociais e políticas em questões médicas, medicalização é o conceito. Diversos autores trabalharam com tal conceito, contudo, o de maior destaque foi Ivan Illich, de acordo com Moysés e Collares (2013). Illich alertava para a expansão do poder médico, acreditando que tal expansão transformava as dores do existir em doenças, afastando as pessoas de seus sofrimentos e perdas. Para além, essa expansão pretendia ter autoridade sobre as pessoas que não estavam doentes, sobre as que não teriam possibilidade de cura e sobre as quais os remédios não tinham tantos efeitos, ou tinham os mesmos efeitos dos remédios caseiros.

Inicialmente, tal expansão promoveu grandes melhorias nos indicadores de saúde, aumentando a expectativa de vida e diminuindo a mortalidade infantil e a materna. Tais avanços e melhorias foram possíveis graças ao progresso tecnológico, a utilização de novos exames diagnósticos (como os exames por imagem), novos medicamentos, novas áreas de pesquisa, como a genética e a imunologia, e novas técnicas e materiais de cirurgia, entre outras.

Entendida de início como processo de ampliação da assistência médica e o surgimento de novas técnicas terapêuticas para o tratamento dos doentes, a medicalização com passar do tempo ganhou um significado mais amplo, pois a medicina começou a ocupar espaços que não eram médicos, incorporando diferentes aspectos do cotidiano “sob o domínio do medicalizável, isto é, do diagnóstico médico, da cura, da terapêutica, e da patologia” (BRZOWSKI; CAPONI, 2011, p. 45).

Como já apontado, o processo de medicalização é resultante da biologização, na qual os processos biológicos adquiriram um papel central na explicação de diversos fenômenos, “como elemento final comum recorre-se ao reducionismo biológico,

segundo o qual a situação de vida e o destino de indivíduos e grupos poderiam ser explicados por – e reduzidos a – características individuais” (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 26). A psiquiatria foi, aos poucos, posicionando-se dentro do campo de seu interesse, juntamente com a loucura e com os fatores sociais que eram indesejados para o desenvolvimento do capitalismo, adotando para si questões não médicas, passando a ser interpretadas e recriadas como desordens e doenças

A medicalização de condutas classificadas como anormais se estendeu a praticamente todos os domínios de nossa existência. Novos diagnósticos e novos transtornos surgem a cada dia, levando-nos a agrupar num mesmo espaço classificatório fenômenos tão diversos e heterogêneos como a esquizofrenia, a depressão, os transtornos de ansiedade e sono, as fobias e os mais variados e inimagináveis tipos de comportamento considerados indesejáveis (CAPONI, 2009, p. 530).

Nessa perspectiva, de acordo com as explicações reducionistas na área da saúde mental, fortalecem, consolidam e justificam o processo de medicalização “[...] redução se dá a partir de um nível maior para um nível menor de complexidade” (BRZOWSKI, 2013, p. 37). A autora propõe o exemplo da desatenção no âmbito escolar, que poderia ser justificada enquanto desequilíbrio de neurotransmissores ou pela falta de carinho familiar, ambas seriam formas de reduzir causas muito mais complexas em um caso particular.

Se há a crença de que um neurotransmissor, um gene ou um local no cérebro é o único fator causal envolvido na produção de determinado comportamento indesejável, mais facilmente é a aceitação de que a responsabilidade por esse comportamento deve ser transferida para a área médica (BRZOWSKI, 2013, p. 37).

Ao reduzir questões sociais, históricas, políticas e econômicas em questões biológicas e conseqüentemente médicas e patológicas, passa-se a responsabilizar o indivíduo por todas as suas questões, diagnosticando e tratando uma doença tomando como base questões biológicas e ignorando o contexto social.

Moysés e Collares (2013), ao explicar especificamente sobre esse processo no âmbito escolar, sinaliza que ocorre uma “articulação com a medicalização da educação na invenção das doenças do não aprender e com a medicalização do comportamento” (p. 53). O seja, saber médico afirma que fenômenos educacionais seriam em decorrência do que ele mesmo poderia solucionar, uma doença, criando

mais demandas para seu serviço e conseqüentemente ampliando a medicalização, produzindo práticas para determinar como se deve aprender e ensinar, e determinando formas de pensar e se comportar.

De acordo com Brzozowski e Caponi (2011), os processos de medicalização tendem a esquecer e apagar os fatores sociais e psicológicos, substituí-los por uma deficiência ou alterações biológicas e neuroquímicas. Desse modo, quando uma situação é tomada pelo âmbito médico, não há uma discussão no âmbito coletivo, mas sim passa a ser de responsabilidade do campo da saúde, mais especificamente de um especialista. Brzozowski (2009) afirma que,

[...] antes considerado comportamento normal, passa do público leigo para a área médica, a discussão deixa de ser pública e se torna elitizada, ou seja, restrita aos profissionais da área da saúde. Isso ocorre porque, a partir do momento em que os especialistas se apropriam de um conhecimento, eles passam a utilizar uma linguagem inacessível aos leigos, que são removidos do debate sobre o tema (p 8).

Esta elitização da discussão provoca uma assimetria entre o conhecimento dos leigos e o dos especialistas, pois, apesar de serem informados e de terem uma série de saberes, o conhecimento do especialista prevalece, é ele quem poderá determinar, discutir e afirmar o que será considerado normal ou não. Para além, há um monopólio das informações por parte da área médica/científica, a população não tem acesso aos critérios de inclusão/ exclusão de características, a ampliação de nosografias e o que é ou não sintoma nos manuais de classificação. A população de modo geral tem acesso apenas a informações sobre como reconhecer, tratar e lidar com determinado transtorno.

No findar do século XX e início do século XXI, a medicina passou a ter ainda mais presença no cotidiano da maioria das pessoas. Cada vez mais o saber médico parece dar respostas para nossos problemas, a medicina parece ser um grande marco na resolução de problemas nas mais diversas situações da vida, de uma pequena dor de cabeça às emoções mais secretas.

Caponi (2003) afirma que o processo de medicalização pode ocorrer tanto com relação aos desvios de comportamento como com os processos naturais. Aqui, pontua-se que desvios de comportamento podem ser entendidos como qualquer

conduta que destoe do que é socialmente desejado, podendo representar uma entidade nosográfica ou não. Tais desvios passaram a integrar o processo de medicalização graças à flexibilização dos limites entre o que é considerado normal ou não. Originalmente, a classificação das condutas desviantes enquanto nosografia ocorria nos asilos; hoje, tais categorizações são amplamente difundidas e englobam quase toda (para não dizer toda) população.

Quanto aos processos naturais, inclui-se desde o nascimento, desenvolvimento infantil, sexualidade, envelhecimento até a morte; já no compêndio dos desvios de comportamento encontram-se a loucura, o alcoolismo, a infertilidade, os problemas alimentares, entre outros. Muitos destes desvios ou seus sintomas, atualmente, são colocados no âmbito dos transtornos mentais (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

No que diz respeito à infância, grande parte dos desvios se colocam ante seu processo de escolarização, frente aos problemas de aprendizagem, e estão intimamente relacionadas às quebras das normas sociais. O que antes era considerado problemas dos pais e professores, passam a configurar como sintomas de transtornos mentais tratáveis com medicação. Cai-se na controvérsia, afinal, um comportamento desviante de nossa época pode mudar de acordo com o momento? Os transtornos da atenção parecem não ser bem aceitos socialmente e são transformados em transtorno mentais, pois hoje “a produção de diagnósticos e de terapêuticas que simplificam os sofrimentos ocorridos na infância faz com que existam cada vez mais crianças medicadas (e cada vez mais cedo)” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 215).

Os autores Moysés e Collares (2013) tecem duras críticas ao processo de medicalização, afirmam que seu papel é controlar e submeter as crianças, abafando suas questões e desconfortos, transformando-as em “portadoras de distúrbios de comportamento e de aprendizagem” (p. 19), ou seja, um processo que busca a padronização, a homogeneidade e o controle sobre a vida.

Pontua-se aqui que esse processo não deveria ser reduzido a apenas aspectos negativos, os avanços nos cuidados e tratamentos médicos das últimas décadas proporcionaram terapêuticas importantes para doenças que eram letais. Para além, as novas tecnologias médicas podem aumentar a expectativa de vida, alargar funções

cerebrais, melhorar as condições físicas, estabelecer tratamento para doenças graves, entre outros. O que não as exime de seus riscos e benefícios.

Na contemporaneidade, a intensificação das intervenções médicas em nossas vidas é tomada como uma urgência, mas, ao mesmo tempo, extremamente visível e paradoxalmente invisível. Visível, pois o processo de medicalização atravessa qualquer espaço, não se restringe mais aos ambientes hospitalares, perpassa todas as esferas, expandindo sua linguagem médica e diagnosticando de forma quase banalizada. Invisível na medida em que, entranhados com outras práticas, sejam elas educativas, midiáticas, jurídicas etc., individualiza e transforma os modos de pensar, de agir e de regular a existência sutilmente e de forma avassaladora. Dessa forma, estão presentes muitos enunciados que afirmam e reafirmam a necessidade de, no mínimo, a procura por um especialista nas escolas, nas prisões, nos hospitais, na vizinhança, na universidade e nas ruas.

Como forma de controlar os desvios, o tratamento farmacológico ganha força, o resultante de todo esse processo de medicalização, ou seja, com a medicalização há um crescente processo de medicamentação. Quanto à infância e à adolescência, esse processo começou com o nascimento da psiquiatria, como já afirmado no segundo capítulo e permanece até os dias de hoje. Assim, quando não há um sujeito considerado ideal, recorre-se à medicina e à medicação para se ter auxílio nessa tarefa. Dessa forma, várias situações que anteriormente eram consideradas cotidianas passaram a fazer parte arcabouço médico e a serem tratados com medicação, os remédios aparecem como um recurso a mais para que o processo de aprendizagem possa acontecer, após um diagnóstico já validado (GUARIDO, 2008)

Guarido e Voltolini (2009) concordam dizendo que:

[...] apoiada num discurso médico em que o fenômeno subjetivo é visto pela lógica do funcionamento orgânico, a medicação aparece como reguladora da subjetividade, como elemento químico que reordena a desordem de um corpo não adaptado a uma lógica discursiva que define ideais de produção e satisfação (p. 256).

Contrariamente a uma consideração da complexidade da subjetividade, o saber médico atual está intimamente ligado a uma lógica de consumo idealizado, lógica capitalista. Desse modo, o medicamento vem atrelado à idealização de um bem a ser

consumido de forma rápida e eficaz, ligado a um discurso de bem-estar e saúde. Nessa lógica, o medicamento vem como forma de encontro entre o que se torna necessário e o que pode satisfazer esta necessidade, se há desregulação hormonal, por exemplo, a medicação poderá ser a solução exata para esta falha, um elemento químico que reordena o corpo não adaptado.

Tanto a psiquiatria quanto a indústria farmacêutica¹² compõem essa produção de subjetividade. Guarido (2007) afirma que

[...] a produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX (p. 159).

Tal saber depende da influência do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) sobre sua atuação, principalmente a partir de 1980, em sua terceira edição. Este manual tem grande importância por fundamentar a prática diagnóstica e a produção de classificações diagnósticas psiquiátricas.

Diante dessas explicações, é importante refletir acerca das várias mudanças ocorridas nas classificações psiquiátricas durante a construção da “bíblia da saúde mental”, o DSM, pois é por meio dele que as “doenças mentais passam a existir”, a serem legitimadas. O manual se tornou um guia identificador e classificador das doenças, o que contribui para pensar sobre como esse olhar medicalizante dos comportamentos infantis cotidianos foram definidos por critérios médicos e entraram no ambiente escolar por meio dos diagnósticos de problemas de aprendizagem.

4. 3 O julgamento termina, sentença dada: Estamos doentes – Classificando para medicar

Nesse processo de explicações biomédicas para os comportamentos, os diagnósticos médicos, psiquiátricos principalmente se tornam de extrema importância para o processo de medicalização. O enquadramento dos comportamentos indesejados, seja a inquietação, a desatenção ou o não aprender como patologia, tem como base os

¹² Retornaremos aos assuntos concernentes à indústria farmacêutica mais adiante.

manuais para o diagnóstico. Tais manuais são a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), ligada à Organização Mundial da Saúde, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA). O DSM é o guia oficial para os diagnósticos psiquiátricos nos Estados Unidos e em muitos outros países, incluindo o Brasil. Dessa forma, nosso foco ficará no DSM.

O processo de criação das classificações surgiu da necessidade de se ter uma unificação convincente das patologias; “tratar” passou a ser sinônimo de ‘diagnosticar’ e, para que o diagnóstico seja o mais objetivo possível, será necessário construir uma classificação unificada e convincente das patologias psiquiátricas” (CAPONI, 2011, p. 30). Para tanto, em 1952, foi elaborado o primeiro DSM, mais tarde conhecido como DSM I. Esta primeira versão estava baseada nas teorias Adolf Meyer, um importante psiquiatra norte-americano, que não aceitava a ideia de construir quadros nosológicos sem compreender os eventos da história de vida que levavam a tais patologias, defendia intervenções na comunidade e um entendimento do contexto social dos pacientes, contudo, sem desconsiderar as teorias biológicas (CAPONI, 2011).

Acredita-se que Mayer iniciou a abordagem biopsicossocial dos transtornos mentais, visto que o psiquiatra influenciou profundamente a primeira tentativa de organizar uma classificação de transtornos mentais aceita pela comunidade científica norte-americana (DSM I), sendo esta elaborada com base em critérios flexíveis, que articulavam as perspectivas biológicas, psicanalíticas e sociais dos transtornos mentais (CAPONI, 2011).

