

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

JANAÍNA RIBEIRO DE REZENDE

**Educação medicalizada e infância: histórias vividas por famílias da classe  
trabalhadora em uma UBS de São Paulo**

São Paulo  
2019

JANAÍNA RIBEIRO DE REZENDE

**Educação medicalizada e infância: histórias vividas por famílias da classe trabalhadora em uma UBS de São Paulo**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Parodi Svartman

São Paulo  
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rezende, Janaína Ribeiro de

Educação medicalizada e infância: histórias vividas por famílias da classe trabalhadora em uma UBS de São Paulo / Janaína Ribeiro de Rezende; orientador Bernardo Parodi Svartman. -- São Paulo, 2019. 206 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Medicalização da educação. 2. Fracasso escolar. 3. Queixa escolar. 4. Psicologia Comunitária. I. Svartman, Bernardo Parodi, orient. II. Título.

**Nome:** Rezende, Janaína Ribeiro de

**Título:** Educação medicalizada e infância: histórias vividas por famílias da classe trabalhadora em uma UBS de São Paulo

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

*Dedico esse trabalho aos tantos Michaels, Evertons, Wesleyes, Augustos, Gustavos, Luíças, Vinícius, Luanas, Iasmins, Wenders, Luíses, Larissas, Laylas, Layses, Cíntias, Thalias, Tainás, Igors, Raquelys, Lohanes, Vítores, Ryans, Jéssicas, Joãos, Paulos, Tiarajus, Daniels, Camilos, Vitóriaas, Ángelos, Marias, Maris, Carlos, Eduardos, Cristophers, Jeans, Rafaels, Eloíças, Cibelys, Jeniffers, Pedros, Isaiás e outras e outros sem fim...  
que já ouviram alguma vez na vida que não vão aprender,  
classificados como casos perdidos, preguiçosos ou burros...  
que já lhes foi anunciado que serão putas ou bandidos quando crescerem,  
ou que as faltas na escola foram comemoradas pelas professoras, caracterizando um dia de  
paz na sala de aula.*

*A todas as crianças que, espalhadas pelas quebradas do Brasil,  
mesmo frequentando a instituição de ensino todos os dias,  
saem da escola não alfabetizadas.*

*Àquelas que tomam remédios diariamente  
e que as escolas recusam receber se não estiverem medicadas.  
Às que recebem recomendações de estudar em casa,  
para não terem que frequentar a escola.*

*Às mães e pais que sofrem cotidianamente a culpa  
por não conseguirem “controlar” seus filhos.  
Às professoras que têm mais de 30 crianças na sala e precisam dar conta de tudo,  
mas não desistem.  
Às profissionais de saúde que recebem crianças e famílias em sofrimento por não se  
adaptarem à escola e acolhem essa demanda, com o cuidado que a questão merece.*

*Não estamos sozinhas!*

## AGRADECIMENTOS

Todos os agradecimentos começam admitindo que sem ajudas não seria possível realizar o trabalho. Nesse caso, a construção coletiva é uma marca profunda dessa tese, no sentido mais radical que isso pode assumir. Foi tudo compartilhado: desde o incentivo a prestar o processo seletivo e a própria inscrição; a escolha e a mudança do tema de pesquisa; o curso e os trabalhos das disciplinas; os lembretes da necessidade de fazer a matrícula semestral; as insistências por submeter o projeto para concorrer a bolsa; as aflições e (des)organização para escrever o relatório de qualificação e a tese; as participações em congressos e seminários; as tentativas de fazer um doutorado, junto às cirandas, formação de educadores, turmas de EJA, reuniões, encontros, viagens e militância; as idas a campo; as reflexões teóricas e metodológicas... E mais, conhecer as caras e histórias de algumas crianças que serão produtos do fracasso escolar; as agonias de pesquisar o que me dói... Para todas essas responsabilidades que a elaboração da tese envolveu, muitas pessoas gentilmente cederam ouvidos, colos, conselhos, referências bibliográficas e trabalho, contribuindo pra que fosse possível. De fato, sozinha, eu não conseguiria.

Muito obrigada a minha família, que acolheu e entendeu o tamanho da empreitada em que eu me metia. Ao pai, pelo estímulo a sempre estudar e buscar saber mais. À mãe, por ouvir e socializar casos de medicalização, pelo exemplo em cuidar com muito carinho de tanta gente. À Renata, André e Samuel, por acreditarem que eu daria conta. Aos tios, primos e familiares, por se interessarem e me apoiarem.

Valeu, Mari, por me motivar a doutorar, por me inscrever, me lembrar das datas, por compartilharmos as ansiedades e as buscas por soluções dos problemas! Paulinha, devo a você o gesto bondoso de abrir as portas do campo de pesquisa, com tanta generosidade, me inspirando a acreditar numa psicologia comprometida com a transformação social. Além disso, valeu Eli, Paulis e Ciça, pelos rangos, pela compreensão das bagunças e desesperos. Às amigas e aos amigos inúmeros, sou grata pelas conversas no ponto de ônibus, intervalos de reunião, mesas de bar, que foram fundamentais pra seguir caminhando. Obrigada à companheirada que me convenceu que esse tema pode ser relevante, que a classe trabalhadora precisa conhecer as engrenagens de funcionamento da medicalização, pra resistir a essa dominação.

Reconheço especialmente as contribuições das crianças das cirandas, das quebradas, do posto de saúde, filhas de alunas da faculdade que trabalhei. Leminski disse que *“Nesta vida, pode-se aprender três coisas de uma criança: estar sempre alegre, nunca ficar inativo e chorar com força por tudo o que se quer.”*. Avalio que além dessas três coisas, é possível aprender bem mais. Elas me ensinaram que sempre é possível aprender! Eu aprendi demasiado e ainda tem um bocado de coisas que eu não sei.

Todas as professoras e professores, que cruzaram meu caminho, contribuíram pra esse trabalho. Agradeço à Rose, que me ensinou a pesquisar, aos educadores e a toda Turma Tekoha Guarani do curso Trabalho, Educação e Movimentos Sociais por engendram uma formação que aliou teoria materialista histórica dialética com vivência organizativa.

Agradeço ao Bernardo, por orientar minha confusão com tanta paciência e dedicação, por respeitar meus tempos e intensidades, por tentar garantir os prazos e os protocolos. Aos professores da banca de qualificação, Adriana e Gustavo, muito obrigada pelas sugestões

(inclusive pelas que eu não segui), a oportunidade de apresentar o trabalho a vocês possibilitou que várias questões fossem amadurecidas. Às professoras e professores da banca de defesa, meus agradecimentos antecipados, por aceitarem participar desse processo e se disporem a ler o presente trabalho. Estou certa que as contribuições de vocês serão muito valorosas para encerrar esse ciclo e, motivadoras para seguir...

Às companheiras de orientação, os debates, conselhos e dicas foram sempre frutíferos. Trabalhadoras do PST, em especial Rosângela e Nalva, muitíssimo obrigada por todas os favores, lembranças e atenção que me deram. Vocês foram essenciais pra que eu não fosse engolida pela burocracia universitária!

Obrigada à CAPES, por financiar a realização dessa pesquisa, por meio da bolsa de doutorado. Essa condição permitiu que me dedicasse ao estudo e pudesse chegar até aqui.

Por fim, Guimarães Rosa afirma que “*Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende*”. Que eu siga de repente aprendendo. Obrigada!

**CORRE MENINA, CORRE MENINO....**

*Evandro Medeiros*

Corre menina, corre menino...  
Ensina o mundo tua paz  
Compartilha com os outros teu sorriso  
E alegria o cotidiano cinza  
Dos que não carregam, ao peito  
Felicidade como a tua.

Sonha menina, sonha menino...  
Que as estrelas estão ao teu alcance  
Se desejares, o infinito é aqui  
À palma da sua mão

Chora menino, chora menina...  
Quando quiseres  
Mostra sua sensibilidade contagiante  
Que tua ternura mexa com os corações  
Daqueles que se deixam endurecer  
Pelos caminhos

Viva menina, viva menino...  
Vira os quadros de ponta à cabeça  
Desfaz as ordens  
E, com sinceridade e ousadia,  
Escreve em todas as cores  
A mágica possibilidade  
Da construção de um mundo novo  
Ainda no presente!