Ocorreu nesse mesmo período, década de 50, além da construção do primeiro DSM, a consolidação do uso de medicamentos. A primeira criação medicamentosa foi um antibiótico em 1931, sendo que outros antibióticos foram produzidos a partir de então e, em 1950, começou a produção dos hipertensivos, diuréticos e os primeiros psicoativos, o que revolucionou o campo da saúde e passou a ser a terapêutica principal para o tratamento de todos os tipos de patologias (esse ponto será abordado mais adiante).

Após a criação do primeiro manual, outros foram elaborados. Em 1968 foi lançado o segundo, contendo poucas modificações. Em 1980, após longos debates foi publicado

o DSM III, novo em relação aos manuais anteriormente existentes, mas profundamente clássico na recuperação das velhas ideias defendidas pela psiquiatria biológica por mais de um século e que pareciam abandonadas. Reapareceram, com força inesperada, estudos que, baseados nas Neurociências e na Genética, retomaram as antigas preocupações referidas às “condutas indesejadas”, criando novas estratégias explicativas que reiteraram muitas das teses do determinismo biológico clássico (CAPONI, 2009).

Reaparecem as velhas teses de Kraepelin, que pareciam abandonadas, teses que, sob a perspectiva biológica, buscavam um modo de classificar as doenças de forma descritiva e objetiva, que fossem aceitas por todos e que pudessem ser usadas como ponto de partida para o diagnóstico de qualquer patologia biológica “Seria necessário deixar de lado as perguntas etiológicas, que introduziam confusões no campo, e limitar-se a descrever os sintomas, o curso das doenças e a prestar atenção especial às histórias familiares que, como no caso de Kraepelin, terão papel fundamental na determinação dos diagnósticos” (CAPONI, 2011, p. 844).

Os psiquiatras que definiam a si mesmos como neokraepelinianos elaboraram tanto o DSM III (1980) quanto suas reformulações posteriores DSM III-R, DSM IV (1994) e DSM IV-R (2000). Ao acreditar que somente com pesquisas focadas no âmbito biológico poderiam ser encontradas respostas sobre as doenças mentais, não havendo lugar para avaliações subjetivas, as ideias psicanalíticas e as teorias de Meyer foram abandonadas, delimitando o modo como a psiquiatria mundial passaria, dali em diante, a estabelecer as fronteiras e os limites que separam o normal do patológico (CAPONI, 2009).

Apesar de toda essa tentativa de oferecer uma ferramenta unificada e útil, o resultado final do DSM III não foi neutro, pois, de acordo com Caliman (2009), “havia uma direção a ser seguida, uma clínica a ser reafirmada e um método a ser priorizado” (p. 136). Tais modificações integraram parte de um deslocamento de modos de investigação, fortalecendo uma cultura somática, e várias desordens, sejam de humor, cognição, afeto ou de conduta, passaram a ser adicionadas ao rol das anomalias cerebrais, relacionando-as a neurotransmissores. Dessa forma, a psicofarmacologia ganha força na busca por um elemento biológico pontual de cada patologia, o sonho

da descoberta de novas drogas que atuariam de forma específica na correção neuroquímica das patologias.

Henning (2000) aponta uma mudança muito importante no DSM III, no qual termos não descritivos (como a neurose por se remeter a uma etiologia) foram substituídos em favor do termo transtorno, que “designa uma circunscrição sintomática relativa a um comportamento ou um conjunto de comportamentos observáveis e mensuráveis sobre os quais deverá se ater a terapêutica” (p. 127). Ou seja, uma série de sintomas passam a ser relacionados a um comportamento ou a um conjunto de comportamentos que devem ser ajustados. Tal mudança provoca uma expansão do que poderia ser entendido como doença, porém, de acordo com a autora, o único critério para atribuir a um comportamento como patológico é o fato de constituir um transtorno.

Dessa forma, uma gama de novos comportamentos passou a ser objeto da psiquiatria, provocando uma multiplicação de diagnósticos, incluindo uma nova sessão destinada às afecções psíquicas infantis. A demonstração clara desse aumento pode ser percebida no aumento das categorias diagnósticas nos manuais; o primeiro exemplar (DSM I) continha 106 categorias; o seu sucessor DSM II tinha uma lista de 182, já o DSM III foi publicado com 265 categorias, ou seja, a cada nova edição o número de patologias só aumentou.

Aguiar (2003) sinaliza que “ao serem resumidos a seus sintomas manifestos através de uma abordagem descritiva, os transtornos mentais passam a ser tomados como “entidades mórbidas”, podendo ser classificados e analisados independentemente das particularidades dos sujeitos que os sofrem” (p. 5). A construção desse DSM permitiu que a psiquiatria pudesse mudar sua perspectiva, retirando o foco dos sujeitos e de suas singularidades, voltando-se para os transtornos universais; o abandono da singularidade em benefício da generalização foi o objetivo desse manual, sua força e potência estavam exatamente em eliminar qualquer perspectiva singular.

Ao beneficiar a generalização e eliminar o olhar singular sobre as doenças, “a doença então não é mais compreendida como uma experiência subjetiva de um determinado indivíduo, mas sim como uma entidade nosológica que o acomete” (RODRIGUES,

2003, p. 15), importando apenas as configurações gerais, o que seria vista em uma determinada pessoa em particular não importa, mas o que seria geral poderia caracterizar-se como sintoma de algo, fazendo parte de uma síndrome.

Ao ser a experiência singular impossível de se mensurar ou de ser qualificada, ela escapa a qualquer possibilidade de precisão e, desse modo, é desconsiderada em favor de diversos sintomas e sinais que se pretendem imutáveis e passíveis de avaliação. Independentemente de onde esteja, com base no DSM III, diferentes clínicos poderão chegar a um mesmo diagnóstico ao entrevistarem um determinado paciente, e caberá a esse clínico escolher o tratamento mais adequado.

Mais uma modificação desse DSM foi o uso de medicação, uma vez que até então os remédios tinham um papel de coadjuvante, entendido como um potencializador do tratamento principal que era a psicoterapia. Com esse novo manual, a medicação coloca-se em primeiro plano, na maioria das vezes não apenas como principal, mas como única forma de tratamento. Com essas modificações, a psiquiatria consegue uma adequação ao que consideram como modo científico rigoroso, trazendo alívio e prometendo rapidez e eficácia (RODRIGUES, 2003).

No entanto, mesmo com as diversas modificações decorridas desde o primeiro DSM e com os estudos sobre localização cerebral e genéticos, até hoje não foi possível cumprir as promessas feitas pela psiquiatria clássica de construir uma fundamentação biológica concreta que pudesse legitimar as classificações psiquiátricas,

Enquanto as conquistas da biomedicina permanecem misteriosas, as classificações de patologias mentais devem ser construídas tendo como único parâmetro de validação os agrupamentos de sintomas, estratégia que se consolida a partir do DSM III (CAPONI, 2009, p. 47).

Com esses mistérios e a validação de um grupo específico de sintomas corre-se o risco de valorizar a escolha de um sintoma, que é um fator médico e social, pois essa valorização é feita por meio de escolhas baseadas em certos contextos. De modo que comportamentos indesejados socialmente se transformam em sintomas que indicam alguma patologia, “do mesmo modo, comportamentos que hoje poderiam ser avaliados como formas de resistência ou contestação à autoridade podem transformar-se em sintoma de um ‘transtorno opositor desafiador’” (CAPONI, 2009, p. 47).

Após a terceira versão do DSM, outras surgiram, o DSM IV em 1994, servindo não apenas como um sistema de classificação, mas como um suporte para o ensino da psicopatologia, sendo um compêndio para a psiquiatria e se tornando “a bíblia da Saúde Mental”. Apesar disso, manteve as mesmas diretrizes da versão anterior e continha 297 categorias diagnósticas. Uma revisão dessa edição foi publicada em 2000 como DSM-IV-TR, passando a ter informações extras, contudo, o número de diagnósticos ficou inalterado.

De acordo com Monteiro (2006), há nessa versão do manual uma captura do não aprender pelo discurso da psiquiatria. O termo transtorno de aprendizagem teria sido formulado com o intuito de compreender tanto aspectos de ordem emocional e afetiva quanto os de ordem comportamental, de conduta e os orgânicos, passando a ser uma entidade nosográfica e, dessa forma, receber como tratamento o uso de psicofármacos.

O diagnóstico do problema de aprendizagem anteriormente era feito com ou sem sintomas de hiperatividade, sendo definido com base em três listas de sintomas, uma para déficit de atenção, uma para impulsividade e uma para hiperatividade. Já nessa versão, muda-se o critério de diagnóstico, baseia-se agora em duas dimensões: o déficit de atenção integra agora uma subcategoria, a hiperatividade e a impulsividade outra (BRZOWSKI, 2009). Nesse sentido, “veremos siglas como TDAH¹³, TC e TDO, representando entidades nosográficas previstas no DSM-IV, disseminando-se não só no universo escolar, mas na sociedade como um todo” (MONTEIRO, 2006).

A versão mais atual do manual de classificações foi publicada em maio de 2013 (versão em português em 2014). O DSM V, como era se esperar, aumenta para 300 as categorias diagnósticas que, de acordo com Sena (2014), é um número questionável, visto que a Associação de Psiquiatras Americanos (APA) utiliza codificações repetidas para transtornos diferentes, então:

Dependendo do critério adotado para contagem, pode-se encontrar até 356 diagnósticos. Outro elemento para alterar a quantificação são as figuras do Outro Transtorno Especificado e Transtorno Não

¹³ É importante salientar que os referidos transtornos não serão objeto desta análise. Indica-se, para tanto, trabalhos como os de Brzowski (2009, 2013); Caliman (2009, 2008).

Especificado, termos adotados para classificação onde não é possível o enquadramento segundo os critérios padronizados. Convém destacar: os códigos do DSM-5 possuem correspondências numéricas (de F00.0 até F99) no CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças, adotado pela OMS (SENA, 2014, p. 98).

O que parece é que há uma ampliação, uma multiplicação das categorias psiquiátricas, uma produção de novas doenças, multiplicando as patologias, criando novos sofrimentos e reformulando os que já existiam.

O DSM V continua a apoiar práticas de enquadramento e classificação, seus autores sustentam que este é um instrumento de comunicação e coleta de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais. Este é, hoje, a referência mundial para os diagnósticos psiquiátricos, contudo, apesar de ser voltado para profissionais da área médica, há uma difusão de vários de seus termos e conjuntos de sintomas em muitos casos de forma indevida.

O texto de Brum (2013) “Acordei doente mental” chama a atenção para isso e faz críticas às atuais patologias descritas no manual, sendo este:

[...] o que define o que é ser “anormal” em nossa época – e este é um enorme poder. Vale a pena sublinhar com tinta bem forte que, para cada nova patologia, abre-se um novo mercado para a indústria farmacêutica. Esta, sim, nunca foi tão feliz – e saudável (p. 2).

A autora cita que o crítico mais incisivo dessa recente edição é o psiquiatra Allen Frances, que, por mais estranho que pareça, foi o coordenador da elaboração da quarta edição do manual. Em uma carta ao New York Times, Frances faz uma importante pontuação sobre a patologização da infância com o uso dessa nova versão do manual

Nós não temos ideia de como esses novos diagnósticos não testados irão influenciar no dia a dia da prática médica, mas meu medo é que isso irá exacerbar e não amenizar o já excessivo e inapropriado uso de medicação em crianças. Durante as duas últimas décadas, a psiquiatria infantil já provocou três modismos — triplicou o Transtorno de Déficit de Atenção, aumentou em mais de 20 vezes o autismo e aumentou em 40 vezes o transtorno bipolar na infância. Esse campo deveria sentir-se constrangido por esse currículo lamentável e deveria engajar-se agora na tarefa crucial de educar os profissionais e o público sobre a dificuldade de diagnosticar as crianças com precisão e sobre os riscos de medicá-las em excesso. O DSM-5 não deveria adicionar um novo transtorno com o potencial de resultar em um novo

modismo e no uso ainda mais inapropriado de medicamentos em crianças vulneráveis (BRUM, 2013, p. 3).

O processo de construção dos DSMs oferece elementos para analisar que as formas de definir o que é um transtorno e como classificá-los não é algo constante, muda, se transforma e se multiplica, muda também a forma de se pensar cada doença, visto a quantidade de possíveis diagnósticos em cada edição. Existem diferentes formas de olhar uma doença, de diagnosticar e nomear, como forma biológica de ver e conduzir o ato diagnóstico.

Acreditamos, como afirma Caliman (2009), que os diagnósticos são constructos nos quais as fronteiras e limites dependem, em grande parte, da intenção dos seus criadores e das pessoas que se enquadram neles. Desse modo, o processo que legitima ou deslegitima uma condição mórbida é complexo, envolve valores morais, econômicos e sociais, além dos interesses políticos de cada época e contexto. Participa, dessa forma, da construção de condições de existência, as quais identificam, nomeiam, classificam e tratam, afirmando determinados modelos de saúde e patologias.

A cada nova edição do DSM se repete a certeza de que, ao identificar precocemente os comportamentos considerados de risco, permitirá ser possível evitar certas patologias psiquiátricas. Contudo, estamos diante de uma dicotomia, pois esse mesmo processo de identificação de comportamentos de risco é o que permite a criação “de novas patologias psiquiátricas leves e de identificação ambígua que poderão passar a ser adicionadas às classificações de diagnósticos psiquiátricos já existentes” (CAPONI, 2012, p. 117).

Para Brzozowski e Caponi (2009), o DSM seria uma forma de instituição, pois como representante de um saber científico, é legitimado por toda a sociedade. A multiplicação de diagnósticos é uma classificação que possui características específicas em que algumas pessoas se enquadram. Mas, para que essa classificação seja levada em consideração é necessário que algo a legitime, é preciso que uma instituição a torne verdadeira e garanta as normas propostas. Segundo as autoras:

Ser classificado, ganhar um nome, é muito comum. Quando este nome, porém, está relacionado a um discurso oficial, como o discurso científico, geralmente reconhecido pela sociedade como uma verdade, ele interage com o classificado de forma mais profunda, duradoura. Isso porque existe uma estrutura subjacente a essa classificação, que engloba a própria classificação, os indivíduos classificados, as instituições, o conhecimento e os especialistas, como discutido anteriormente (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009, p. 1178).

Várias instituições podem ser suporte para legitimar um diagnóstico, a família, a escola, os manuais etc. Tomando a escola como foco, esta instituição aponta aos profissionais da saúde os problemas de seus alunos e, ao recebê-los de volta, reproduz seu discurso, reafirmando o diagnóstico, “então, se a escola encaminha, aceita o diagnóstico e até modifica suas atitudes em função dele, ela pode ser considerada uma instituição de legitimação desse diagnóstico” (BRZOZOWSKI, CAPONI, 2009, p. 1179). Ao validar e legitimar tal discurso, a escola, por muitas vezes, se desresponsabiliza e se apropria da fala médica de forma leiga e por vezes indevida.

Dessa forma, é comum, muito comum, que professores e coordenadores façam diagnósticos de seus alunos com termos descritos no DSM, usando para isso a observação de seus comportamentos, bem como os encaminhem para os especialistas, sejam médicos ou psicólogos. Assim, um treinamento do início do século XIX, do “olhar clínico” do professor, aquele treinado para diferenciar as crianças normais e anormais ainda hoje permanece, um olhar que esquadrinha cada criança, apontando os que deveriam ser alvo mais enfático do saber-poder médico, com sua gama de classificações.

Para Couto (2001), ao pontuar sobre as políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, ocorre o que ela denominou como *mal-entendido pedagógico*, uma redução da criança à condição de mero aprendiz, em que se sustenta a imposição de metas que precisam ser alcançadas, de forma que,

Conceber uma criança unicamente como “um ser em desenvolvimento” parece engendrar essa tão corriqueira noção de “deficiência”, (fartamente utilizada como categoria diagnóstica), sempre que ela se desloca do curso ideal, “desadaptando-se”. Como aprendiz, espera-se dela que venha a responder adequadamente às metas estabelecidas; caso contrário, convocam-se os especialistas, esperando destes últimos que reorientem o curso, corrijam os “defeitos” e reitem os sintomas (COUTO, 2001, p. 135).

Reduzida a concepção de aprendiz, recai sobre as crianças uma gama de expectativas e de intervenções para que alcancem o que se espera delas na tentativa de uma “reorientação de curso”, um curso que é estabelecido com base na vivência de um adulto que, sob sua perspectiva, formulou uma gama de ditames estabelecendo o que e em qual idade elas deveriam corresponder.

Machado (2000) apontam que:

As ideias de "falta", "anormalidade", "doença" e "carência" dominam a formulação das queixas a respeito de inúmeras crianças que são encaminhadas pelas escolas para avaliação psicológica. Essas ideias ganharam vida própria, pois muitas vezes deparamo-nos com cenas do dia-a-dia escolar nas quais ouvimos que as crianças têm "distúrbio de aprendizagem", "desnutrição", "família muito pobre", como se essas ideias não tivessem sido produzidas historicamente (p. 145).

Com metas estipuladas, com um caminho a ser percorrido, a difusão crescente de patologias com critérios diagnósticos imprecisos ganham força, provocam a rotulação de crianças absolutamente normais, sendo estigmatizadas, incorporando rótulos, e introjetando doenças,

Passa a ser psicologicamente uma criança doente, com consequências previsíveis sobre sua autoestima, sobre seu autoconceito e, aí sim, sobre sua aprendizagem. Na prática, ela confirma o diagnóstico/rótulo estabelecidos. Uma outra agravante decorre do fato de que parece que a única preocupação consiste em encontrar "diagnósticos" que expliquem, justifiquem o não-aprender. Não se trata de buscar um diagnóstico real para uma ação efetiva, no sentido de minimizá-lo, ou mesmo anulá-lo. (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 29)

Já com relação aos professores, essa difusão tem provocado uma desvalorização, pois estão sendo considerados cada vez menos aptos para lidar com as dificuldades das crianças. Aqui é possível seguir dois caminhos: culpabiliza-se a escola (os professores) pelos encaminhamentos aos especialistas ou se considera todo o processo de medicalização dos comportamentos, que perpassa todos os locais e a escola não estaria ileso a isso.

Há certo clamor para que as escolas, mais especificamente os professores, sejam agentes de reconhecimento das anormalidades dos alunos, com acesso a um conjunto de informações, há uma antecipação do diagnóstico e uma antecipação a qualquer risco, pois o encaminhamento precisa ser feito o quanto antes a um

especialista. Como é possível observar, essa legitimação do diagnóstico vem de um processo longo na construção de ideias há muito concebidas, prevalecem as formas tradicionais de medicalização e patologização das crianças por meio das construções que foram operados por séculos, sua vertente nas práticas higienistas, de prevenção ao risco, normalizante e, em muitos momentos, individualizando e culpabilizando as crianças e suas famílias por suas dificuldades.

Ao estar ligado cotidianamente com as crianças em seu trabalho, o professor se torna ainda mais alvo, pois a ele é dado o lugar de quem irá prever os riscos. Se por um lado há um excesso nesses encaminhamentos, que são efeito de um campo de relações nos quais todos nós estamos inseridos, por outro não podemos tirar o valor desse ato. Assim, ocorre sim, em alguns casos, a necessidade de encaminhamento a especialistas, da mesma maneira que o uso de medicamentos como forma de expandir a vida de nossas crianças e para a produção de novas possibilidades. Em si, não é o encaminhamento algo ruim, mas seu exagero, o que se pretende com ele e o que se fará com sua resposta.

Machado (2008) aponta algo de extrema importância: “aquele professor que expulsa seu aluno da sala de aula também está aflito, também quer ajuda para pensar o que fazer, também gostaria que seus alunos aprendessem. Nesse caso, a maneira do professor agir não é causa do problema, é efeito” (p. 6). O que estamos sinalizando é que o professor que faz do ato de encaminhar ou de patologizar as crianças não é a causa da medicalização, da medicamentação, ou da patologização, mas é o efeito de uma série de processos nos quais todos nós estamos imersos.

Submersos em todas essas práticas, Guarido (2009) diz que “[...] se o objeto da medicina foi, até certo momento histórico, quase que exclusivamente a investigação sobre as doenças, suas causas e suas terapêuticas, medicalizar um fenômeno ou acontecimento significava patologizá-lo” (p. 241). Isso denota que a medicalização, a biologização e a patologização estão intimamente ligadas, fazendo parte de uma mesma equação, sendo difícil dissociá-los. Collares e Moysés (1994) propõem que, no lugar de utilizar o termo medicalização, seja utilizado patologização, pois:

São psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos em sua prática biologizante. Daí a substituição do termo medicalização por um outro mais abrangente - patologização

- , uma vez que o fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites da prática médica (p. 26).

A ampliação da medicalização é tamanha, que todos os profissionais, todas as pessoas estão envolvidas, sendo que, ao estar envolvido, é preciso analisar as práticas a todo o momento.

Como foi apontado, na tentativa de prevenir os riscos, o discurso da procura por saúde foi fortemente veiculado à mídia, criando um sistema de alerta para todos: é preciso prevenir. Há um imperativo: “Se você não prevenir, se você não se tratar, se você não seguir a prescrição certa, se você não tomar a medicação... morrerá”. Todos se preocupam em aprender a reconhecer os sinais das doenças para manter uma vida saudável

A ideia de que os fatores de risco podem e devem ser controlados e que as doenças podem ser evitadas por meio desse controle está bastante em voga: “fumar causa câncer”, “comer carne vermelha causa problemas cardíacos”, dentre outras frases, se tornaram bastante comuns no dia a dia e muitos controles passam por tratamentos com medicamentos (BRZOWSKI; CAPONI, 2011, p. 32).

Aqui há uma articulação importante entre as especificidades do mercado de medicamentos e o funcionamento da clínica psiquiátrica marcada pelo DSM e pelo discurso da psiquiatria biológica.

Segundo Guarido (2007), hoje, na construção do diagnóstico o remédio tem participação fundamental, nomeando o transtorno, estando o sintoma/ transtorno ligado ao funcionamento bioquímico,

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico (p. 154).

De acordo com a autora, há uma naturalização dos fenômenos humanos e uma subordinação do sujeito a uma bioquímica cerebral que somente por meio da medicação seria regulável, com a promessa de alívio dos sofrimentos existenciais. O

crescimento da indústria farmacêutica tornou-se indissociável do processo de medicalização.

Com todo esse percurso, pode-se dizer como Baroni, Vargas, Caponi (2010, p. 75): “na mesma velocidade em que se criam novos sintomas, criam-se novos medicamentos e, para esses, novos consumidores”.

4. 4 Consumir para sermos consumidos: A Indústria Farmacológica

[Narrativa]

Nos anos iniciais de sua alfabetização era lento, não demorou muito pediram para que a família o levasse ao médico, desde então é acompanhado pelo neurologista, seu diagnóstico de Disritmia Cerebral e toma Tegretol para evitar as crises.

Depois passou a ser acompanhado pelo psicólogo, também já foi encaminhado para o fonoaudiólogo, mas a família não deu continuidade ao tratamento.

Brinca, apesar de tímido, gosta de chamar atenção dos adultos, então conta piadas. Cuida de seu material como ninguém, tudo muito arrumadinho, e limpinho, cheirosinho, nada de manchas nas folhas brancas, nada de orelhas nos cadernos e nem nos livros. Tudo direitinho, arrumadinho.

Os colegas não gostam muito dele, o chamam de chato, faz comentários maldosos sobre os colegas, piadas sem graça.

Apesar da caneta bonita, do lápis arrumado, do caderno limpinho, tem dificuldades para aprender, na hora das tarefas viaja, vai para outros lugares, sem tempo para voltar, se perde nos sonhos de garoto.

Na escola é lugar de sonhar?

Ah! Ele também toma Ritalina, quem sabe ela consiga alguma coisa e ele aprenda.

Também toma uma tal Risperidona, o porquê ninguém sabe. Isso serve para que mesmo? A bula informa: “Risperidona é indicado para/ no tratamento de uma ampla gama de pacientes esquizofrênicos”. E assim segue com suas especificações.

Quando não toma suas pílulas diárias fica aéreo; se já viajava na maionese, viaja ainda mais. Também fica bravo, se irrita, arruma briga.

TEGRETOL, RITALINA, RISPERIDONA.

Tegretol, ritalina, riperidona... Sejam estes ou qualquer outro medicamento é quase impensável em nosso tempo a vida sem eles. Se está estressado tome Maracujina, com ela você fica equilibrada e dorme bem, se está com dor “tome Doril que a dor sumiu” ou você pode tomar Melhoral, sendo adulto ou sendo criança; mas se a dor for em dose dupla tome Flanax, que, além de aliviar a dor ainda tem dupla ação: “alivia a dor por até 12 horas e trata a causa com sua ação anti-inflamatória e não deixa a dor ficar no seu caminho! ”. Se está com alergia, tome Claritin, ele alivia os sintomas da alergia por 24 horas, e sem sonolência.

Se está com cólica pode tomar Atroveran: “tomou a dor passou! ”, e além de tudo é “contra a cólica e contra a dor”. Você pode seguir a Grazi Massafera, que sempre tem um Atroveran na bolsa. Tem-se candidíase, tome Canesten, “agora esse cuidado íntimo está em suas mãos! ”. Se os problemas são sexuais use Forteviron, estará cuidando de você e de quem você ama. E, desse modo, somos bombardeados diariamente com uma infinidade de soluções milagrosas para todos os tipos de sintomas.

Contudo, a ideia de um remédio para cada doença é recente. Como apontado anteriormente, a produção de medicação ocorreu nas primeiras décadas do século XX, consolidando-se em 1950 e se constituindo como uma revolução no campo da saúde. Práticas de saúde e principalmente de saúde mental se tornaram dependentes dos medicamentos, desde então o lucro das indústrias farmacêuticas tem crescido enormemente.

Com relação às drogas psiquiátricas, seu uso teve início em 1952, com a clorpromazina, sendo usado em pacientes psicóticos que relatavam que ficavam mais calmos ao consumir esse medicamento e, dessa forma, passou a ser considerado um tranquilizante. Contudo, o uso prolongado da clorpromazina começou a causar danos ao sistema neural por causa da dopamina, provocando “rigidez corporal, movimentos anormais e involuntários das mãos e bocas e até protrusão da língua, caracterizando o que se conhece por discinesia tardia, que nem sempre melhora após a descontinuação do medicamento” (BRZOWSKI, 2013, p. 131).

A descoberta desses efeitos colaterais relacionados ao sistema neural proporcionou e reforçou os argumentos de que diversos transtornos mentais eram causados por desequilíbrio na transmissão neural, como a depressão, a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Assim, uma série de novos medicamentos foi desenvolvida com o intuito de tratar os efeitos da clorpromazina, e outros de atuar em outros neurotransmissores. Devido ao desenvolvimento de estudos científicos da biologia humana e o desenvolvimento de manufaturas mais sofisticadas, muitos medicamentos surgiram e, a partir daí todos os psicotrópicos utilizados até hoje exercem seus efeitos por inibição ou estimulação da neurotransmissão (BRZOWSKI, 2013).

Desde então, a indústria farmacêutica trabalha cada vez mais para se aprimorar, criando drogas mais específicas e com menos efeitos colaterais (GUARIDO, 2009). Inicialmente, as principais formas de grande divulgação dos fármacos foi o rádio, o que aguçou a imaginação por meio dos teatros falados. Em 1970, a televisão, com som e imagem a serviço do marketing das empresas, difundiu novos medicamentos, rerepresentando os antigos e produzindo consumidores ativos (MONTEIRO, 2006).