## RESUMO

REZENDE, Janaína Ribeiro de. **Educação medicalizada e infância**: histórias vividas por famílias da classe trabalhadora em uma UBS de São Paulo. 2019. 206 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Essa pesquisa de doutorado analisou histórias vividas por famílias da classe trabalhadora, cujos filhos foram encaminhados ao serviço de psicologia de uma Unidade Básica de Saúde – UBS da Grande São Paulo, em decorrência de queixas escolares, a fim de verificar como elas lidam com a produção do fracasso escolar e com a medicalização da educação. Partimos do conceito de produção do fracasso escolar, que indica as engrenagens sociais responsáveis pela perpetuação da não-aprendizagem entre a classe trabalhadora. Identificamos que, a despeito das mudanças na área educacional, a sociedade produz o fracasso escolar, justificado pela crescente adoção do padrão medicalizante no ensino e saúde públicos. Há uma tendência de que o modelo de medicalização da infância se torne hegemônico, havendo indícios que associam a consolidação do discurso medicalizante, com os interesses do capital, expressos em projetos de leis que visam a institucionalização da medicalização da educação, prevendo o financiamento estatal das práticas medicalizantes. Partimos da hipótese de que a medicalização da vida é um incide sobre toda a sociedade, entretanto, esse processo se manifesta distintamente entre as classes sociais. A medicalização tem sido adotada como forma de controle de parte da população que não se adapta docilmente aos ditames sociais, principalmente, famílias da classe trabalhadora. Para esse estudo, realizamos pesquisa bibliográfica; observação participante em uma UBS, através do acompanhamento do atendimento de uma psicóloga a crianças encaminhadas por queixa escolar; realização de Grupo Focal, com três cuidadores de crianças atendidas no posto por encaminhamento escolar. A análise das informações foi realizada através do procedimento de triangulação das informações e validação consensual. Na pesquisa bibliográfica, percebemos o aumento no número de estudos sobre o tema. Observamos que os estudos se concentram na psicologia, apontando para a necessidade de que o tema seja melhor debatido em outras áreas do conhecimento. Grande parte das produções na área são estudos teóricos. Ainda há lacunas na investigação sobre as formas de expressão da medicalização na vida cotidiana, havendo um vasto campo empírico a explorar. Através do trabalho da psicóloga da UBS, participamos da Oficina de Estímulo à Leitura realizada com crianças com dificuldade no processo de alfabetização e organizamos o Grupo Focal, em que conhecemos diversas histórias das crianças e suas famílias. Nesse sentido, percebemos que existem pontos coincidentes nessas histórias, como: a desigualdade social; as questões de gênero; o racismo; o território e a violência urbana; preconceitos com relação a organização familiar; o estigma e a rotulação da criança diagnosticada; o processo de desenraizamento; os impactos do uso de medicação, aspectos que materializam a humilhação social na vida dessas famílias. O afeto, a compreensão sobre as diferentes formas de aprender e a realidade das crianças como ponto de partida para a relação de ensino parecem elementos fundamentais para superar a produção do fracasso escolar. O acompanhamento da Oficina de Estímulo à Leitura e a realização do Grupo Focal, baseados no diálogo, acolhimento, fortalecimento da autoestima e confiança nas potencialidades de aprendizagem, podem ser utilizados como formas de enfrentamento ao processo de medicalização.

**Palavras-chaves:** Medicalização da educação; Fracasso escolar; Queixa escolar; Psicologia Comunitária.

## ABSTRACT

REZENDE, Janaína Ribeiro de. **Medicalized education and childhood**: histories lived by working-class families at a UBS of São Paulo. 2019. 206 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

This doctoral research collected and analyzed experiences of medicalization of school issues experienced by working-class families. We sought to follow the history of families whose children were referred to the psychology department of a Basic Health Unit - UBS in Metropolitan region of Sao Paulo, due to school complaints, in order to verify how they deal with the production of school failure and the medicalization of education. We start from the concept of the production of school failure, which indicates the social gears responsible for perpetuating non-learning among the working class. We identified that, despite the changes in the educational area, society produces school failure which is justified by the growing adoption of the medical standard in public health and education. There is a tendency for the medicalization model of childhood to become hegemonic, with indications that associate the consolidation of the medicalizing discourse with the interests of the capital, expressed in draft laws aimed at institutionalizing the medicalization of education, predicting the state financing of medical practices. We start from the hypothesis that the medicalization of life affects the entire society, however, this process manifests distinctly among social classes. Medicalization has been adopted as a form of control of part of the population, mainly working-class families. For this study, we performed bibliographic research; participant observation in a UBS, through the follow-up of the assistance of a psychologist to children referred for a school complaint; Focal Group, with three caregivers of children attended at a medical post for school referral. The information analysis was performed through the information triangulation and consensual validation procedure. In the bibliographic research we noticed the increase in the number of studies on this subject. We observed that the studies focus on psychology, pointing to the need for the topic to be better debated in other areas of knowledge. Most of the productions in the area are theoretical studies. There are still gaps in the investigation of the forms of expression of medicalization in daily life, and there is a vast empirical field to be explored. Through the work of UBS psychologist, we have participated in the Reading Encouragement Workshop held with children with difficulties in the literacy process and organized the Focus Group, in which we could know several stories of children and their families. Thus, we perceive that there are coincident points in these stories, such as: the effects of social inequality; the influence of gender issues; of racism; the evident presence of territory characteristics and urban violence; preconceptions about family organization; the stigma and labeling of the diagnosed child; the process of uprooting; the impacts of medication use. All these aspects relate the social humiliation presented in the life of these families with the problem of medicalization. Affection, an understanding of the different ways of learning and the reality of children as a starting point for the teaching relationship seem to be fundamental elements to overcome the production of school failure. The follow-up to the Reading Stimulus Workshop and the Focus Group, based on dialogue, welcoming, strengthening of self-esteem and confidence in learning potential, can be used as ways of coping with the medicalization process.

Keywords: Medicalization of education; School failure; School complaint; Psychology Community.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
O encontro (incômodo) com a produção do fracasso escolar e a medicalização da educação .	13
Medicalização da educação e classe trabalhadora: a construção de um problema de pesquisa	16
Objetivos .....	22
Aspectos e procedimentos metodológicos .....	22
CAPÍTULO 1 – MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: UMA LEITURA CRÍTICA .....	30
1.1. O contexto que produz a medicalização: uma sociedade de classes .....	30
1.2. A escola capitalista e a produção do fracasso escolar .....	32
1.3. Medicalização: aspectos históricos do reducionismo biológico .....	38
1.3.1. Medicalização da educação: a hora e a vez das crianças e adolescentes.	44
1.4. Estado da arte sobre medicalização da infância e adolescência: a produção acadêmica na área .....	61
CAPÍTULO 2 – AS HISTÓRIAS DAS CRIANÇAS: casos do serviço de Psicologia da UBS .	71
2.1. O município, a saúde municipal e a Unidade Básica de Saúde – UBS: uma grande sala de espera .....	71
2.2. A psicóloga Haidê e a saúde mental na unidade: o desafio do acolhimento .....	77
2.3. A Oficina de Estímulo à Leitura e a brinquedoteca .....	87
2.4. Luísa, a menina que adorava livros .....	92
2.2. Gustavo não conhece “Eva”, tampouco “viu a uva” .....	97
2.3. Como aprender de luto? A história de Cíntia .....	104
2.4. “Michael, eu estou muito orgulhosa de você!” .....	108
2.5. “Eu também sei fazer continha, quer ver?” .....	112
2.6. A alta: meninas e meninos que leem .....	116
CAPÍTULO 3 – O FRACASSO ESCOLAR E A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: histórias de vidas e escolarização no Grupo Focal .....	128
3.1. Cláudio e Ryan – o alfabético! .....	132
3.2. A longa caminhada de Cecília e Iasmim .....	145
3.3. Sueli e Igor: doses diárias de controle .....	153
CAPÍTULO 4 – O ENFRENTAMENTO AO FRACASSO ESCOLAR E À MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: histórias são essenciais .....	165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	174
APÊNDICES .....	187
ANEXOS .....	203

## INTRODUÇÃO

### *O que será (à flor da pele)*

*O que será que me dá  
 Que me bole por dentro, será que me dá  
 Que brota à flor da pele, será que me dá  
 E que me sobe às faces e me faz corar  
 E que me salta aos olhos a me atraiçoar  
 E que me aperta o peito e me faz confessar  
 O que não tem mais jeito de dissimular  
 E que nem é direito ninguém recusar  
 E que me faz mendigo, me faz suplicar  
 O que não tem medida, nem nunca terá  
 O que não tem remédio, nem nunca terá  
 O que não tem receita*

**Chico Buarque**

Essa tese de doutoramento foi desenvolvida na linha de pesquisa “Psicologia Social, Saúde Coletiva e Política”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Instituto de Psicologia – IP da Universidade de São Paulo – USP. O objetivo dessa pesquisa foi analisar histórias vividas por famílias da classe trabalhadora, cujos filhos foram encaminhados ao serviço de psicologia de uma Unidade Básica de Saúde – UBS da Grande São Paulo, em decorrência de queixas escolares, a fim de verificar como elas lidam com a produção do fracasso escolar e com a medicalização da educação.

O trabalho está organizado da seguinte forma:

- A *Introdução* aborda o encontro da pesquisadora com o tema, apresenta o problema de pesquisa, seus objetivos e aponta reflexões metodológicas para a realização do estudo;
- No Capítulo 1, intitulado *Medicalização da educação: uma leitura crítica*, partimos da compreensão marxista de educação; da produção social do fracasso escolar e da humilhação social, para contextualizar o debate da medicalização, seguido pela apresentação de uma revisão bibliográfica acerca do tema.
- No Capítulo 2, *As histórias das crianças: casos do serviço de Psicologia da UBS*, contextualizamos o município e o serviço de saúde em que a pesquisa de campo foi realizada; apresentamos Haidê, a psicóloga que acompanhamos para o desenvolvimento do estudo e descrevemos a observação participante realizada no serviço, principalmente na Oficina de Estímulo à Leitura, por meio das histórias das crianças que conhecemos nesse processo: Larissa, Luísa, Gustavo, Cíntia, Michael, Adailton, Kelvin, Luana, Tainá, Luís e Vinícius<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> O nome de todos os participantes da pesquisa é fictício, a fim de garantir o anonimato e o sigilo dos nomes, para não expor os adultos e as crianças e já que consideramos que essa informação não compromete os resultados do estudo.