Na década de 1950 qualquer medicamento podia ser consumido sem nenhum controle, pois o acesso a ele dependia unicamente de quem que precisava de um remédio que pensava ser melhor para os sintomas que sofria. A partir da década de 1960, a indústria farmacêutica norte americana FDA (Food and Drug administration) criou as tarjas, faixas coloridas nas caixas dos medicamentos com o intuito de diferenciá-los, de acordo com o grau de risco que oferecem à saúde do consumidor; criou os receituários especiais para o controle dos medicamentos e para o controle do funcionamento mercadológico (MONTEIRO, 2006).

Desse modo, os medicamentos não tarjados são de venda livre, sem prescrição média, causam poucos efeitos colaterais ou contraindicações. Quando usados sem abusos e de forma correta referem-se a casos de sintomas comuns, como dores de cabeça, má digestão, entre muitos outros. Assim, funcionam como qualquer mercadoria e podem ser comprados com facilidade e sem qualquer aval médico (como visto hoje em propagandas televisiva) (MONTEIRO, 2006). Os remédios de tarja vermelha têm efeitos colaterais graves, dessa forma, precisam de indicação médica, a receita é de cor branca fica retida na farmácia; já os medicamentos de tarja preta exercem ação de sedação ou ativam o sistema nervoso central, fazendo parte do grupo dos psicotrópicos, sendo vendidos somente com receituário médico de cor amarela ou azul. Os medicamentos de tarja amarela fazem parte dos medicamentos genéricos.

Com a necessidade de prescrição médica, os medicamentos passaram a fazer parte de um modo peculiar de comércio, pois a indústria farmacêutica precisava primeiramente “vender” seus medicamentos aos médicos para que fossem receitados aos seus pacientes e depois adquiridos nas farmácias. Este novo modo de controle das medicações fez surgir uma nova profissão, os representantes dos laboratórios; eles são responsáveis por divulgar informações detalhadas dos medicamentos, com catálogos promocionais, material científico, amostras grátis e brindes, percorrendo vários consultórios na tentativa de convencer os médicos da eficácia e da ação do medicamento que representa e sua associação com determinada doença. Além disso, há também produções científicas feitas por médicos, patrocinados pelas indústrias, com foco na divulgação de um determinado medicamento, fazendo palestras, curso e congressos para divulgar seus efeitos positivos (MONTEIRO, 2006).

Na tentativa de ampliar o consumo de medicamentos, a indústria farmacêutica associada à rede de distribuição de medicamentos, às agências de publicidade e às poderosas empresas do ramo da mídia impressa e eletrônica lançam diferentes formas de propaganda dirigidas tanto ao público “leigo” quanto aos profissionais de saúde. Itaborahy (2009) aponta que as propagandas de medicamentos com venda restrita (somente sob receituário médico) não se restringem ao âmbito médico apesar de ser o recomendado, visto que um medicamento não é divulgado apenas por meio

artigos científicos ou por periódicos especializados, são criadas outras formas de divulgar.

Tais formas de divulgação podem ser observadas pela exposição de doenças, em que as propagandas não anunciam a medicação em si, mas apontam o remédio a ser consumido quando promovem o nome e o logotipo do fabricante, alertando no final “converse com seu médico”. Esse tipo de propaganda é uma forma de burlar a divulgação de produtos controlados no Brasil, como acontece com as propagandas sobre disfunção erétil produzida pela Pfizer, fabricante do Viagra® (ITABORAHY, 2009, p. 36). Outra forma de divulgar e conquistar seus clientes está ligada aos médicos. Para que eles fiquem mais próximos e familiarizados com o remédio que pretende receitar, as empresas oferecem uma série de “presentes”, como viagens, participação em congressos nacionais e internacionais com hospedagem paga e até mesmo ingressos para partidas de futebol.

Com uma vasta estratégia, a indústria farmacêutica se tornou um dos ramos mais rentáveis e um dos que mais cresce em todo o mundo,

Os americanos gastam um total aproximado de US\$ 200 bilhões por ano em medicamentos vendidos sob prescrição médica, e esse valor cresce a uma taxa de 12% ao ano. [...] parte da arrecadação da indústria farmacêutica vai para a propaganda e promoção de seus produtos, tanto para o consumidor quanto para o prescritor, que também é um dos motivos do aumento da medicalização da sociedade em geral (BRZOZOWSKI, 2009, p. 16).

Ao se convencer de que tal medicamento poderá lhe trazer benefícios, o médico escolherá qual será o remédio receitado e qual não será, muitas vezes desqualificando a medicação que já vinha sendo consumida pelo paciente e passando para a de seu interesse.

Mergulhados em um modo capitalista e imersos na cultura do consumo, atravessados por novas tecnologias, a publicidade, como principal via de divulgação das indústrias farmacêuticas, torna os medicamentos atraentes e indispensáveis à vida, exaltando seus efeitos e fazendo acreditar que para todas as situações é possível recorrer a um remédio que foi produzido para facilitar e melhorar nossas vidas. O medicamento parece estar permeado de sofisticação e de esperança nas mais variadas situações, uma síntese da ciência e tecnologia. Com a expansão da indústria farmacêutica e a

crescente promoção dos medicamentos há uma construção mercadológica em torno de tudo isso. Para tanto, os remédios passam a ser tratados como qualquer outra mercadoria, atrelados ao ideal de felicidade, bem-estar e realização, sendo um objeto criado para consumo e que não oferece nenhum risco.

O marketing sobre os medicamentos prometem resultados cada vez mais rápidos e específicos, sendo ligados a produção de bem-estar e autorrealização, primeiro, tornando o medicamento atraente e, depois, fazendo-o indispensável. Por meio dessa estratégia promove uma identificação direta entre o sofrimento e a cura pela compra do medicamento, “sua perspectiva original, “re-mediador”, trazer de novo para o nível médio, nunca esteve tão atual e ativa, embora este “pôr na média” agora assumam feições bem mais imprescindíveis” (GUARIDO, 2009, p. 252).

O sonho de consumo de qualquer pessoa diagnosticada como doente é poder ficar melhor e feliz, assim, ao ser apresentada ao que a mídia oferece, um estado de alegria, na qual as imagens estão vinculadas a pessoas sorridentes, brincando e felizes, o que seria impossível se encontra agora ao alcance das mãos, como um toque de magia que transforma sua vida. Dessa forma, os remédios são anunciados por meio de uma dinâmica de publicações, que envolve revistas, artigos, editoras, televisão, internet, entre outras formas de divulgação de produtos, e a indústria farmacêutica potencializa seus interesses econômicos misturando geração de lucro e prestígio científico.

Baroni, Vargas e Caponi (2010), pontuando sobre Blech, assinalam que a indústria farmacêutica associada às práticas médicas “[...] define em seus termos e de acordo com seus interesses a saúde da população, criando novas doenças, tratando agora de saudáveis e assim os batizando com novas e recém-criadas doenças a fim de comercializar a saúde” (p. 73). Desse modo, a mídia ganha espaço na produção dos sujeitos patologizados, reconhecendo-os como portadores de sintomas e, na procura por confirmar o diagnóstico e a demanda de medicamentos, exploram nossos mais profundos medos, produzindo a mercadoria e o seu consumidor.

Desta forma promoção de doenças com ares de informações científicas retira o foco dos interesses financeiros, fazendo com que o consumidor pense que tais pesquisas estão voltadas para o saber científico e para o interesse coletivo (Baroni; Vargas;

Caponi; 2010). Ao transformar pessoas preocupadas com sua saúde em doentes ansiosos, problemas pequenos são veiculados como síndromes graves, estados de saúde antes pouco conhecidos ganham atenção, redefinem-se doenças dando-lhe um novo nome ou se cria uma nova disfunção.

Moynihan e Cassels (2007), em um artigo intitulado Os vendedores de doenças, apontam que:

[...] o rolo compressor das campanhas publicitárias, e das campanhas de sensibilização diretamente conduzidas, transforma as pessoas saudáveis preocupadas com a saúde em doentes preocupados. Problemas menores são descritos como muitas síndromes graves, de tal modo que a timidez torna-se um “problema de ansiedade social”, e a tensão pré-menstrual, uma doença mental denominada “problema disfórico pré-menstrual”. O simples fato de ser um sujeito “predisposto” a desenvolver uma patologia torna-se uma doença em si (p. 2).

Com uma gama de informações e campanhas diretamente conduzidas transformam-se pessoas, modos de se pensar, determinadas maneiras de viver, fazendo ligação entre o que se sente e que seria usado para evitá-lo. Conforme Guarido (2009, p. 250), “as pesquisas sobre o funcionamento neuroquímico humano impulsionam e são impulsionadas pela indústria farmacêutica”. Desse modo, há uma distribuição de conhecimento e produção de pesquisas que visam interesses comerciais e monetários. Nessa lógica, com a necessidade de demonstrar cientificamente a eficiência dos medicamentos e a de aumentar as vendas de seus produtos realizam-se pesquisas e propagandas são aprimoradas e rebuscadas.

A promoção de pesquisas tem o intuito de expandir consumidores das drogas antigas e novas e de criar doenças ou de exagerar em seu agravamento, redefinindo diagnósticos. Brzowski (2013), em conformidade, nos diz que:

Em relação aos estudos de eficácia de medicamentos, de uma maneira geral, desde essa mesma década, de 1980, os laboratórios farmacêuticos estão envolvidos em todos os processos da pesquisa, do planejamento à discussão dos resultados. Esse envolvimento da indústria nos ensaios clínicos faz com que a tendenciosidade de tais estudos seja não apenas possível, mas extremamente provável (p. 135).

Em si, o financiamento de pesquisas não é o problema, afinal, as pesquisas precisam, sim, de financiamento, os laboratórios precisam garantir seus produtos e suas vendas.

O fato é a relação entre os resultados das pesquisas e o aumento do uso de medicamentos, com a possibilidade de ocorrer um direcionamento dos resultados com a participação dos laboratórios, o que causa questionamentos quanto à veracidade e a ética das pesquisas, gerando dúvidas sobre sua verdadeira intenção.

Monteiro (2006) aponta que “não são raras as reportagens produzidas com ares de informação científica, compostas por testemunhos de pacientes, entrevistas com psiquiatras, modelos de explicação biológica, eficácia dos antidepressivos e a utilidade das psicoterapias” (p. 86). São reportagens preparadas pelo departamento de marketing das indústrias farmacêuticas, promovendo os medicamentos e doenças, e sugerindo a divulgação em jornais, revistas e programas televisivos. A lógica é: transformar sensações corriqueiras em patologias que precisam de intervenção médica; quanto mais amplo o processo de medicalização, mais doentes em potencial são alcançados, e maior será o mercado das indústrias farmacêuticas, como diz Drummond, “doente ou sadio, pouco importa pois, todo o sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio”.

O advento da internet fomenta ainda mais esse processo, as rápidas modificações, lançamentos de novos medicamentos, reformulação dos antigos são ligeiramente espalhados para o mundo inteiro. São incontáveis o número de sites vinculados de alguma maneira às questões relativas à saúde – doença, sendo, muitas vezes o Google a porta de entrada, que direciona para sites especializados, blogs, revistas etc., em que se pode encontrar todo tipo de informação, incluindo sintomas, causas, fatores de risco, critérios para o diagnóstico, formas de tratamento, quais medicamento podem ser usados e como usá-los, e até prognóstico, testes, protocolos...

Com mais acesso, as pessoas pesquisam ainda mais sobre o que sentem, podendo se acalmar ou se apavorar com os resultados das pesquisas. Este mecanismo difere dos outros meios de comunicações, visto que na televisão ou no rádio não se escolhe o conteúdo que será veiculado, apenas se recebe informações, enquanto que na internet o usuário pode escolher o que quer ver, pesquisar, selecionando informações e muitas vezes emitindo opinião.

Essa ferramenta de acesso irrestrito faz com que haja uma mudança na relação de dependência paciente/médico, permitindo ao paciente ter certa autonomia, pois muitas vezes ele já chega ao médico com um diagnóstico formulado. Isso resulta no médico assumindo uma posição de compartilhamento sobre as decisões em relação ao tratamento. Também se torna um meio de obter informações adicionais sobre os diagnósticos já fornecidos e os tratamentos.

Ao acompanhar o texto das autoras Brzozowski e Caponi (2011), entre as várias indagações e explanações concernentes a temáticas de medicalização e de ética, elas convidam para realizar um teste para diagnóstico de TDAH e indicam um site para tal. O link refere-se à página do Instituto Paulista de Déficit de Atenção (IPDA), por meio do qual explicam que “O Teste On-line para TDAH adulto do IPDA é baseado na lista dos sintomas que caracterizam o Transtorno, de acordo com o DSM – IV”. Na descrição desse teste, este se coloca como uma avaliação inicial das queixas e sintomas característicos do TDAH, pontuando que não se trata de um teste psicológico e nem tem pretensões de ser um diagnóstico específico, devendo também ser feito somente por um especialista.

É um teste de fácil acesso, no qual é possível escolher entre os testes para adultos ou crianças relacionadas ao diagnóstico de TDAH, além de testes de ansiedade, de depressão, de medo, de raiva, de agressividade, entre outros. Como se está abordando neste trabalho recorrências no espaço escolar, foi selecionado o teste de TDAH para responder, visto ser o transtorno mais divulgado nesse espaço. Tal teste é composto por 9 questões bem gerais e inespecíficas:

1. Tem dificuldade em prestar atenção a detalhes. Comete erros em coisas simples, por falta de atenção.
2. Tem dificuldade em manter a atenção concentrada, especialmente em situações cansativas ou pouco interessantes (palestras, aulas, reuniões, conversas, etc.).
3. Costuma deixar tarefas e projetos inacabados, mesmo que já tenha feito boa parte deles ou as partes mais difíceis. Demora muito para começar uma tarefa/tende a adiar o início.
4. As pessoas se queixam que você não presta atenção ao que elas falam. Acha difícil acompanhar uma conversa sem se distrair.
5. Tem dificuldade com organização – do tempo, das atividades, em estabelecer prioridades e realizar o que planeja.
6. Tende a evitar/adiar atividades ou tarefas que exijam atenção concentrada por muito tempo.
7. Costuma perder coisas ou esquece onde foram guardadas - chaves, documentos, papéis, objetos pessoais, etc. Esquece nomes de pessoas e compromissos.
8. Costuma distrair-se com muita facilidade - qualquer

coisa rouba sua atenção: barulhos, pessoas ou até mesmo seus próprios pensamentos. Parece estar sempre no "mundo da lua". 9. Costuma esquecer compromissos e obrigações, inclusive coisas simples e óbvias.