- O Capítulo 3, *O fracasso escolar e a medicalização da educação: histórias de vidas e escolarização no Grupo Focal* trata das histórias que tivemos contato durante a realização do Grupo Focal com três cuidadores de crianças encaminhadas ao serviço de saúde mental por queixas escolares. Nessa seção, tratamos de experiências de vida e de escolarização dos participantes do Grupo e seus filhos, que foram: Cláudio e Ryan; Cecília e Iasmim; Sueli e Igor.
- Na última seção, Capítulo 4 – *O enfrentamento ao fracasso escolar e à medicalização da educação: histórias são essenciais*, sintetizamos apontamentos, reflexões e angústias possíveis a partir da elaboração da tese. Seguida pelas referências bibliográficas, apêndices e anexos.

### **O encontro (incômodo) com a produção do fracasso escolar e a medicalização da educação**

*Eu quase que nada não sei.  
Mas desconfio de muita coisa.*

**Guimarães Rosa**

O meu primeiro contato com a questão da dificuldade de aprendizagem e o fracasso escolar se deu durante minha contribuição em um projeto de educação popular que atendia crianças de uma ocupação urbana, na periferia da região metropolitana de São Paulo, organizada por um movimento social. Nesse espaço, tive contato direto com muitas crianças que me ensinaram a beleza de ser criança, da brincadeira, da curiosidade e da criatividade da infância. Outro aprendizado foi sobre a dureza da vida na periferia, a violência cotidiana a que todos são submetidos por não terem moradia, transporte público de qualidade, condições de trabalho, mas acima de tudo, resistir!

Nesse sentido, por trabalhar em um projeto de educação, deparei-me, quase sem querer, com a escola, que desrespeita, segrega e discrimina os mais pobres, os que tem origem em famílias em situação de vulnerabilidades. São esses meninos e meninas que não aprendem na escola, que passam de ano sem estarem alfabetizados. A partir dessa constatação, verifiquei o que Maria Helena de Souza Patto (2015) chamou de “a produção do fracasso escolar”.

Por outro lado, foi possível perceber as formas de resistência a essa opressão, que ocorrem das mais diversas maneiras. Desde de ações de rebeldia e insubordinação individuais, até formas mais articuladas de demandar outra educação. Reconhecer esse movimento da vida, fez com que ficasse explícito os limites da educação pública e também as suas potencialidades.

Mais tarde, comecei a dar aulas em um curso de Pedagogia, de uma pequena faculdade privada. Lá, encontrei diversas mulheres, trabalhadoras, mães e esposas, que resolveram desafiar a imposição de que pobre não pode estudar, ao se matricularem em um curso superior – ainda que seus estudos fossem viabilizados pelo financiamento estudantil. Essas mulheres, também da periferia paulistana, mostraram-me durante as aulas de Psicologia da Educação, a quantidade de diagnóstico e de prescrições que eram feitas a seus filhos. Tais excessos apontavam para soluções que causavam um impacto muito grande nas famílias e, principalmente, nas crianças.

Arrisco dizer que para algumas dessas mães, a escolha por estudar Pedagogia passava por tentar educar melhor essas “crianças problemas”. Assim, pude compartilhar da angústia das mães, que não sabiam lidar com a desobediência ou se desesperavam com a não-aprendizagem dos seus filhos. Em geral, as crianças eram encaminhadas aos serviços de saúde pelas escolas, com base em uma expectativa medicalizante silenciosa. Algumas delas relatavam se opor a essa lógica, enquanto outras se convenciam com o argumento de autoridade médica e submetiam as crianças ao uso pouco monitorado de psicofármacos.

Avaliando que seria importante no processo de formação de pedagogas e para acolher as demandas das estudantes, passei a estudar, ainda que de forma assistemática, a medicalização da sociedade, que também se manifesta na educação. Entrei em contato com as produções do Fórum sobre Medicalização<sup>2</sup> e do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE<sup>3</sup>, o que possibilitou conhecer um pouco mais sobre o tema.

O processo descrito por alguns autores como medicalização da vida pode ser definido da seguinte maneira (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR, 2011, p. 9):

---

<sup>2</sup> O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade foi lançado durante o I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, realizado em São Paulo de 11 a 13 de novembro de 2010. O fórum objetiva a articulação de entidades, grupos e pessoas para enfrentar e superar o processo de medicalização da vida, a fim de promover o debate sobre o tema, de forma a subsidiar a resistência a esse modelo. Na ocasião, foi publicado o Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, assinado por 450 participantes e 27 entidades. Desde 18 de dezembro de 2010, o fórum tem realizado encontros mensais. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>. Acesso em: 10 jun. 2015.

<sup>3</sup> O Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE consiste em um coletivo de profissionais de psicologia de diversas instituições públicas, privadas e do terceiro setor, que visam construir referenciais teóricos, clínicos e de investigação sobre os processos de aprendizagem e de constituições de subjetividades. Disponível em: <http://grupoqueixaescolar.blogspot.com/>. Acesso em: 19 fev. 2019.

o processo de conferir uma aparência de problema de Saúde a questões de outra natureza, geralmente, de natureza social. Não se restringe ao âmbito da Medicina e dos tratamentos medicamentosos, mas diz respeito também a outros profissionais de Saúde, como psicólogos e fonoaudiólogos, por exemplo. O termo Patologização tem sido utilizado com significado semelhante.

Lemos, Cruz e Souza (2014a, p. 11) oferece exemplos de dimensões da vida que têm sido permeadas pela medicalização:

As pílulas, em embalagens de medicamentos e/ou em outros formatos para o comércio realizado por grupos ávidos por acumulação de capital passaram a ser vendidas como promessa de saúde, de felicidade e de altas performances no trabalho, na escola, na vida sexual, nas instituições punitivas, nas academias, nas disputas esportivas, em dietas e em tantos outros espaços, cenários e por grupos variados, também no mercado da ilegalidade, em meio à banalização das prescrições de drogas.

Na educação, a medicalização tem se expressado na tendência de diagnosticar problemas de aprendizagem como resultantes de causas orgânicas, ou seja, reduzindo a complexidade do processo de ensino-aprendizagem a questões biológicas e ao funcionamento neurológico. Em geral, os transtornos são aceitos como explicação para a não aprendizagem de crianças e adolescentes na escola, o que serve como forma de justificar a produção do fracasso escolar entre as crianças mais pobres (COLLARES; MOYSES, 1994).

Nas duas vivências, como educadora popular de crianças e professora em uma faculdade de pedagogia na periferia, pude perceber que a escola e os serviços de saúde, muitas vezes, desconsideravam as condições de vida da criança e da sua família, o contexto cultural, as desigualdades sociais, a violência, a ausência de políticas públicas adequadas, bem como, seus impactos no processo de aprendizagem. Além disso, a realização dos diagnósticos, tendiam a não problematizar a educação pública brasileira: as condições do trabalho docente, número de estudantes por sala de aula, a formação inicial e continuada do professor, ou seja, a viabilidade de se garantir o ensino-aprendizagem nessa situação.

Acompanhada por esse incômodo, em 2013, ingressei em um curso de especialização em “Trabalho, Educação e Movimentos Sociais”, oferecido pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, da Fundação Oswaldo Cruz – FioCruz. O meu trabalho de conclusão de curso (REZENDE, 2015), tratou da questão da medicalização da educação, com foco no seu principal diagnóstico, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH.

Na especialização, procuramos compreender a relação entre o projeto de educação capitalista, que esvazia os processos de ensino de conteúdo e culpabiliza o aluno pela não

aprendizagem, e o aumento da tendência de diagnóstico e medicalização, através da análise da atuação da Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA<sup>4</sup> como importante referência da lógica biologizante e medicalizante, agindo enquanto um intelectual orgânico, com apoio da indústria farmacêutica. Esses apontamentos escancaram os interesses econômicos presentes na defesa do TDAH e na medicalização da educação.

Ao me debruçar sobre esse tema e verificar a complexidade de manifestação do fenômeno, que tem implicação em tantas vidas, foi-me despertado o interesse para conhecer melhor a expressão da medicalização da aprendizagem na vida nas famílias da classe trabalhadora, considerando a hipótese de que ela incide de uma forma distinta sobre os mais pobres. Esse contexto e essas perguntas iniciais motivaram a realização da presente pesquisa.

Apresentaremos, com mais detalhes, o processo de construção do problema de pesquisa a seguir.

### **Medicalização da educação e classe trabalhadora: a construção de um problema de pesquisa**

*Enquanto todo mundo  
Espera a cura do mal  
E a loucura finge  
Que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência*

**Lenine**

Meu ingresso no doutorado foi marcado por várias perguntas de pesquisa e a escolha por aprofundar o estudo sobre o tema da medicalização da educação se deu em meio às incertezas e dúvidas. Avalio que a decisão pelo tema se deu a partir da constatação que, embora seja uma questão cada vez mais recorrente em tantas famílias, a produção social do fracasso escolar e a medicalização da educação ainda são assuntos desconhecidos de uma grande parcela da classe trabalhadora. A partir de discussões sobre o assunto no meio acadêmico e fora dele, me convenci que esse era um tema relevante a ser investigado.

Nesse sentido, partimos do pressuposto teórico de que a atividade social do trabalho se apresenta enquanto categoria fundante, sendo que a partir dele o ser humano transforma a

---

<sup>4</sup> A ABDA é uma associação de profissionais da saúde, pessoas diagnosticadas com TDAH e seus familiares, além de empresas farmacêuticas, com o objetivo proclamado de divulgar informações científicas sobre o transtorno e lutar pelos “direitos” dos seus portadores. Assim, a entidade tem se constituído como uma importante referência na defesa do TDAH no Brasil (REZENDE, 2015).



natureza e, nessa relação, modifica-se a si mesmo. Assim, o ser humano, como um ser social, trabalha coletivamente, modificando o meio em que vive e construindo a sociedade. Marx e Engels (2008) afirmam que, a partir do modo de produção historicamente construído, resultado de condições objetivas e subjetivas, a sociedade se organiza.

Com base no mesmo referencial, Bock (2004), alicerçada pela psicologia sócio-histórica, afirma que o processo de humanização depende do exercício do trabalho, compartilhado socialmente. A partir da atividade humana, criamos relações e formas de interação complexas, não mais restritas às necessidades biológicas. Nas suas palavras:

O trabalho e a vida em sociedade são duas características da vida humana que vão permitir um salto de qualidade no desenvolvimento humano. O homem liberta-se de suas limitações biológicas para “inventar” a condição humana. Queremos com isso frisar a idéia de que as habilidades e os comportamentos humanos, a partir daquele momento, não estavam mais previstos pelo código genético. Por isso dizemos que o homem não estava mais submetido às leis biológicas e sim a leis sócio-históricas. (BOCK, 2004, p. 28)

Ou seja, é a partir do trabalho e das interações sociais que nos tornamos seres humanos. O resultado do processo de transformação da natureza e das nossas condições naturais é acumulado historicamente e partilhado entre os grupos sociais. Então, ao longo da história, as relações sociais se complexificaram de tal maneira que, hoje, vivemos em uma sociedade baseada em acúmulos científicos e tecnológicos, organizados no modo de produção capitalista.

Compartilhamos, assim, da concepção marxiana de que o modo de produção capitalista organiza a sociedade em classes sociais, caracterizadas pela posição que assumem na organização social do trabalho, pelo acesso (ou não) aos meios de produção e à distribuição de seus resultados. Compreendemos, então, que a educação capitalista tem um forte caráter de classe, uma vez que é marcada por uma oferta dual, em que forma distintamente os membros da classe dominante e os trabalhadores (GRAMSCI, 1979; 1987; 2001; 2002; MÉSZÁROS, 2008). Nesse sentido, corroboramos com a tese de Patto (2015) sobre a produção social do fracasso escolar, que assola, principalmente, os filhos das classes populares, ou seja, a não aprendizagem é produzida por fatores sociais que discriminam os mais pobres e perpetuam o fosso que separa as classes sociais.

Atualmente, a questão se apresenta de forma ainda mais complexa, pois vem revestida de um discurso biomédico, que tem legitimado as desigualdades, atribuindo a questões orgânicas individuais as causas de problemas sociais. A medicalização da vida se baseia no reducionismo biológico presente nas práticas patologizantes, que desconsidera aspectos sociais, políticos, econômicos e históricos da vida. Assim, tende-se a centralizar no indivíduo as

consequências de problemas sociais. O processo de individualização e culpabilização da vítima promove uma desresponsabilização do Estado e do sistema sociopolítico, pautado na consolidação da ideologia dominante e na disseminação de preconceitos (REZENDE, 2015; COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Observamos que a medicalização é um processo que atinge toda a sociedade, ricos e pobres, adultos e crianças. Nesse sentido, Collares e Moyses (1994) afirmam que, no Brasil, a educação medicalizada se apresentou como um problema das classes médias e altas, que, preocupadas com garantir o alto desempenho escolar dos filhos, inspira-se na tendência internacional, principalmente nos Estados Unidos, para buscar soluções e aprimorarem os rendimentos acadêmicos da prole. A solução importada foi a medicalização, atribuindo a questões orgânicas e a problemas no funcionamento neurológico, como causas para o desempenho escolar aquém do esperado.

No entanto, nas últimas décadas, essa tendência tem se generalizado e famílias de outros setores sociais têm vivenciado processos de medicalização, como pude perceber na minha trajetória enquanto educadora. As pesquisas de Meira (2009); Souza (2008; 2010); Collares e Moyses (1994) reafirmam a medicalização como incidente nas famílias mais pobres. Estudos (LEMOS; SANTOS; NOBRE; PAULO, 2013; LEMOS; GALINDO; DAMASCENO, 2014) apontam que essa tem sido uma forma utilizada por organismos internacionais para ampliar o apassivamento de uma parcela da população em situação de maior vulnerabilidade social. Desse modo, compreendemos que a medicalização da educação, mesmo envolvendo crianças de diferentes setores sociais, manifesta-se de forma distinta entre as classes sociais.

Alguns estudiosos da área da educação (MÉSZÁROS, 2008; LEHER, 2014; FREITAS, 2012; 2018) tem alertado para o processo de esvaziamento dos conteúdos de ensino, a fim de instrumentalizar a educação, de modo a garantir a consolidação de um projeto de sociedade, a serviço dos interesses do capital. Dessa maneira, Freitas (2012) afirma que a partir da adoção de modelos de avaliações internacionais, a escola assume como tarefa o ensino do básico, restringindo-se a ele. No caso brasileiro, nem esse mínimo tem sido garantido. Tal fato incide especialmente sobre as escolas públicas, que atendem a população que mais depende da escola enquanto instituição socializadora de conhecimento e cultura.

Um argumento muito conhecido no âmbito do sistema capitalista e que significa postergar para algum futuro não próximo a real formação da juventude, retirando dela elementos de análise crítica da realidade e substituindo-se por um “conhecimento básico”, um corpo de habilidades básicas de vida, suficiente para atender aos interesses das corporações e limitado a algumas áreas de aprendizagem restritas (usualmente leitura, matemática e ciências). A consequência é o estreitamento curricular focado nas disciplinas testadas e o esquecimento das demais áreas de formação do jovem, em nome de uma promessa futura: domine o básico e, no futuro, você poderá avançar para outros patamares de formação. Todos sabemos que a juventude mais pobre depende fundamentalmente da escola para aprender, e se for limitada a sua passagem pela escola às habilidades básicas, nisso se resumirá sua formação (FREITAS, 2012, p. 389-390)

Ao analisar a atuação da educação capitalista, Leher afirma que (2014, p. 10):

A rigor, a escola tem que funcionar como um processo taylorista-fordista, capaz de uniformizar as competências. Os professores, neste caso, devem operar as cartilhas (...) e preparar as crianças e jovens para os testes padronizados. Os que fracassarem seguirão outro percurso escolar, trilhando uma via que leva a formação para o trabalho simples. As crianças que desviam da norma podem ser drogadas com anfetaminas, como a Ritalina ou o Concerta, ou então, serem transferidas para escolas que não são pensadas como instituições de ensino, mas como espaços de controle social por meio de atividades diversas.

A medicalização pode ser uma forma de esconder a produção do fracasso escolar e de controlar setores da sociedade. Assim, a motivação e as consequências da prática medicalizante na vida das famílias da classe trabalhadora tem relações com o esvaziamento de conteúdo e o aligeiramento da formação, enquanto expressões de um projeto de educação brasileiro.

Segundo Lemos, Cruz e Souza (2014a, p. 8):

Um dos modos mais sutis de pacificar as relações sociais tem ocorrido pelo uso de estratégias que visam modular subjetividades por meio de fármacos, de exercícios corporais e por meio da gestão das relações humanas médico-psicologizantes em nome da redução dos chamados riscos/perigos sociais no cotidiano das escolas e de outros equipamentos educativos.

Na confluência entre educação e práticas médicas, existem uma série de transtornos mentais para classificar o comportamento desviante de organismos que não se submetem à ordem e, conseqüentemente, justificar a não aprendizagem de alguns.

Desde a infância, nos espaços de educação e serviços de saúde, os estudantes estão expostos ao padrão medicalizante, que diagnostica os problemas de aprendizagem como transtornos mentais, descritos por critérios genéricos. Beltrame e Boarine (2013); Delvan e outros (2010); Gomes e outros (2015) afirmam que grande parte dos encaminhamentos de

crianças a serviços de psicologia da rede pública de saúde costuma ser realizada em decorrência de queixas escolares.

Apesar da realização indiscriminada dos diagnósticos, não há consenso em torno da existência desses transtornos, quanto mais com relação à forma indicada de tratamento. Muitas pesquisas atrelam a consolidação do discurso biomédico com o aumento crescente da influência da indústria farmacêutica, inclusive no financiamento e divulgação de estudos, que orientam o cuidado à saúde com vistas aos rendimentos econômicos (MEIRA; 2009; GUARIDO, 2006; GARRIDO, 2009).

Nos últimos anos, é possível identificar a construção de hegemonia em torno do discurso medicalizante como forma efetiva de enfrentar problemas da vida. A ciência tem produzido conhecimento, formado profissionais e protocolos para lidar com transtornos de comportamento e de aprendizagem. No final da década de 1970, Patto (2015) já denunciou o papel da ciência no processo de naturalização do fracasso escolar de determinada parcela da população, no caso, as crianças pobres.

Tal legitimidade é atualizada recentemente, através do fortalecimento do discurso biomédico, que assume status de área privilegiada ciência. A hierarquização do conhecimento científico valoriza uma abordagem da saúde mental pragmática, baseada em supostas evidências e estatísticas, em detrimento de outras formas de produção de ciência.