Estas nove questões vêm com as seguintes opções de respostas: “Sempre / quase sempre; Muitas vezes; Poucas vezes; Nunca / quase nunca”. As autoras em seu texto já alertam para um resultado patologizante do teste, contudo, o texto foi realizado com a finalidade de verificar como ocorreria esse processo, o que resultou no seguinte diagnóstico:

“Sintomas bastante elevados:

O número de sintomas de hiperatividade/impulsividade é bem superior ao encontrado em adultos, em quantidade e intensidade. Este número e intensidade de sintomas indicam ser possível que você apresente quadro de TDAH do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo”.

Apropriamo-nos do título do texto de Brum (2013) “Acho que acordei doente mental”, uma forma irônica de dizer que se usarmos os manuais de diagnósticos, não há como escapar de ser um doente. Nesses termos, eu acordei com um possível quadro de TDAH sem conversa, sem meio termo, tenho TDAH, sem ter nenhum contato com quem estaria aplicando o teste, sem saber ao menos meu nome, como estou me sentindo, minha condição social ou qualquer outra coisa que influenciasse minhas respostas. Ou seja, vamos logo a um médico! Tomar algum remédio!

Este pode parecer uma demonstração corriqueira e sem importância para alguns, mas não é. A aplicação de testes sobre doenças tem se tornado muito comum, qualquer pessoa pode ter acesso e entrar para a categoria de doente mental ou em qualquer outra. Com um simples click você pode ser o mais novo portador de um transtorno, de uma patologia, seus hábitos diários são transformados em sintomas. Coloca-se o indivíduo frente ao que é considerado patologia nos dias de hoje, popularizando seu diagnóstico e apontando para uma circulação intensa do saber médico, evidenciando o estatuto de verdade que esse saber ganhou.

A expansão da internet contribui com a circulação, como uma fonte riquíssima de informação e de fácil acesso: mais sites médicos estão disponíveis e mais pessoas buscam informações quanto a suas questões de saúde. Mais bem informados, contudo, muitas vezes perigosamente informados, pois, são sites com uma enorme mistura de verdades, meia-verdades e mentiras, com uma gama de recomendações,

que podem ser acertadas ou não. Assim, fazer o filtro do que é verdade ou não é muito difícil. É cada vez mais comum chegar aos consultórios médicos com dados fechados sobre o diagnóstico, baseado em informações da internet, podendo se tornar uma situação ainda mais difícil com o acesso a tratamentos por conta própria, com automedicação.

Um dos critérios de referência para o diagnóstico de TDAH é a desatenção. Contudo, não se leva em consideração que qualquer pessoa, em um determinado momento de sua vida, possa ficar desatenta, principalmente quando o objeto em que deve prestar atenção não lhe causa interesse, o que não seria uma doença, mas algo comum. No que se refere às crianças, essa falta de atenção não seria ainda mais corriqueira? Principalmente se considerarmos as dificuldades vividas no âmbito escolar, como salas lotadas, com pouco espaço e desconfortáveis, conteúdos muitas vezes desinteressantes várias tarefas a serem cumpridas? Professores mal remunerados, trabalhando com grupos numerosos, quase sempre não podendo produzir junto com as crianças modos de lidar com as dificuldades delas? São vários os fatores que causam desatenção em uma criança quanto ao que se espera dela.

Como apontado anteriormente, a grande dificuldade com relação a essa gama de informações está relacionada à confiabilidade, o que pode ser conferido pelo teste feito sobre o TDAH. Diversos outros sites possuem mecanismos parecidos e, ao responder a certas questões, você termina com um possível diagnóstico, com o tratamento a ser seguido. Em alguns sites é possível fazer perguntas sobre seus sintomas e receber respostas imediatas sobre o que está sentindo e como conduzir determinada situação.

Por meio da internet também é possível comprar medicamentos de tarja preta, mesmo sendo proibido,

Os principais 'pontos de venda' na internet são fóruns de discussão e sites que são frequentemente desativados e reativados em outros endereços. Os detalhes da compra são feitos por e-mail por envolver dados pessoais do comprador. Os medicamentos vendidos são principalmente estimulantes e antidepressivos, e nos fóruns também são discutidas as melhores posologias e outras drogas indicadas para o problema apresentado (ITABORAHY, 2009, p. 40).

Ou seja, o uso de certos remédios pode ser bem maior do que os divulgados oficialmente, visto que a internet é um “mercado livre” para se comprar e vender todos os tipos de medicamentos, basta entrar no Google e digitar o nome da medicação desejada para encontrar diversos anúncios oferecendo o remédio sem receita. Para além, muitos laboratórios de medicamentos patrocinam determinados sites, o que pode gerar efeitos, por exemplo, utilizando a divulgação de diagnósticos para os quais seus produtos são indicados.

De acordo com Moynihan e Cassels (2007), a técnica mais importante de marketing e que mais surte efeito sobre a venda de doenças é a produção de medo.

A venda de doenças é feita de acordo com várias técnicas de marketing, mas a mais difundida é a do medo. Para vender às mulheres o hormônio de reposição no período da menopausa, brande-se o medo da crise cardíaca. Para vender aos pais a ideia segundo a qual a menor depressão requer um tratamento pesado, alardeia-se o suicídio de jovens. Para vender os medicamentos para baixar o colesterol, fala-se da morte prematura. E, no entanto, ironicamente, os próprios medicamentos que são objeto de publicidade exacerbada às vezes causam os problemas que deveriam evitar (p. 4).

Nosso medo, nossas angústias e sofrimentos foram absorvidos por uma lógica de mercado e transformados em doenças, em que uma ou várias pílulas a serem consumidas diariamente passam a ser uma medida prática de resolução dos problemas que atravessam nossas vidas – é a saúde em pílulas. Desse modo, com base no medo criam-se doenças que têm o propósito de atingir a todos, pois ficamos preocupados em reconhecer seus sinais para poder manter uma vida saudável, o que amplia ainda mais o número de medicamentos e de doenças.

Ao perceber a força de transformar qualquer sensação em doença e, assim, levar o indivíduo a um médico e este lhe medicar, a indústria farmacêutica, com o uso das propagandas,

Á medida que recria valores, institui crenças e promove novas práticas, a propaganda de remédios, além de seu papel explícito na ampliação do mercado, cumpriria também, uma via ideologia implícita, um papel de reprodutora e mantenedora da ordem social vigente. Nesse sentido, os anúncios de produtos farmacêuticos são um dos principais responsáveis pela atual forma de medicalização da sociedade, cuja principal característica é a redução de quase todas as questões da vida a termos químicos (DANTAS, 2010, p. 137).

Como presenciado, pais, mães, professores e escolas, diante de certos comportamentos das crianças, recorrem aos diagnósticos médicos, à medicação como forma de cura de uma doença criada, apagando suas participações nesses comportamentos. Isso contraria o ideal, a de que a medicação seria a salvadora das crianças e as tornaria mais felizes, o que se percebe é que “Ao contrário, são crianças quimicamente dependentes e contidas, e famílias reféns, consumidoras de serviços profissionais que prometem enquadrar aquelas crianças no padrão estabelecido e exigido socialmente” (GUARIDO; 2010, p. 48).

O uso indiscriminado de medicamentos tornou-se uma grande preocupação relacionada às crianças. No âmbito escolar, as medicações que estão mais em voga são a Ritalina e o Concerta, indicados para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo que a Ritalina também é indicada, com restrições, para tratamento de narcolepsia e para obesidade. O TDAH é considerado uma doença de alta prevalência em crianças em idade escolar e tem gerado um vasto mercado corporativo.

De acordo com Itaborahy (2009), a principal diferença entre a Ritalina e o Concerta está relacionada ao tempo de absorção, “Sendo o Concerta liberado no organismo mais lentamente, o paciente necessitaria ingerir o medicamento somente uma vez ao dia, diferente da Ritalina, prescrita em duas ou, menos frequentemente, em três doses diárias” (p. 38).

O Brasil é o segundo país que mais consome o cloridrato de metilfenidato, sendo este o princípio ativo de medicamentos como a Ritalina (Novartis) e o Concerta (Jansen), hoje comumente chamadas de “droga da obediência” (MOYSÉS; COLLARES, 2013). De acordo com a Nota Técnica: O Consumo de Psicofármacos no Brasil, Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014) publicado em junho de 2015, “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” (p. 6).

Como aponta Monteiro (2006), enquanto se permanece olhando fixamente para o TDAH e o uso de Ritalina, outras “novidades científicas” vem ganhando espaço.

É o caso do transtorno desafiador de oposição (TDO), considerado um transtorno disruptivo, caracterizando-se por desobediência, comportamento hostil e desafiador. O diagnóstico TDO aparece como um novo mercado para absorver os produtos farmacêuticos, novos ou velhos. Dessa forma, são prescritos para crianças portadoras de TDO: estimulantes (Ritalina) no caso de TDO comórbido com TDAH e ácido valpróico (Depakene), haloperidol (Haldol), risperidona (Risperdal) e lítio (Carbolitium) quando há instabilidade de humor observável (p. 92).

Apesar do uso de outros fármacos, já que se considera que junto ao TDAH há uma série de comorbidades, ainda assim a Ritalina é a mais expressiva entre eles, sendo esse transtorno amplamente divulgado como a doença psiquiátrica mais comum da infância. O processo de ampliação da divulgação da Ritalina contribui para entender o papel da mídia sobre seu consumo.

Itaborahy (2009), em concordância com as pesquisas realizadas por C. Phillips em 2006, sobre como a indústria farmacêutica pode influenciar a prescrição de metilfenidato com materiais direcionados aos professores, apresenta que, sendo tratados como auxiliares no diagnóstico das crianças, parte importante das divulgações em torno do tratamento do TDAH é direcionada para eles, oferecendo atualizações profissionais e fazendo sempre ligação com os produtos a serem divulgados,

[...] estratégias publicitárias “disfarçadas de educação profissional”, como sites informativos produzidos pelos laboratórios voltados aos professores, linhas telefônicas para informação sobre o TDAH (“Pergunte aos especialistas”), apoio a associações, com distribuição de kits contendo informações sobre TDAH, etc. (p. 37).

Inclusive no site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) existe um sitio direcionado aos professores intitulado “Dicas aos Educadores”, com orientações de como lidar com seu aluno, pois no artigo consta que “O Professor é um dos grandes observadores de nossas crianças, é quem as conhece como poucos, pois consegue manter o olhar individual, mesmo em meio a uma “multidão”¹⁴.

Há também cartilhas direcionadas aos profissionais professores; uma delas é a “TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade. Uma conversa com educadores”, apontando que:

¹⁴ <http://www.tdah.org.br/br/dicas-sobre-tDAH/dicas-para-educadores.html>

Entretanto, é importante ressaltar que desde 1937 os estimulantes vêm sendo utilizados no tratamento do TDAH. Dentre os estimulantes do sistema nervoso central, o metilfenidato é o único aprovado no Brasil para o TDAH. Já foi demonstrado como sendo eficaz e seguro em mais de 200 ensaios clínicos desenvolvidos com o máximo rigor metodológico. Os principais efeitos adversos do metilfenidato são: perda do apetite, irritabilidade, alteração do sono (insônia), dores de cabeça, dores abdominais (p. 26).

Aparenta ainda que, caso o paciente não melhore com o uso do medicamento, outros poderão ser utilizados, como “Por exemplo, antidepressivos tricíclicos, clonidina, bupropiona, atomoxetina, emodafinil, porém, sem indicação aprovada para TDAH no Brasil” (p. 27). Indica, inclusive que, além do diagnóstico de TDAH, é possível que a pessoa tenha outras comorbidades, ou seja, ela pode ter outros diagnósticos. Essa associação também publica textos direcionados tanto a profissionais quanto para leigos, fornecendo várias explicações sobre o assunto.

De acordo com Itaborahy (2009), o site ABDA é o mais divulgado nas revistas, jornais e nos materiais promocionais dos fabricantes, além disso, tem vários associados e é patrocinada pelos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis, que são os laboratórios responsáveis pela produção do Metilfenidato no Brasil.

É importante indicar que não será nosso objetivo de análise a investigação aprofundada dos referidos transtornos no que refere a sua veracidade, sua epidemiologia e sua terapêutica. O que se pretende destacar é a reflexão quanto ao processo de medicamentação das crianças no ambiente escolar e como a Ritalina se tornou, por meio de sua divulgação, um aparato tão comumente difundido e utilizado.

Herrera e Rohden (2015), ao analisar propagandas veiculadas em diferentes revistas científicas de 1956 a 1979 sobre a Ritalina mostram que o material de publicidade da droga foi um esforço na tentativa de estabelecer seu uso no mercado e de ligá-la a alguma doença. De 1956 ao final da década de 1960 era anunciada como capaz de tratar vários diagnósticos, como narcolepsia, depressão leve e fadiga crônica, sendo seu público-alvo os adultos, tanto homens quanto mulheres.