Muito do que é conhecido desses transtornos neurocomportamentais são hipóteses explicativas, visto que o funcionamento do cérebro ainda reserva grandes segredos à ciência. No entanto, algumas das suas conclusões são generalizadas e impostas à prática da saúde mental, como preceitos que não podem ser questionados. É possível afirmar que as referências de cuidado à saúde expressas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5<sup>5</sup> representam a adoção de um modelo que privilegia o reducionismo biológico e a indústria farmacêutica.

Outro pilar importante na criação de hegemonia se dá pelos meios de comunicação de massa. O discurso medicalizante têm ganhado força baseados em reportagens de revistas, jornais, programas de TV, campanhas publicitárias, produção de conteúdo escrito e audiovisual na internet (CARMINATI, 2014). Muitas dessas produções não abordam a questão da medicalização profundamente, tratando-a no âmbito do senso comum. Mesmo assim, servem

---

<sup>5</sup> O DSM descreve os sintomas recorrentes e critérios diagnósticos das desordens mentais, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA).

para disseminar conceitos e naturalizar diagnósticos, criando consensos em torno da medicalização da vida no imaginário social.

O Estado e os fundos públicos têm sido disputados, com a proposição de projetos de leis que institucionalizam a medicalização, por meio da contratação de consultorias privadas, para formação de professores e realização de diagnóstico, bem como da compra e distribuição de drogas prescritas para tais transtornos (SOUZA, 2010).

Desse modo, as escolas e os trabalhadores da educação têm sido orientados a estar atentos à manifestação de comportamentos desviantes, subsidiados pelas informações científicas e midiáticas que lhes são apresentadas, bem como por políticas públicas medicalizantes. Dada a complexidade do trabalho das instituições de ensino e a continuidade da produção do fracasso escolar, a medicalização da educação pode ser uma maneira de explicar e propor “solução” para o problema das crianças que não aprendem. Em estudo anterior (REZENDE, 2015), apontamos que o convencimento dos professores é identificado como um mecanismo importante, já que podem ser os principais interlocutores das ideias medicalizantes, por estarem em contato direto com as crianças.

Às famílias de crianças medicalizáveis, chegam as referências científicas, expressas por autoridades da saúde, da educação e o senso comum veiculado nos meios de comunicação, além da angústia e sofrimento de ter que lidar com uma criança que não apresenta desempenho satisfatório ou que é incontrolável na instituição de ensino. A possibilidade de nomear o problema, de localizar suas causas e apresentar uma “solução” representam concretamente um alívio para os cuidadores, renovam as esperanças na “salvação” daquele ser em desenvolvimento.

Existem ações que visam a construção de uma contra-hegemonia, fortalecendo outras formas de cuidado à saúde e de educação. Há resistências... Por trás dos encaminhamentos, relatórios pedagógicos, laudos, receituários, existem histórias. São essas histórias que foram buscadas nas observações e intervenções realizadas durante a pesquisa.

Nesse sentido, julgamos relevante avaliar como se dá a medicalização da educação vivida por famílias da classe trabalhadora e indicar possíveis formas de enfrentamento da questão. Para tanto, refletimos sobre essas questões com base nas observações realizadas na pesquisa participante, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde – UBS da Região Metropolitana de São Paulo, como forma de atingir os objetivos propostos a seguir.

## Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi investigar as formas de manifestação da medicalização das dificuldades escolares nas histórias de famílias da classe trabalhadora, cujos filhos foram encaminhados ao serviço de psicologia de uma Unidade Básica de Saúde – UBS, em decorrência de queixas escolares. Nesse sentido, buscamos conhecer como essas famílias lidam com a produção do fracasso escolar e medicalização da educação.

Para tanto, debruçamo-nos sobre os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar a produção bibliográfica sobre fracasso escolar e medicalização da infância, adolescência e educação, de modo a abordar o tema em uma perspectiva crítica.
- b) Conhecer histórias de crianças e famílias da classe trabalhadora, encaminhadas ao posto de saúde por queixa escolar, contextualizando condicionantes econômicos e psicossociais envolvidos no processo.
- c) Acompanhar os desdobramentos dos encaminhamentos, buscando identificar formas de enfrentamento ao processo de medicalização da educação em uma UBS de um município da Região Metropolitana de São Paulo.

Entramos em contato com as histórias de fracasso escolar e medicalização por meio de observação participante realizada no acompanhamento do atendimento a crianças e cuidadores, feito por uma psicóloga de um posto de saúde, em especial, em Acolhimentos e Oficina de Estímulo à Leitura. Além de realizar um Grupo Focal com um pai e duas mães de crianças encaminhadas ao serviço de saúde por queixas escolares. As etapas da pesquisa serão apresentadas adiante.

## Aspectos e procedimentos metodológicos

*Os filósofos se limitaram a interpretar  
o mundo de diferentes maneiras;  
o que importa é transformá-lo*

**Karl Marx**

A discussão sobre o objeto dessa pesquisa pressupõe um debate acerca da forma como o conhecimento teórico na área tem sido produzido. Patto (2015) indicou o modo como as ciências humanas serviram aos interesses dominantes, ao justificarem o fracasso escolar enquanto problema individual ou, no máximo, uma questão familiar, isentando a responsabilidade dos aspectos econômicos e sociais envolvidos na sua produção.

Com intuito subsidiar metodologicamente a realização dessa pesquisa, baseamo-nos nas reflexões da Psicologia Social Comunitária latino-americana. Martin-Baró (1997) reconhece que qualquer ação humana, dentre elas a pesquisa e intervenção em Psicologia, tem uma intencionalidade política, compreendendo a impossibilidade do fazer científico neutro. Segundo o autor, o contexto em que a ação do psicólogo se insere é um elemento fundamental a ser considerado para o planejamento e execução do trabalho no local. Para tanto, a abordagem à comunidade deve estar baseada em um compromisso com a transformação da realidade e enfrentamento das desigualdades sociais.

Para Bock (2016), a construção teórica e a intervenção da psicologia que desconsidera os condicionantes sociais, que no caso brasileiro, é duramente caracterizado por um contexto desigual, consiste em uma atuação ideológica. Nas suas palavras (BOCK, 2016, p. 258):

a desigualdade social é, com certeza, o maior problema e a marca estrutural da sociedade brasileira. As relações sociais ocorrem neste cenário de desigualdade; a constituição de identidades e de subjetividades também; os comportamentos, os desejos, os projetos, os valores e as significações, tudo se passa neste contexto.

O psicólogo, então, deve estar comprometido com um projeto de sociedade que vise a superação do autoritarismo, a violência, a repressão e as injustiças. Dessa maneira, deve pautar suas ações na democracia, privilegiando o diálogo e o respeito aos saberes locais. A partir desse ponto de vista, a intervenção “técnica” do profissional de Psicologia deve reconhecer os sofrimentos psíquicos decorrentes das contradições e injustiças, a fim de buscar formas de superá-las. Considerando que esse sofrimento não é somente uma construção subjetiva, mas resultado de questões concretas e socialmente condicionadas, é necessário que o profissional também contribua no processo de compreensão e transformação da realidade, para que esse sofrimento possa ser diminuído (MARTIN-BARÓ, 2007).

Maritza Montero (2007; 2006) propõe um método de trabalho, baseado na aliança entre a investigação e a intervenção, relação que ela chama de “investigação-ação participativa”. De acordo com a autora (2007), a intervenção do psicólogo na comunidade deve buscar identificar e compreender os problemas locais – em uma postura investigativa – aliado à ação que vise a transformação dessa realidade, participando conjuntamente com a comunidade do processo de solução dessas dificuldades. Para ela, a relação entre pesquisa e intervenção deve ser indissociável no contexto comunitário.

Os princípios da educação popular, pautados no diálogo e respeito mútuo, orientam a Psicologia Comunitária. O profissional deve sempre privilegiar a escuta das demandas, as

formas de entendimento da questão, os recursos e estratégias apresentados pela comunidade, antes de propor soluções antecipadas para os problemas. Os conhecimentos comunitários devem ser considerados tão importantes, quanto os conhecimentos científicos, de modo a não os hierarquizar ou desqualificá-los.

Nessa perspectiva, é preciso desconstruir as bases epistemológicas que naturalizam os preconceitos e legitimam as desigualdades, a partir da construção de novas formas de fazer ciência e de produzir conhecimento (BOCK, 2016).

Dessa maneira, procuramos conhecer algumas histórias de medicalização da educação, a fim de identificar a maneira como viveram o problema e como enfrentaram a questão, de modo a buscar elucidar alguns aspectos do padrão medicalizante. Buscamos compreender os casos estudados no contexto, a partir da concretude da realidade objetiva.

É fundamental tomar esses fatos na sua manifestação concreta. A escola pública, por exemplo, não é uma definição homogênea ou abstrata, mas consiste em uma instituição específica, resultante de diversas relações: sociais, políticas, econômicas, culturais, localizada em um contexto histórico (PATTO, 2015). Da mesma forma devem ser observadas a criança participante do estudo e sua família, não enquanto síntese genérica do conceito ideal de “criança medicalizada” ou “família”, mas na sua manifestação real, condicionada por uma história e realidade material particular de existência concreta.

Nesse sentido, o processo de medicalização está inserido em uma totalidade social mais ampla, que envolve a criança, sua família, o conjunto de professores e profissionais da escola, a forma de organização escolar – desde a arquitetura do prédio até o currículo, políticas públicas de educação e processo de formação dos educadores.

O diagnóstico de um transtorno de aprendizagem e a prescrição medicamentosa também não se apresentam simplesmente a partir das respostas a um teste psicológico ou de uma consulta a um especialista, expressam também um padrão cultural, formas de influência da mídia, da indústria farmacêutica, da concepção de saúde praticada pelo profissional.

O modo como a família da “criança-problema” lida com a questão tampouco é uma decisão isolada, mas depende dos recursos que ela dispõe, da sua condição de vida e organização familiar e é condicionada por fatores alheios a ela, característicos de uma sociedade desigual e injusta, como a capitalista. Ou seja, inúmeras relações sociais se manifestam direta ou indiretamente no momento em que a criança aprende – ou não – na sala de aula; no que ela é atendida pelo serviço público de saúde e na forma como a família enfrenta a questão.



No entanto, a complexidade desse processo e de todos os fatores que interferem nele é tamanha, que inviabilizaria a realização desse estudo com a profundidade necessária para esgotar todos os temas. Por outro lado, isolar o problema de pesquisa e analisá-lo de forma desarticulada e descontextualizada é um equívoco, que tem sido útil para que essas questões não sejam compreendidas de fato.

O desafio metodológico consiste em pinçar quadros dessa realidade, buscando identificar conexões com a totalidade que a determina, de modo a nos aproximar da compreensão cada vez mais concreta do fenômeno investigado. Longe da pretensão de dominar todas as suas dimensões, almejamos o entendimento da forma como o fato – nesse caso, as histórias de família de crianças submetidas a medicalização da educação – manifesta-se, o que só pode ser verdadeiramente compreendido se considerado a sua forma de apresentação no real, a partir da sua manifestação concreta, relacionada a sua dimensão social, econômica, cultural, política, epistemológica.

Nesse sentido, o materialismo histórico dialético (PAULO NETTO, 2011) se mostra como um arcabouço teórico-metodológico capaz de subsidiar a investigação, uma vez que trabalha com as categorias da totalidade, dialética e mediação, que aborda seu objeto de estudo em uma perspectiva histórica, a fim de compreender o movimento da realidade, em busca da essência dos fenômenos estudados (MARX, 1859; MARX; ENGELS, 2008).

Com base em tal fundamentação teórico-metodológico, o desafio foi construir os procedimentos da pesquisa empírica. Inicialmente, a primeira tentativa foi de mobilizar os participantes através da indicação de um movimento social, o que revelou inúmeras dificuldades. O percurso percorrido foi marcado por tentativas de aproximações até a definição de realizar o estudo na UBS, em decorrência de um contato prévio com uma profissional da rede de saúde mental de um município da Grande São Paulo.

Conforme indiquei anteriormente, participei de um projeto de educação popular em uma ocupação urbana, organizada por um movimento social. Dessa forma, conheci algumas famílias que faziam parte desse movimento. Dentre elas, uma me chamou a atenção por me parecer se tratar de um caso de medicalização da educação. Então, convidei a Luzinete e seu filho, Isaías, de 17 anos de idade, a participarem da pesquisa. Elaborei um roteiro semiestruturado e os entrevistei.

Já nos conhecíamos, o que permitiu que conversássemos com certa intimidade. Apresentei a proposta da pesquisa e Luzinete relatou a história de sua vida. Ela era nascida na periferia de São Paulo e teve diversas experiências de vida, de mulher pobre da classe

trabalhadora, até assumir a militância social como objetivo de vida. Ela teve uma filha quando era adolescente. Criou a filha sozinha. Apaixonou-se e se casou com o pai de Isaías, que nasceu quando ela estava por volta dos 40 anos de idade. Eles viviam juntos, quando ele decidiu participar de uma ocupação de terra. Ela o seguiu e assumiu a luta como parte de sua vida. Isaías tinha 1 ano de idade, nesse período. Seu companheiro foi diagnosticado com depressão psicótica e fazia acompanhamento no serviço de saúde mental do município.

Isaías cresceu no ambiente da luta pela terra, filho de uma mãe militante, que participava da atividade política do movimento e estudou (ela terminou o ensino médio, fez graduação e pós-graduação) durante a infância do filho. Suas principais referências eram: sua mãe, sua irmã e seu pai. Segundo relato da mãe, Isaías era uma criança saudável e extremamente ativa. Não tinha problemas na escola até o ensino fundamental II, quando começou a apresentar episódios de agressividade e comportamentos persecutórios. Desde então, o quadro se agravou. Ele foi expulso de uma escola e na nova em que se matriculou, o diretor propôs que ele estudasse em casa.

Há alguns anos, a família buscava tratamento para o jovem, que já tinha passado por diversos serviços de saúde. Luzinete relatou que mesmo sendo atendido por inúmeros profissionais e tendo sido submetido a vários exames, ainda não havia nenhum diagnóstico conclusivo. Mesmo assim, Isaías consumia drogas prescritas, já tendo experimentado diversas receitas. No período, ele estava tomando dois medicamentos.

A entrevista durou cerca de três horas e foi marcada por vários momentos em que Luzinete se emocionou, ao relatar a sua história. Isaías estava presente durante toda conversa, participando de vez em quando do diálogo. Grande parte das suas falas se referia a acusações contra a mãe, responsabilizando-a por problemas genéricos. Principalmente, ao final da entrevista, ele se mostrou muito agressivo com Luzinete.

Na ocasião, depois da realização dessa primeira entrevista, pude verificar os limites da minha abordagem metodológica e do roteiro da entrevista. O resultado dessa abordagem foi que poucos dos elementos levantados foram diretamente aproveitados na tese, embora, lições fundamentais foram aprendidas nesse processo. Uma delas era que seria importante estabelecer critérios de seleção das famílias participantes.

Outro limite dessa tentativa foi debatido na banca de qualificação. O roteiro de entrevista, que pautava questões sobre a gestação, o nascimento, a infância da criança medicalizada, reforçava uma perspectiva individualizante do desenvolvimento infantil, o que, pode endossar a tendência de culpabilizar a família pelo fracasso escolar ou mal comportamento da criança.

O principal ensinamento possível a partir dessa tentativa de entrevista foi que o contato com a história de Isaías possibilitou verificar a complexidade da manifestação do processo de medicalização da educação. Nesse caso, a simples conceituação da medicalização, enquanto um processo que torna artificialmente questões sociais em problemas médicos, mostra-se limitada para explicar o que se passa com Isaías e sua família.

Após a entrevista, foi possível verificar que entre o normal e o patológico existem nuances, que não estão definidas a priori. Além disso, apontou a dificuldade de classificar um comportamento como causado por fatores essencialmente sociais ou orgânicos, visto que todos esses elementos se manifestam conjuntamente na história de vida das pessoas. Em suma, a tentativa apontou para os desafios de compreender o processo de medicalização de forma dialética, reforçando a pertinência do referencial metodológico adotado.

A partir dos limites identificados na abordagem inicial proposta e das ponderações da banca de qualificação, redefinimos o desenho metodológico da pesquisa. Para tanto, buscamos um novo campo empírico. Nesse sentido, optamos um desenho que possibilitasse encontrar participantes que tivessem o perfil (famílias com crianças encaminhadas ao serviço de saúde mental por queixa escolar) no próprio serviço de saúde.

A nova tentativa baseou-se em encontrar uma rede de saúde mental que aceitasse a realização da pesquisa. Um dos fatores que motivou a escolha do município em que desenvolvemos o estudo foi a existência de uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que dispunha de profissionais de saúde mental, em geral, psicólogos, atuando na atenção básica<sup>6</sup>, em algumas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Soube do trabalho de saúde mental do município através de Haidê, psicóloga da RAPS. Ela consultou a coordenadora da RAPS sobre a possibilidade de realização da pesquisa em alguma unidade. A partir do aceite da coordenadora, entrei em contato por correio eletrônico e agendamos uma reunião para que eu apresentasse a pesquisa.

---

<sup>6</sup> O Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1990, defende que o direito à saúde é baseado nos princípios da universalidade, gratuidade, integralidade e descentralização do atendimento, visando a promoção, atenção e recuperação da saúde de toda a população. Para tanto, prevê três níveis de complexidade da atenção, a saber: a atenção básica ou nível primário, nível secundário e nível terciário. A atenção básica acolhe questões de saúde mais comuns à população, demandam tecnologias mais simples e acompanhamento rotineiro para os casos, sendo a “porta de entrada” do SUS, em geral, tendo o posto de saúde como principal referência. O nível secundário trata de “agravos à saúde”, dependendo de atendimento de especialidades em ambulatórios e clínicas médicas, que tende a ser encaminhado pela atenção primária. O nível terciário atende casos mais graves, considerados de alta complexidade, que exigem tecnologias de custos mais elevados, atendidos em hospitais, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, etc. (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A coordenadora da Saúde Mental foi muito receptiva com a solicitação, fazendo sugestões metodológicas para a realização do estudo. Quando expus meu interesse em pesquisar a manifestação da medicalização da educação na classe trabalhadora, ela indicou que o estudo fosse desenvolvido no território de maior vulnerabilidade social do município. A unidade sugerida era responsável pela cobertura de grande contingente populacional, em um território que apresenta os piores índices sociais do município.