Para as mulheres, as propagandas eram apresentadas como solução para incapacidades e dificuldades em realizar os serviços domésticos, sendo elas

apresentadas como donas de casa dedicadas aos cuidados dos filhos; já os homens precisavam do remédio para tratar de problemas passageiros relacionados ao trabalho, representados como trabalhadores corporativos (HERRERA; ROHDEN, 2015). Nessa época, para crianças com problemas de comportamento eram utilizados tranquilizantes, pois eram considerados mais eficazes a elas, o que também era divulgado por meio de propagandas (ITABORAHY, 2009).

Ao ser oferecida como capaz de tratar diversos diagnósticos, relacionava-se a Ritalina aos efeitos normais do envelhecimento, como a indisposição, por exemplo. Como não havia uma definição ou uma indicação precisa, permitia-se uma constante modificação na indicação de seu uso, chegando a ser prescrita como eficaz no tratamento do alcoolismo, para o qual foram utilizados estudos clínicos como justificativa, reforçando e firmando ser uma droga segura, eficaz e com poucos efeitos colaterais (HERRERA; ROHDEN, 2015).

Somente em 1961 a Ritalina foi aprovada para o uso em crianças, estando diretamente relacionada com a emergência de um novo transtorno: a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), “uma classificação pouco definida, caracterizada por transtorno de comportamento, de linguagem, e de aprendizado, associados a uma causa orgânica imprecisa” (CALIMAN, 2006, p. 108), que já era uma substituição, ou melhor, uma renomeação de Lesão Cerebral Mínima (LCM). Como não era possível comprovar uma lesão cerebral, em um simpósio em 1962 mudou-se de lesão para disfunção, atribuindo os distúrbios de aprendizagem e de comportamento a essa disfunção.

A partir de 1970, observa-se uma ênfase na publicidade voltada para meninos com problemas relacionados com o DCM, concentrando seu diagnóstico na desatenção, o que poderia ocorrer com ou sem o elemento da hiperatividade (CALIMAN, 2006). A primeira publicação direcionada para as crianças foi mais detalhada e sofisticada do que as anteriores, aparentando mais cientificismo do que as direcionadas aos adultos. Passou, então, a se consolidar nos meios médicos e leigos como ferramenta útil para o tratamento de crianças com problemas de comportamento, principalmente no contexto escolar.

Desse modo, os adultos deprimidos deixam de ser o foco e este passa a ser as crianças. Como a Ritalina e o DCM foram promovidos simultaneamente, as publicações referentes à medicação investem bastante na ligação entre a condição do DCM e a eficácia da Ritalina. As campanhas publicitárias desenvolvidas nessa época reforçaram a associação dos comportamentos de inquietude e hiperatividade com o gênero masculino e efetivou o uso da Ritalina como droga para o tratamento primordial de meninos impulsivos (HERRERA; ROHDEN, 2015).

Então, em 1980, com a elaboração do DSM III, e toda a gama de produções e transformações modificou-se a nomenclatura novamente e, como já abordado, o Desordem do Déficit de Atenção (DDA) passou a se configurar como uma categoria psiquiátrica. Cada vez mais a pesquisa científica ganha espaço na busca por um elemento biológico, principalmente as pesquisas relacionadas à neuroimagem, sendo as técnicas mais conhecidas a Tomografia Computadorizada (TC) e a Eletroencefalografia Quantitativa (qEEG), na tentativa de encontrar uma forma objetiva para o diagnóstico de DDA, que ainda são utilizadas até hoje para a identificação de biodiagnósticos psiquiátricos (CALIMAN, 2009). Nessa mesma época, o foco da hiperatividade mudou e se tornou a dificuldade em manter a atenção, mantendo o mesmo tratamento, mas, o diagnóstico passou a ser mais inclusivo. A nomenclatura de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade surgiu pela primeira no DSM IV, em 1994 (CALIMAN, 2006).

Itaborahy e Ortega (2013) apontam que “Em 1970, já se estimava que 150.000 crianças norte-americanas faziam uso de estimulantes. Em 1987, esta estimativa passou para 750.000 crianças em idade escolar. Em 1995, este número alcançava mais de 2,6 milhões” (p. 804). De acordo com Caliman (2006), nos anos 90 houve uma explosão de publicações sobre o TDAH e o uso do metilfenidato, consagrando-o como o mais conhecido e utilizado para o tratamento do transtorno, o psicoestimulante mais consumido no mundo. Nesse período, o TDAH passou a ser reconhecido como uma doença crônica e incurável.

Segundo Itaborahy (2009):

A indissociabilidade TDAH-Ritalina construída ao longo dos anos, principalmente anos 80 e 90, faz com que a ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH, recorrentemente pleiteada nas publicações

das revistas médicas, necessariamente amplie o “uso médico” do metilfenidato. Estes artigos, em geral, são justificados por uma preocupação de que estes casos limiares não fiquem sem diagnóstico, impossibilitando seu tratamento, o que quase sempre significa tratamento medicamentoso. Com a ampliação dos critérios para inclusão diagnóstica, amplia-se por consequência o uso de medicamentos destinados a tais diagnósticos (p. 51).

O uso do medicamento foi se ampliando, sendo conhecido hoje como a droga que conserta. Interessante ressaltar que o TDAH apareceu no DSM V como pertencente à classificação dos Transtornos do desenvolvimento neurológico, diferente do DSM-IV, em que pertencia aos transtornos diagnósticos percebidos pela primeira vez na infância ou na adolescente, que foi uma parte retirada no DSM V, ampliando ainda mais a faixa etária de diagnóstico e, como já dito, as patologias também.

De acordo com o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2014).

Com isso, pode haver aumento na variedade de sintomas avaliados e redução na exigência de que os mesmos sejam realmente graves e intensos o suficiente e que justifiquem o tratamento medicamentoso para o TDAH. Tais expectativas flexibilizam os critérios diagnósticos e incluem os adultos, ampliando a população sujeita ao uso do metilfenidato (p. 4).

O diagnóstico dessa patologia tem sido amplamente estudado no campo da neuropsiquiatria, sendo considerado um dos mais controversos da época atual, uma polêmica de interesse internacional que desconsidera barreiras sociais e culturais, e também discutido por profissionais importantes das ciências humanas, sociais, e da neuroética (CALIMAN, 2008).

A grande preocupação em torno do imenso uso do metilfenidato são seus efeitos secundários e a longo prazo. Enquanto uns enaltecem seus efeitos milagrosos, com sua rapidez e eficácia na mudança de comportamentos considerados prejudiciais, outros veem com preocupação o abuso da droga. Segundo Caliman (2009),

o foco das pesquisas tem sido na intervenção medicamentosa; raros são os estudos sobre os efeitos de longo prazo (long-term studies) no que diz respeito ao risco e à efetividade do tratamento medicamentoso; constata-se uma ausência de informação sobre resultados de longo prazo do medicamento no desempenho educacional e ocupacional do indivíduo com TDAH; não há consenso entre os profissionais da saúde; e pacientes com vários problemas de atenção e atividade e pacientes sem o diagnóstico podem ser

beneficiados pelo uso de medicamentos usados para tratar o TDAH (p. 142)

Itaborahy e Ortega (2013), ao analisar 30 artigos dos periódicos de psiquiatria, apontam que 18 deles ressaltam os efeitos positivos da utilização do metilfenidato referentes aos sintomas de TDAH. Relatam também que o medicamento causa baixa toxicidade, tem segurança clínica e boa tolerância, sendo superior se comparado a placebos, assim como em relação ao tratamento psicoterápico (terapia cognitivo-comportamental), ou até mesmo sendo considerado superior quando existe a combinação entre o fármaco e a psicoterapia comportamental. Ressaltam também a melhoria no desempenho acadêmico, na qualidade do sono, inclusive em testes de processamento auditivo em crianças com TDAH após o uso do medicamento.

De acordo com Guarido (2007), em se tratando de termos terapêuticos, as terapias cognitiva-comportamentais são as únicas atualmente aceitas como válidas pelo saber médico, ou seja, quando se indica algum tratamento terapêutico, já há uma definição do que seria ideal.

Assim, vemos as crianças e suas famílias submetidas ao poder exercido pela constituição de um domínio de saber médico-psicológico sem que o contexto de seus sofrimentos, bem como sua possibilidade de tratamento, sejam orientados para outras formas de consideração da subjetividade que não a normalizante e de 'treinamento' (p. 156).

Quanto à possível causa de dependência química apontam que o metilfenidato não causa dependência e ainda evita abuso de outras substâncias no futuro. Contrariamente, Itaborahy e Ortega (2013) apontam que:

Segundo a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina o metilfenidato é uma anfetamina de uso médico, e pode causar dependência, assim como qualquer anfetamina. Esta indicação também é encontrada na bula do medicamento (p. 806).

Mas o que é divulgado é que o medicamento tanto ajuda, com previne, mesmo que os autores não tenham encontrado resultados de sua eficácia na prevenção. Nas publicações voltadas para o grande público, além dos já citados benefícios, elas utilizam o depoimento e os relatos dos seus benefícios, principalmente de crianças, que exaltam as melhorias no desempenho escolar, e de adultos afirmando uma melhora financeira, pelo melhor desempenho no trabalho, além do controle da impulsividade e também nas relações amorosas.

Nos periódicos de psiquiatria analisados, apenas 13 apontam os efeitos colaterais do medicamento,

Efeitos adversos com ocorrência mais frequente: dores de cabeça, redução do apetite e conseqüente perda de peso, insônia, dores abdominais e redução do crescimento. Efeitos adversos com ocorrência menos frequente: dependência, aumento da irritabilidade em pacientes com TDAH, piora dos sintomas de hiperatividade, náusea, taquicardia, aumento da ansiedade e potencial de abuso do medicamento (ITABORAHY; ORTEGA, 2013, p. 810).

Alguns autores, como Moysés e Collares (2013), alertam que o mecanismo de ação do metilfenidato é o mesmo da cocaína, um psicoestimulante poderoso, que provocaria uma dessensibilização de situações comuns da vida que provocariam prazer, as brincadeiras, a alimentação, as interações sociais, os afetos, levando a uma procura por prazer artificial, culminando no uso de drogas ilícitas. Para além, podem causar excitação psicomotoras, medo, insônia e mania de perseguição, sua suspensão após um longo tratamento poderia causar sintomas de abstinência. Apontam também para a banalização do diagnóstico, trazendo consigo os estigmas e desconsiderando as questões sociais em que emergem o TDAH.

A Nota Técnica: O Consumo de Psicofármacos do Brasil, Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014) (2015) salienta que há em períodos de recesso escolar uma acentuada queda de consumo da Ritalina, contudo seu consumo cresce concomitantemente ao longo do ano letivo, com aumento nos períodos em que há eminência de reprovação escolar. A região Sudeste é a de maior prevalência no consumo, entre o 1º semestre de 2009 e o 1º semestre de 2014, o Estado de São Paulo foi o responsável por 20% do consumo de todo o Brasil.

Com o amplo consumo de Ritalina, no dia primeiro de outubro de 2015 o Ministério da Saúde anunciou recomendações aos Estados e Municípios para que publiquem protocolos de dispensação de metilfenidato. Tal texto segue recomendações nacionais e internacionais para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Segue orientações da 26ª Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) do MERCOSUL, realizada em 6 de julho de 2015, em Brasília, que afirmou a importância de garantir o direito de crianças e adolescentes de não

serem excessivamente medicados e recomendou o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos (BRASIL, 2015 c). De acordo com este documento:

Dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de medicamentos indicam que o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo de metilfenidato com cerca de 2.000.000 de caixas vendidas no ano de 2010. Dados recentes do instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ) apontam um aumento no consumo de 775% nos últimos 10 anos no Brasil (BRASIL, 2015 c, p. 2).

Com isso, recomenda que Estados e Municípios aumentem o controle tanto sobre as prescrições quanto sobre a distribuição do medicamento, na tentativa de diminuir seu uso abusivo. Tal documento ainda pontua que a estimativa de prevalência do diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes é bastante discordante, sendo que no Brasil foram encontrados dados de 0,9% a 26,8%. O mesmo aponta que o TDAH não pode ser confirmado por nenhum exame laboratorial ou de imagem, o que gera, inclusive, questionamentos quanto a sua existência enquanto diagnóstico clínico. E os custos anuais de tratamento, segundo estudo publicado em 2014, variam de R\$ 375,40 até R\$ 4.955,38 (BRASIL, 2015 c).

Não se está retirando a importância da medicação, muito pelo contrário, ao utilizá-lo muitas pessoas vivem mais e bem melhor. Contudo, os medicamentos não são substâncias que passam por nós ilesas e sem causar qualquer mal. O que se está considerando é que determinadas formas de produção de conhecimento, de divulgação e de apreensão no campo da indústria farmacêutica podem criar realidades, sejam elas de doenças, de tratamentos, de práticas sociais, institucionais, políticas e/ou culturais.

Todas essas práticas citadas produzem uma articulação entre as especificidades do mercado de medicamentos, construindo e fazendo propagar novas doenças, e o funcionamento da psiquiatria marcada pelo uso do DSM e por seu discurso biológico. A mídia cria alertas, faz do medo uma ferramenta para que cada um procure reconhecer sua possível patologia, as indústrias fomentam pesquisas, reforçando a biologização das doenças criadas por ela e a dependência da prescrição médica, prescrição que está atrelada ao DSM. Um círculo vicioso e um processo de patologização interminável. Como apontou Foucault (2010) ao afirmar que práticas

discursivas, seguidas de certos ordenamentos empreendiam monstros, mas mudaríamos os monstros por doenças.

[Narrativa]

No pátio, entre o almoço e a aula, as crianças brincam, uns jogam cartinhas, outros brincam no celular, outros correm, apesar de ser proibido.

Seu olhar percorre cada criança, e dá informações quanto a seu jeito, sua família, um pouco da história de cada um. Um deles sentado recebe elogios quanto a sua mudança de comportamento, o que antes não queria brincadeiras, nem jogos está brincando com um grupinho no chão. Sua nova postura é ligada diretamente ao uso da Ritalina.

– Depois que passou a tomar Ritalina ele mudou muito. Apontam.

– Só fica difícil quando não toma. Aí não quer brincar, fica viajando.

Apontam que algumas mães dizem não ter condições de comprar o remédio, dizem que a mudança nas crianças é rapidamente percebida. Olham e já sabem. Com contato de um farmacêutico, ligam para saber se o valor do remédio é tão alto para que não consigam comprar. A resposta é rápida, R\$ 20,00, a caixa. Entre comentários sobre o valor ser baixo e sobre as famílias, pergunto se são muitas crianças que consomem o medicamento.

Com o conhecimento sobre delas, vai olhando, apontando, e identificando os que tomam; afirma que além de Ritalina, tem outros que também tomam Risperidona e outros medicamentos.

– Uns tomam 10 miligramas, outros 20 mg; aquele ali toma 36 mg de Concerta, uns tomam duas vezes ao dia e outros tomam uma, pois ficam na escola os dois turnos.

Pergunto sobre os encaminhamentos, como são feitos. Apontam que a maioria é feita com base no que é observado pelos professores em sala de aula. Assim, os responsáveis são chamados a comparecer e indicam a necessidade de acompanhamento médico e conseqüentemente de remédio. Olhando para as crianças, apontam duas que a escola fez o pedido de encaminhamento a um médico e passaram a tomar medicação

– Eles vivem fora do mundo, não aprendem e não conseguem se concentrar. Para um, o remédio ajudou e adiantou muito, mas para o outro não. Já conversamos com a família, mas ainda não resolverem, que é preciso outro medicamento que o ajude, já que este não está resolvendo.

5. Considerações Finais

“Que quer dizer „cativar“? É uma coisa muito esquecida, disse a raposa. Significa criar laços”. (O Pequeno Príncipe de Antoine de Saint-Exupéry)



[Narrativa]

O menino de ferro

É dia de fantasias, estranho seria se ele não viesse com uma fantasia forte, estranho seria se sua força não viesse estampada em si.

Pequeno, franzino, veloz, ágil, maleável, habilidoso, inteligente, de ferro!

Gosta do personagem dos quadrinhos “o Homem de ferro”, sabe fazer coisas que seus colegas não conseguem; escala árvores, pula escadas, faz escalada na grade, é o melhor nas corridas, pula corda, joga futebol. Não gosta de tarefas monótonas.

Gosta de matemática e de português, seu jeito pequeno e faceiro faz os mais durões abrirem sorrisos.

Um dia, várias crianças se esqueceram de trazer a blusa para trocar na hora do almoço, para irem limpinhos para a aula. Agendas a postos para deixar um bilhete.

– Na dele não! Fala baixinho para mim a professora.

– Mas o porquê? Pergunto sem saber de toda a história.

– Temos um certo cuidado com ele, algumas coisas precisam passar para não piorar sua situação em casa.

Ele disse que era de ferro!

O menino precisa ser de ferro.

Sua mãe, adepta do uso de drogas ilícitas, perdeu a sua guarda, não só a sua, mas de seu irmão mais novo também. O menino precisa ser de ferro.

Para não deixá-los ir para um orfanato, sua tia ficou com a guarda das crianças, sem querer, sem vontade. O menino precisa ser de ferro.

Mulher brava, nervosa, quando chamada na escola é agressiva. Já bateu no menino várias vezes. Disse para as professoras que não gostaria de tê-los, que se arrependeu, deveria ter deixado irem para o orfanato. Sua fama percorre os corredores, sua recusa aos meninos não é segredo para ninguém. O menino precisa ser de ferro.

A escola passa a ser cuidado, lugar de afago para as dores, lugar sensível, lugar de pouso, entre carinhos e correções. O menino que precisa ser de ferro também precisa de cuidados; embaixo de sua armadura tem um coração atingido por uma granada, foi preciso criar uma placa para preservá-lo.

E, assim, recados muitas vezes são “esquecidos”, travessuras são pagadas...

É preciso ser de ferro...

Esta dissertação termina com esta narrativa, o menino de ferro. Talvez você que acompanhou nosso percurso até o momento se pergunte o motivo de uma narrativa como esta. Respondo, querido leitor, esta narrativa faz parte da sensibilidade encontrada no dia a dia da escola, entre as mil dificuldades, em um lugar que tem-se pressa, corre-corre e todas as coisas já explanadas nas páginas anteriores; há sensibilidades, há possíveis.

Neste período de mestrado, nestes momentos de pesquisa de campo, diversas experiências aconteceram... Como já dito no início, este trabalho foi construído baseado no que ouvimos, falamos, silenciámos e vivemos. Infelizmente estas páginas não comportam tudo o que experienciamos nesses nove meses de pesquisa de campo. Nosso percurso foi direcionar nosso olhar para os processos de patologização, crianças resistências, como nossa menina que dança, o menino de ferro e tantos outros personagens, existências relâmpagos de nossa realidade.

Não buscamos o caminho da patologia, os olhares prontos, as famílias queixosas, os professores de “olhares clínicos”, as crianças diagnosticadas, percorremos um caminho, sem uma moral da história, verdades que precisassem ser reveladas ou metas a serem cumpridas. Fomos pelo caminho das práticas, às vezes, vistas claramente, às vezes praticadas tão naturalmente que nem nos damos conta que estão acontecendo.

Assim, foi preciso pinçar, realçar, dar cor e um pouco mais de clareza às práticas de patologização, fomos montando nossas narrativas, acreditando que com elas é possível operar mudanças, desnaturalizações, abrir brechas. Sabemos que considerar as “análises de práticas” não se limita a estas páginas, a esta dissertação, mas estas precisam ser utilizadas cotidianamente, em nossos encontros com nossas crianças e em qualquer campo de atuação, sejamos psicólogos ou não.

Desse modo, chegar às considerações finais não significa chegar a um fim. Não, querido, esse não é um fim, talvez um pequeno percurso, pequenos passos em uma inquietação vibrante, diária e constante da quem vê nas crianças a beleza e leveza de ser criança, que teima em ser o que é.

Nesses realces, nessa tinta mais forte, percebemos que estamos embebidos nos processos de medicalização, de medicamentação, de mercantilização e de patologização das nossas crianças. Naturalizamos práticas que individualizam e culpabilizam as crianças e suas famílias por suas dificuldades; as tentativas de enquadramento são variadas e pulsantes, o uso exacerbado de remédios se tornou imprescindível, a popularização de termos como TDAH e seu respectivo “controlador”, a Ritalina, se expande cada vez mais e mais.

Com a construção de uma normatividade amparada na concepção de que há um desenvolvimento normal em que a idade cronológica corresponderia a determinadas funções, habilidades ou comportamentos fomentam a busca por sinais físicos e comportamentais de algum desvio a ser remediado, consertado, apagado. Se uma criança não vai bem ou não se comporta da maneira desejada, logo alguém a diagnostica com déficit de atenção e aponta que precisa ser tratada.

Com ritmos cada vez mais velozes surgem propagandas, revistas, informações e ofertas, os imperativos: É preciso estar atento! É preciso prevenir! Circulam a todo o momento. Assim, as propagandas ganham relevância, o uso de meios de convencimento sejam eles quais forem. Os manuais estatísticos proliferam novas nomenclaturas, novas doenças. Brum (2013) aponta que ‘a psiquiatria conseguiria a façanha de transformar a “normalidade” em “anormalidade”. O “normal” seria ser “anormal”’, o DSM V influencia praticamente todos os países, é ele que define o que é ser normal em nossa época, um enorme poder.

Como a crítica de Allen Frances, “durante as duas últimas décadas, a psiquiatria infantil já provocou três modismos — triplicou o Transtorno de Déficit de Atenção, aumentou em mais de 20 vezes o autismo e aumentou em 40 vezes o transtorno bipolar na infância”. Há uma epidemia de TDAH, um excesso de diagnósticos e do uso de Ritalina, alterando a vida de milhões de pessoas.

Pensar sobre a controvérsia gerada pela nova “Bíblia da Psiquiatria” é pensar sobre algumas construções constitutivas do período histórico que vivemos. Construções culturais que dizem quem somos nós, os homens e mulheres dessa época. A começar pelo fato de darmos a um grupo de psiquiatras o poder – incomensurável – de definir o que é ser “normal”. E assim interferir direta e indiretamente na vida de todos, assim como nas políticas governamentais de saúde pública,

com consequências e implicações que ainda precisam ser muito melhor analisadas e compreendidas. Sem esquecer, em nenhum momento sequer, que a definição das doenças mentais está intrinsicamente ligada a uma das indústrias mais lucrativas do mundo atual (BRUM, 2013).

Para cada nova patologia, um novo mercado farmacológico, pois incentivaram as pessoas a acreditar que os remédios podem resolver todos os “problemas”, visto que nos anos cinquenta avanços médicos incríveis foram possíveis, criando os antibióticos. Nos anos setenta, a sociedade norte-americana acreditava ter uma fórmula de cura para muitos problemas humanos, na década de oitenta foi promovida a ideia de que se uma pessoa estivesse doente era por questões biológicas e químicas que seriam resolvidas com o uso de remédios e, assim, elas se sentiriam melhor. Estas mudanças promoveram uma nova forma de viver, iniciadas nos Estados Unidos e exportadas para todo o mundo, em que para tudo e a todo o tempo há uma pílula para resolver situações individuais.

Questões políticas e sociais foram transformadas em doenças individuais e deixam de ser cuidadas. Percebe-se que estamos sim, patologizando nossas crianças, diariamente, com pequenas doses ou grandes doses de palavras, de remédios, de olhares. E quando isso é dito, não estamos apontando para o professor, para o diretor, para os pais, para os médicos, para você ou para mim, estamos apontando para nós, todos nós diariamente.

Cabe por fim nos perguntarmos, sobre que futuro estamos construindo, ou talvez, desconstruindo. Transformar doenças mentais sonhos, utopias, devaneios, questionamentos, discordância, abortá-las com substâncias psicoativas pode possibilitar futuros diferentes (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 19).

Nossas crianças são os maiores alvos de dos processos que buscam padronizar, homogeneizar e controlar, processos que patologizam a vida. Toda essa complexidade pode nos deixar com a sensação de impotência, de fragilidade ante a redes tão complexas. Então, paremos um pouco, respiremos e busquemos parceiros para experimentarmos, para questionarmos, ousando construir possibilidades de mudança, sem rótulos e sem remédios.

6. Uma saída, um retorno...

[Narrativa]

Todos os dias, quando eu chegava, recebia um abraço caloroso, de quem está feliz em receber uma visita, um amigo querido. Foram dias assim, entre conversas e pausas, entre afazes e rotina.

Tivemos uma festa em comemoração aos aniversários do trimestre, uns brincam, uns cantam, uns dançam, uns comem.

A menina dorme. Deitada no chão forrado com cuidado, ela dorme.

– Sente alguma coisa? Está tudo bem?

– É só sono mesmo, nada demais.

Dias passados sem vê-la. Ao questionar sua ausência me dizem que está sob efeito de uma medicação, trocou o remédio que tomava e está em um período de adaptação, sente muito sono, então, era melhor ficar em casa.

Encontro seu abraço apertado no recreio. Digo sobre a falta que fez e como era bom o reencontro; entre brincadeiras e risadas, ela pergunta se houve passeio quando não estava, digo que sim. “Poxa, perdi! ” Pergunto o motivo da ausência.

– Muito sono, muito sono. Estou tomando um remédio que dá sono, difícil acordar cedo para estar aqui.

Mas que remédio seria esse que daria tanto sono. Clonazepam seu nome.

Questiono o porquê de tomar tal medicamento, se ela sabe os motivos.

– Sei, mas tenho vergonha, vergonha de falar.

– Mas você, com vergonha? Ela dá um sorriso faceiro.

– Tenho uma doença na cabeça, fiz um exame e deu epilepsia, tomo o remédio duas vezes ao dia, um de manhã e outra à noite, comecei a usar há dois anos, mas agora mudou, aí tenho sono, até me acostumar venho de vez em quando.

Mas você já teve epilepsia?

Uma vez há muito tempo, uma vez só, aí depois comecei a tomar remédio e nunca mais dei.

Sai brincando e correndo para aproveitar o recreio.

Nossa saída do campo ocorreu em festa, comemoração dos aniversariantes do semestre, entre abraços e perguntas sobre o porquê de nossa saída, nos despedimos. Saímos em conjunto, coincidência ou não, saiu a pesquisadora e todos osicineiros, como já dito, a verba acabou, o transporte para os passeios também.

Estanho seria não sentir falta de todos, nove meses entre idas e vidas aconteceram nesta pesquisa. Afagos, carinhos, angústias, encontros potentes se colocaram. Como se pode notar, estivemos implicados, o que não dependeu de nossa vontade; implicados sempre estamos, quer queiramos ou não

Tudo e todos estão implicados [...] todo conhecimento se produz em um campo de implicações cruzadas, estando necessariamente determinados neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, etc. (PASSOS; BARROS, 2009, p. 19).

Uma pesquisa-intervenção propõe a dissolução dos lugares, pesquisador e campo. Assim, trazemos em nossas narrativas, com nossos estranhamentos, nossas questões, nossos sentimentos, nossas falas, nossos silêncios e a todo o momento nos questionamos, nos colocamos em análise. Como pesquisa, como intervenção, queríamos amplos espaços de trocas, amplas conversas com professores, pedagogos, crianças e suas famílias. O feito? Perguntas, indagações sutis, silenciamentos por vezes, um outro jeito de agir com as interrogações relacionadas com nossa temática na busca por rachaduras possíveis.

A escola é tempo, tempo que corre e, nesse tempo possível para nós, esta pesquisa também se produziu em um tempo marcado. Era preciso escrever, era preciso colocar em papel, traçar linhas, colocar em palavras o vivido, aquietar o coração, deixar trilhas aparecerem, retomar caminhos, retroceder rotas, mexer, remexer, apagar, escrever. E assim o fizemos.