Segundo a avaliação da coordenadora, essa UBS reunia as melhores condições para a realização da pesquisa, por prever a participação de famílias da classe trabalhadora. O fato de Haidê trabalhar nesse posto de saúde favoreceu significativamente a realização do estudo, pois tínhamos intimidade e convivência para propor ações conjuntas, discutir casos, sendo que ela contribuiu consideravelmente com o desenho teórico-metodológico da pesquisa. Abriu-se a partir desse momento, a possibilidade de realização de uma pesquisa-ação participativa, que pudesse ajudar a responder as perguntas de pesquisa.

Com o campo empírico definido, lançamos mão dos seguintes procedimentos metodológicos:

a) **Pesquisa bibliográfica**, realizada no banco de teses da CAPES, artigos publicados em revistas eletrônicas, na Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil – BVS-Psi. A partir desse levantamento, reunimos subsídios teóricos para apoiar uma discussão sobre a medicalização da aprendizagem, a partir de uma perspectiva crítica do fenômeno. Esta etapa do processo de pesquisa mostrou-se fundamental, visto que o contato com estudos anteriores e com teorias consolidadas orientou o trabalho de campo e a análise das informações levantadas. O embasamento teórico possibilitou a compreensão das particularidades dos casos estudados, relacionando-as com um contexto geral e mais amplo.

b) **Observação participante**, que foi realizada por nove meses, no ano de 2018, por meio do acompanhamento das atividades realizadas por uma psicóloga de uma UBS para o atendimento de crianças de famílias da classe trabalhadora, encaminhadas por queixa escolar ao serviço de atendimento de psicologia, em uma região de alta vulnerabilidade social, de um município da região metropolitana de São Paulo. Nesse sentido, acompanhamos a realização de Acolhimentos, Grupos de Cuidadores, Grupo Infantil, Grupo de Adolescentes, reuniões da rede, Oficina de Estímulo à Leitura, entre outras atividades realizadas no posto de saúde. As observações foram registradas em diário de campo, sistematizadas, resultando nas histórias compartilhadas no Capítulo 2.

c) **Grupo focal**, desenvolvido com três cuidadores (duas mães e um pai) de crianças encaminhadas ao serviço de psicologia de uma UBS de um município da Região Metropolitana de São Paulo, em decorrência de queixas escolares, a fim de verificar as histórias de fracasso escolar e medicalização da educação vivenciadas por elas. Os participantes foram convidados a participar do Grupo por Haidê e eram famílias que haviam buscado o serviço de psicologia da unidade no período de início da realização dos encontros. Foram realizados cinco encontros semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos cada reunião, nos meses finais de 2018. A metodologia utilizada se baseou no referencial da Psicologia Social Comunitária, garantindo que os participantes dialogassem sobre os temas propostos com a mediação da pesquisadora. Os áudios de quatro encontros foram gravados, com autorização dos participantes. Somente não gravamos o primeiro encontro, pois consideramos que foi importante para o fortalecimento do vínculo entre a pesquisadora e os participantes. Os áudios foram transcritos e subsidiaram a elaboração do Capítulo 3 da tese.

Por tratar da percepção dos participantes, a memória foi um objeto importante, na perspectiva de reconstruir os fatos, lembranças e histórias envolvidas na medicalização. Nesse sentido, concordamos com Eclea Bosi (2003, p. 16) ao afirmar que: “A memória se enraíza no concreto, no espaço, gesto, imagem e objeto”.

As histórias compartilhadas pelos participantes da pesquisa foram elementos fundamentais para compreender os mecanismos de atuação da medicalização da educação, tanto sobre a sua incidência na vida das famílias da classe trabalhadora, quanto sobre as formas de enfrentamento e submissão a essa tendência, entendendo que esse processo se dá de maneira dinâmica e contraditória.

A análise das informações foi realizada através do procedimento de triangulação das informações e validação consensual (REY, 2005), ou seja, as informações oriundas das diferentes fontes foram confrontadas de modo a identificar consensos e dissensos no conteúdo, tendo como referência os acúmulos teóricos encontrados na literatura.

## CAPÍTULO 1 – MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: uma leitura crítica

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.*

**Bertolt Brecht**

### 1.1. O contexto que produz a medicalização: uma sociedade de classes

A fim de avançar na discussão do tema, consideramos importante apresentar o referencial teórico utilizado na pesquisa, de modo a elucidar as categorias de análises, que justificam o recorte do estudo. Assim, iniciamos definindo nossa compressão de classes sociais. Assumimos o entendimento marxista de classes e, conseqüentemente, de classe trabalhadora. Na concepção de Marx, é o trabalho – ação humana de transformação da natureza e, conseqüente, modificação de si mesmo – que condiciona todas as relações humanas. Então, são as relações produtivas que moldam as outras relações sociais e determinam as classes (MARX, 1859).

O lugar ocupado nas relações de trabalho – como detentor dos meios de produção ou se tendo como única opção para sobrevivência a venda de sua força de trabalho – é o que define as classes sociais no sistema capitalista. Assim, a partir da concepção marxista, a sociedade está dividida em classe trabalhadora e burguesia, em que a última detém os meios de produção e explora a força de trabalho da primeira. No entanto, a determinação de classe não se restringe unicamente a “extorsão de mais-valia” de uma pela outra, existe um conjunto de aspectos dialéticos de caráter relacional. Assim, entendemos classe como uma “categoria de análise da realidade social, capaz de dar conta das desigualdades econômico-sociais na sociedade capitalista” (MATTOS, 2012, p. 59).

Marx e Engels (2008) afirmam que a luta de classes é o motor da história, processo que se estabelece nas relações entre as classes sociais fundamentalmente vinculadas à estrutura de organização capitalista. Para eles, então, a classe social é definida a partir de uma concepção qualitativa, que supera ênfase na renda e busca entender as relações sociais presentes na sua definição. Marx (2005) defende o protagonismo do proletariado no processo revolucionário, devido ao fato de que essa classe surge sem subordinar nenhuma classe. Assim, na sua

concepção, é a única classe que pode acabar com qualquer forma de exploração de uma classe sobre a outra.

Marx e Engels (2007) defendem que indivíduos singulares formam uma classe, a partir da sua relação com a sociedade. A formação de classe social depende da colocação frente a uma luta comum contra a outra classe, mesmo havendo uma postura concorrente dentro do mesmo grupo social. Assim, verifica-se uma relação dialética entre os indivíduos e as classes sociais. Porém, a classe se autonomiza dos indivíduos, apresentando uma organização que extrapola os indivíduos que a compõe, ao ser formada por eles.

Tais relações são complexificadas através do fetichismo da mercadoria e da alienação, que consistem em um conjunto de mistificações que promove a ideia de desvinculação da mercadoria dos seus processos de produção, ocultando o trabalho e relações sociais presentes nesse processo. Assim, há um reforço das diferenças no interior da classe, uma vez que os trabalhadores não têm a dimensão da sua unidade. Dessa forma, é possível entender quais são os obstáculos que o capitalismo impõe à organização da classe dominada.

A dominação de uma classe sobre a outra se manifesta de formas diversas, através de vários mecanismos, dentre eles, Marx e Engels (2008) destacam o papel do Estado, como defensor dos interesses da burguesia, em detrimento dos trabalhadores. Assim, a definição de Estado marxiana é resultante de sua intrínseca relação com as classes sociais e a luta de classes, ou seja, ele passa a ser instrumento de manutenção da ordem social e das desigualdades.

O Estado, portanto, tem sua gênese nas relações sociais concretas, que no caso capitalista, é um Estado de classe, que consiste em uma entidade particular que, sob a justificativa de representação dos interesses gerais, promove os interesses de uma classe particular, o que consolida a dominação de uma classe sobre a outra (COUTINHO, 1996).

Para Gramsci (2002), o Estado se organiza a partir de duas formas: sociedade civil e sociedade política, que funcionam conjuntamente, embora se expressem de formas distintas. Como sociedade política, ele designa o conjunto de aparelhos com o qual a classe dominante exerce o monopólio legal da violência através dos aparelhos coercitivos do Estado. A coerção estatal assegura “legalmente” a disciplina dos grupos que não consentem, atuando quando fracassa o consenso espontâneo.

Já a sociedade civil é definida como o espaço privilegiado da luta de classes, ao reunir o conjunto de instituições que elaboram e difundem valores simbólicos, ideologia, representando os aparelhos privados de hegemonia, que atuam no sentido de convencimento para manter o poder da classe dominante. São exemplos dessa esfera do Estado a escola, igreja,

partido político, organizações profissionais, sindicatos, meios de comunicação, instituições científicas e culturais etc. Assim, pertencem a grupos sociais, que visam tornar sua forma de ver o mundo como universal por meio do convencimento.

Gramsci (2002, p. 244) define o Estado como expressão da “hegemonia couraçada de coerção”. Nesse sentido, entendemos hegemonia como a capacidade de convencimento e, portanto, da produção de consentimento ativo e/ou passivo em torno de algum tema, ligado a grupos de interesses capitalistas. Para a consolidação da hegemonia burguesa, as classes dominantes se valem de muitos instrumentos. A educação capitalista é uma delas e, portanto, acaba por ser um tema de estudo dos marxistas.