Escritas todas estas linhas, folhas, falhas, retornamos com a questão que nos acompanhou: como restituir? A pergunta ainda grita, ecoa nestas páginas: alguém ouve?

Ouvimos. E é então, com o intuito de discutir as questões colocadas em todo o nosso percurso que retornamos à escola para realizar a devolutiva da pesquisa. Esta restituição está para além de uma prestação de contas, mas uma postura ética em relação aos relatos e falas dos professores no início desta dissertação, suas indagações e reclamações encontram-se presentes, permitindo interlocuções para que este trabalho continue ativo em outras vozes. Assim como apontou Passos e Barros (2009, p. 173), “o registro do trabalho de investigação ganha, dessa forma, função de dispositivo, não propriamente para concluir o trabalho ou apresentar seus resultados finais, mas como disparador de desdobramentos da pesquisa”, uma forma de colaborar com as práticas escolares.

O que pretendíamos enquanto restituição aconteceu em um encontro, no qual os atores diretamente ligados a este trabalho foram convidados a participar, assim como os professores atuantes na escola que não estavam diretamente ligados ao contexto da pesquisa, mas que fizeram desta restituição um ponto de extrema importância, assim também, convidamos a diretora e a pedagoga.

Como pontuado, a escola é tempo, tempo que passa, passa rápido, sem tempo, sem pausa, sem tempo e, apesar dos elogios quanto a nossa postura ética de devolução e de retorno aos maiores interessados neste trabalho nem os professores, nem a diretora e nem a pedagoga puderam participar, pois estavam ocupados, sem tempo.

Nosso encontro se deu em uma sexta-feira, dia que é direcionado para que os integradores sociais e a coordenadora do programa se reúnam para discutir as atividades realizadas e planejar as atividades da próxima semana. Desta forma, realizamos nossa devolutiva com a coordenadora do programa, o Integrador Social

da turma da tarde, que continua sendo o mesmo que estava durante nossa pesquisa e, como apontamos no primeiro capítulo, quanto a rotatividade dos profissionais, conhecemos a nova Integradora da turma da manhã.

Com este grupo propomos a leitura de três de nossas narrativas para a discussão: Delicadezas, A menina dança e O menino de ferro. Escolhemos estas três por acreditarmos que com suas potências fosse possível estabelecer indagações, conversas e rachaduras, um encontro com múltiplas vozes e brechas para compormos um momento de trocas. E assim o fizemos, provocamos e fomos provocados.

Os relatos sobre a situação do Programa de Educação Integral no ano de 2016 não foram nada animadores, as verbas foram ainda mais reduzidas. Até o mês de agosto de 2016 (e assim seguiria até o final do ano), não foi possível a contratação de oficinairos, com uma localização privilegiada, os passeios e atividades fora do ambiente escolar passaram a ser primordialmente, ir à praia e praças próximas, pois o transporte dos alunos, que no ano de 2015 era semanal passou a ser quinzenal.

[DIÁRIO DE CAMPO]

Com ar de tristeza, a coordenadora comenta: “Contrataram os Integradores, mandaram vir para a escola e não enviaram verbas para as atividades nem para a contratação de oficinairos, foi como se dissessem: Se virem com o programa aí! E assim, a gente vai fazendo o Programa acontecer”.

As diminuições dos investimentos no Programa vêm deixando o trabalho dos profissionais ainda mais precário e difícil, reafirmando que o Programa se efetua, principalmente, pela aposta de seus profissionais, estabelecendo novas formas de trabalho e de manejo diante das dificuldades. Continuamos em um descompasso entre a legislação e a efetivação da Educação Integral.

Para além das dificuldades da efetivação do Programa, a separação visível, entre as atividades do Integral e do turno regular, perpassamos o nosso tema principal: a medicalização das crianças. Sem vítimas ou algozes, a produção de análise do cotidiano foi possível, estamos imersos em uma lógica patologizante e individualizante, o que não exime nossa responsabilidade frente as práticas que

afirmamos diariamente. Práticas que precisam ir para além desta lógica, precisamos afirmar que existem outros modos de se colocar no mundo e de experienciar a infância. Percorremos nosso trabalho enfatizando os temas que, para nós, tem maior relevância e que fazem parte do dia-a-dia dos trabalhadores do nosso campo de pesquisa.

Assim, almejamos com esta dissertação dar nossa contribuição para a análise dos processos de patologização que ocorrem no campo escolar. Acreditando que as questões colocadas neste estudo podem servir para fomentar outras pesquisas, visto a emergência nas discussões relativas aos processos de medicalização e medicalização que estão cada dia mais presentes.

7. Livros com desenhos e diálogos

[...] uma ou duas vezes ela tinha espiado no livro que a irmã estava lendo, mas o livro não tinha desenho, nem diálogos. “E de que serve um livro” pensou Alice, “sem desenhos e diálogos?” CARROL, 1999, p. 13).

AGUIAR, A. A. “Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea”. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003, SUB-TEMA: 2.D.

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. (trad. Dora Flaksman) 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BAUTHENEY, K. F. Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico. Tese de doutorado, São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Programa Mais Educação: passo a passo. - Brasília, 2013. In.: <<http://educacaointegral.mec.gov.br/images/pdf/documentos/Passo-a-Passo2013.pdf>>

_____. Manual da Educação Integral para Obtenção de Apoio Financeiro Através do Programa Dinheiro Direto na Escola – PDDE/Integral, no Exercício de 2010. In.: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8143-c-manual-pdde-2010-educacao-integral-pdf&Itemid=30192>.

_____. Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2009.

_____. MEC. Série Mais Educação: Cartilha Caminhos para elaborar uma proposta de Educação Integral em Jornada Ampliada, SEB/MEC, 2011.

_____. MEC. Secretaria de Educação Básica. Manual Operacional De Educação Integral- Brasília, 2014. In.: http://educacaointegral.mec.gov.br/images/manual_operacional_de_educacao_integral_2014.pdf.

_____. MEC. Secretaria de Educação Básica. <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/211-noticias/218175739/19066-recursos-repassados-as-escolas-garantem-a-jornada-integral>

_____. Portaria Normativa Interministerial n. 17, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa Mais Educação que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades socioeducativas no contraturno escolar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2007.

_____. Programa Mais Educação (PME): Impactos na Educação Integral e Integrada em Vitória/ES. 2015a. In: <http://teiaufmg.com/wp-content/uploads/2015/11/RELAT%C3%93RIO-VIT%C3%93RIA-ES.pdf>

_____. Observatório do Plano Nacional de Educação (PNE)- Metas para Educação Integral 2015b. In: <http://www.observatoriodopne.org.br/metas-pne/6-educacao-integral>.

_____. Recomendação do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicação de crianças e adolescentes. 2015c. In.: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda----es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza----o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>

BRATS - Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde Ano VIII nº 23| março de 2014.

BRUM, Eliane. Acordei doente mental. 2013. In. <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>

BARONI, D. P. M., VARGAS, R. F. S. e CAPONI, S. N. Diagnóstico como nome próprio. In. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a09.pdf>. 2010.

BRZOZOWSKI, F.S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade Medicalização, classificação e controle dos desvios. Dissertação de mestrado. Florianópolis. 2009.

BRZOZOWSKI, F.S. Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950. Dissertação de mestrado. Florianópolis, SC. 2013.

BRZOZOWSKI, F.S. e CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.4, pp.1165-1187.

BRZOZOWSKI, F. S. e CAPONI, S. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2013, 33 (1), 208-221.

BRZOZOWSKI, F. S. e CAPONI, S. Gestão da Assistência Farmacêutica Módulo Optativo: Conteúdos optativos -UnA-SUS—Especialização a distância. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

CALIMAN, L. V. A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____. O TDAH: ENTRE AS FUNÇÕES, DISFUNÇÕES E OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008.

_____. A Constituição SócioMédica Do “Fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*; 21 (1): 135-144, 2009.

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

CARROLL, Lewis. Obras escolhidas. Belo Horizonte: Itatiaia, 2 v. (Grandes obras da cultura universal; 19, 1999.

CAVALIERE, A. M.; Escolas de tempo integral versus alunos em tempo integral. Em Aberto, Brasília, v. 22, n. 80, p. 51-63, abr. 2009.

_____. Tempo de Escola e Qualidade na Educação Pública. In: *Educação & Sociedade - Revista de Ciência da Educação – Educação Escolar os Desafios da Qualidade*. Campinas: Cedes, Vol. 28. N.100. p. 1015-1033, outubro. 2007.

_____. Questões sobre uma proposta nacional de gestão escolar local. In: <http://www.anpae.org.br/iberolusobrasileiro2010/cdrom/10.pdf>. 2010.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. Biopolítica e Medicalização dos Anormais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19, [2], 529-549, 2009.

_____. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 833-852, 2011.

_____. Classificar E Mediar: A Gestão Biopolítica Dos Sofrimentos Psíquicos. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, Florianópolis, v.9, n.2, p. 101-122, Jul./Dez. 2012.

COIMBRA, C. e NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler, A. R. R.; Abrahão, A. L. e Coimbra, C. (Orgs.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói: EDUFF, 2008. Disponível em: <http://www.infanciajuventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>.

COLLARES, C. L.& MOISÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). In *Série Ideias nº 23*, São Paulo, FDE, pp. 25-31. 1994.

COUTO, M. C. V. Novos Desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: necessidade de construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: *Cadernos e textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2001.

DANTAS, J.B. Publicidade e Medicamentos: Um mundo de imagens e promessas. *Interação em Psicologia*, 2010, 14(1), p. 131-138.

FERNANDES, F. O., FERREIRA, J. H. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL: NOVOS DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO NO BRASIL. In: <http://funedi.edu.br/revista/files/numero3/n3%201semestre2012/7educacaoemtempointegral.pdf>. 2012.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir. O nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____, M. "A vida dos homens infames" in: *Ditos e escritos*, v. 4. Trad. Vera Lucia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2003.

_____, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: *Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. pp.335-351.

_____, M. *A verdade e as formas jurídicas*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France, 1973-1974*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, M. FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____, M. *Do governo dos vivos. Resumo dos cursos do Collège de França (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FREIRE, Paulo. *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GUARIDO, R. & VOLTOLINI, R. O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ? *Educação em Revista | Belo Horizonte | v. 25 | n. 01 | p. 239-263 | abr. 2009*.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

GUARIDO, R. O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ? *Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação*. Dissertação de mestrado. São Paulo, 2008.

GUARIDO, R. A Crítica À Medicalização Da Aprendizagem Na Produção Acadêmica Nacional. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos (pp. 27-39). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. Petrópolis: Vozes. 2005.

HECKERT, A. L. C. & ROCHA, M. L. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. *Psicologia & Sociedade*; 24(n.spe.): 85-93, 2012

HENNING, M. (2000). Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos do IPUB*, VI, 18, 123-132. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB.

HUNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Infância normal X "infância em situação de risco"; a produção social da diferença. In: II Seminário Internacional de Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais. Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/178-of7b-st3.pdf>>. 2003

HERRERA, M.; Rohden, F. Da depressão ao transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: Um estudo sobre a promoção publicitária do metilfenidato. Porto Alegre, 2015.

ITABORAHY, C. A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo. Rio de Janeiro – 2009.

ITABORAHY C, ORTEGA F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18(3):803-816.

LOBO, L. F. Monstros e degenerados. In *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, A. Avaliação Psicológica na Educação: mudanças necessárias. In Tanamachi, E.; Proença, M. ; Rocha, M. (orgs.). *Psicologia e Educação*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2a. Ed., 2000.

MACHADO, A. A produção de desigualdade nas práticas de orientação. 2008.

MONTEIRO, M. H. R. Medicalização da vida escolar. 2006. 100p. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MOYSÉS, M. A. A. e COLLARES, C. A. L. Controle e TESTE medicalização da infância. *Desidades* [online]. 2013, vol.1 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822013000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2318-9282.

MOTA, C. N.; O Programa de Educação em Tempo Integral a Prefeitura Municipal de Vitória: contribuições para a avaliação de suas implicações na gestão escolar. Dissertação de mestrado. Vitória/ES; 2013.

MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. Os vendedores de doenças. Do livro Bioética como novo paradigma. Ed. Vozes, 2007. Org.: M.L. Pelizzoli.

Nota Técnica: O Consumo De Psicofármacos No Brasil, Dados Do Sistema Nacional De Gerenciamento De Produtos Controlados Anvisa (2007-2014) (2015).

PAN M.A.G.S; FERACO C.A. Os sentidos da infância: um estudo sobre processos subjetivos na instituição escolar. *Interação em Psicologia*, 2005, 9(2), p. 371-380.

PASSOS e BARROS R. B. de. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓZIA, L. da (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulinas, 2009, p. 17-31.

RODRIGUES, J.T. A Medicação Como Única Resposta: Uma Miragem Do Contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan. /jun. 2003.

SANTOS, M. A. R. C.; A Educação Em Tempo Integral No Município De Vitória: A Experiência Do Brincarte. 2012.

SENA, T. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais, Dsm – 5 Estatísticas E Ciências Humanas: Inflexões Sobre Normalizações E Normatizações. R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis, v.11, n.2, p.96-117, Jul-Dez. 2014.

VEIGA-NETO. A. ; LOPES, M.C. Inclusão E Governamentalidade. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 947-963, out. 2007. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

VEYNE, P. Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992. pp. 151-181.

VITÓRIA. Documento do Programa Educação em Tempo Integral. Secretaria de Educação de Vitória: Vitória, 2010.

_____. Secretaria de Educação de Vitória. Programa Educação Integral. Disponível em <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/educacao-integral-leva-cultura-e-lazer-para-criancas-e-jovens>. Acesso em agosto de 2015.