## 1.2. A escola capitalista e a produção do fracasso escolar

*Portanto, seria realmente um absurdo  
esperar uma formulação de um ideal educacional,  
do ponto de vista da ordem feudal em vigor,  
que considerasse a hipótese da dominação dos servos, como classe,  
sobre os senhores da bem-estabelecida classe dominante.  
Naturalmente, o mesmo vale para a 'alternativa hegemônica'  
fundamental entre o capital e o trabalho.*

**István Mészáros**

O trabalho orienta a forma de organização da sociedade e, por conseguinte, da educação, uma vez que na sociedade de classes, a oferta educacional também se caracteriza da mesma forma. No capitalismo, há a educação da classe dominante e outra oferta para a classe trabalhadora. Nesse sentido, o desenvolvimento tecnológico e as formas de produção de conhecimento possibilitam a intensificação da reprodução desse modelo capitalista. Assim, a classe dominante, que detém os meios de produção, apropria-se do conhecimento socialmente produzido e restringe o acesso ao saber científico. À classe trabalhadora, resta uma educação instrumental, com o domínio da ciência e da tecnologia limitado, como forma de subordiná-la aos interesses do capital (MANACORDA, 2007).

Dessa maneira, a educação baseada na divisão de trabalho capitalista, é utilizada para aprofundar as contradições existentes na nossa sociedade e impedir que os trabalhadores se apropriem do que lhes foi expropriado (meios de produção e conhecimento). Os autores marxistas reconhecem a impossibilidade de superar a educação dual na sociedade capitalista, visto que o Estado, enquanto mediador da luta de classes, sempre pende para a defesa dos interesses da classe dominante (MÉSZÁROS, 2008).



Embora a burguesia não seja homogênea e seus interesses sejam difusos e, algumas vezes, até conflitantes, há um mínimo de unidade que direciona a ação estatal para a garantia de uma intencionalidade econômica e política dos dominantes. Dessa forma, não devemos atribuir ao Estado o papel de educador da classe trabalhadora, pois é impossível esperar que ele cumpra com a responsabilidade de educar para a emancipação e libertação do proletariado. Para a concepção marxista de educação, somente na luta em defesa da educação pública sob o controle dos trabalhadores, financiada com recursos estatais será possível forjar uma educação aliada ao trabalho, em uma perspectiva emancipadora (MANACORDA, 2007).

A fim de manter a dominação e criação de consenso em torno do projeto de sociedade dominante, a burguesia dispõe de aparelhos privados de hegemonia, como a mídia e as escolas, que contribuem na disseminação dos interesses, do modo de vida e dos valores dominantes para serem internalizados e naturalizados por toda a sociedade. Nesse sentido, a escola assume um espaço privilegiado de construção de hegemonia, visto que exige frequência obrigatória de toda população, a partir de financiamento público e conta com a crença no seu papel redentor e neutro.

É esse contexto que resulta no que Maria Helena de Souza Patto (2015) chamou de produção social do fracasso escolar. Segundo Patto (2015), os estudos tradicionais sobre a não aprendizagem contribuíram para reforçar a explicação que atribuía a responsabilidade do fracasso escolar a aspectos intrínsecos aos grupos explorados – classe trabalhadora, grupos étnicos desvalorizados, mulheres. A invisibilização das diferenças nas condições de acesso, permanência e aproveitamento da educação, decorrentes das desigualdades entre as classes sociais, enquanto fatores que interferem no desempenho escolar, impede o entendimento da questão.

A tendência de produção de conhecimento na área assume explicações que culpabilizam os grupos discriminados ou seus indivíduos como responsáveis pelo baixo rendimento nos estudos. O preconceito para com os grupos mais pobres, negros, povos indígenas, mulheres marca as teorias que visavam elucidar os mecanismos do fracasso escolar.

A ideologia liberal foi a base da produção acadêmica sobre o fracasso escolar no Brasil. Embora a tese liberal defendesse a universalização das oportunidades educacionais, a criação de condições adequadas para a sua concretização não acompanhou esse anseio. A interpretação equivocada do fenômeno contribuiu para que muitas das soluções propostas para saná-lo também fossem ineficazes.

Nesse sentido, a contribuição de Patto (2015) no que diz respeito a produção social do fracasso escolar é essencial para desvendar esse processo. Assumir que a relação ensino-aprendizagem é condicionada por fatores externos à criança, determinados socioeconomicamente, mostra-se fundamental para compreender o fenômeno e seus mecanismos de funcionamento.

Nesse sentido, Bock (2016) questiona qual o papel desempenhado pela psicologia na superação das desigualdades, como forma de realizar sua função social.

Basta nos perguntarmos que contribuições a psicologia tem oferecido para evidenciar e dar visibilidade à desigualdade? Nenhuma. Suas concepções de diferenças individuais, de potencialidades, capacidades, inteligência, motivação, estruturação familiar, preconceito têm servido apenas para reduzir ao individual o que é social. (BOCK, 2016, p. 259)

Mesmo após tantos anos da defesa da tese de Patto, as análises que negam as desigualdades e individualizam a as causas da não-aprendizagem ainda são correntes e a produção do fracasso escolar não foi superada e continua reproduzida em grande parte dos bancos escolares das instituições públicas de ensino brasileiras. Apesar das reformas educacionais e de todas as mudanças na área ocorridas no país, o nosso sistema de educação ainda é um grande produtor da não aprendizagem entre as crianças mais pobres.

De acordo com Luiz Carlos de Freitas (2002; 2005; 2012, 2018), os dados indicadores da qualidade do ensino brasileiro comprovam que a escola não tem cumprido plenamente a sua função de ensinar. As pesquisas mostram que o acesso e frequência à instituição escolar aumentaram recentemente, porém o número de crianças que frequentam a escola assiduamente e não aprendem acompanhou esse acréscimo.

O autor afirma que até a metade do século passado a principal causa da baixa escolaridade brasileira era atribuída à falta de escolas, fato que limitava o acesso. Atualmente, a maioria das crianças brasileiras tem a sua vaga assegurada em instituições de ensino, o que não tem sido sinônimo de garantia de aprendizagem. Antes, a exclusão se dava “por fora”, restringindo o direito à educação a algumas camadas sociais. Hoje, a exclusão escolar criou mecanismos mais sutis e perversos de funcionamento, oferecendo a oportunidade de vaga e permanência nas instituições de ensino, mas limitando o acesso ao conhecimento.

Um dos fatores que perpetuam o fracasso escolar é a precarização das condições de trabalho docente, a começar pelo sucateamento material da maioria das instituições públicas de ensino básico no nosso país (FRIGOTTO, 2014). Falta de infraestrutura, prédios sem manutenção, arquitetura semelhante a prisões, salas de aula que parecem “celas”, com grades e

portões por todos os lados. Em alguns casos, faltam espaços, como quadras de esportes, laboratórios, bibliotecas, sala de informática etc. Em outras escolas, existem essas estruturas, porém, elas são pouco acessadas pelos estudantes, devido à ausência de recursos para a compra de materiais ou até mesmo as burocracias exigidas para o uso dos locais.

A gestão escolar, salvo exceções, tende a ser verticalizada, com pouca participação de professores, funcionários e comunidade, devido à própria hierarquia que orienta as relações institucionais no ambiente escolar. O autoritarismo é uma prática recorrente nas escolas, limitando espaços de trocas de saberes e discussão de casos. Outro empecilho no cotidiano escolar é a imensa burocracia presente nas relações entre o poder público e a gestão, que é reproduzida dentro da instituição, impedindo, muitas vezes, a proposição de inovações dentro da escola.

O número excessivo de alunos em sala costuma ser incompatível com um ensino adequado, em que o professor tenha condições de planejar aulas apropriadas à necessidade da turma. Dessa maneira, é muito difícil para ele lidar com os estudantes que não acompanham o que está sendo apresentado, por saberem mais ou não compreenderem o conteúdo. Assim, muitos professores nivelam a classe na média, não podendo se dedicar especificamente ao aluno com dificuldades.

Além disso, a categoria docente é muito desvalorizada socialmente, a começar pelos salários pagos pelo trabalho do professor. Entre os profissionais de nível superior, é uma das categorias com pior remuneração no Brasil (FRIGOTTO, 2014). Essa condição leva grande parte dos profissionais da educação a terem mais de um vínculo empregatício, assumindo uma carga horária excessiva, o que limita a quantidade de tempo dedicada a preparação de aula, formação continuada, entre outras atividades necessárias ao bom desempenho profissional.

Outra dificuldade encontrada se refere à formação inicial do professor. Estudos apontam para um aligeiramento na qualidade da formação do profissional da educação brasileira. Apesar do aumento da exigência para se lecionar, uma vez que desde a educação básica tem se exigido o ensino superior, algumas pesquisas apontam que os professores têm tido grandes falhas no processo de formação e os salários não são isonômicos entre os docentes dos diferentes níveis e modalidades de ensino. Os cursos de licenciatura são os mais oferecidos nas modalidades de ensino que se tem menos controle e rigor na formação, que é o caso da maioria das faculdades privadas e dos cursos à distância.

Devido aos resultados insatisfatórios da educação brasileira nos processos avaliativos municipais, estaduais, federais e internacionais, o professor tem sido acusado de ser ineficaz no

processo de ensino, sendo obrigado a rever as formas de organização do trabalho pedagógico. Essa tendência de desvalorização do profissional perpassa a concepção de que o docente deve ser um facilitador e não mais o condutor do processo de aprendizagem. Com base no arcabouço neoliberal, cada vez mais se fortalece a defesa de que o professor tem que ter uma ação técnica, neutra e objetiva na sala de aula (SOUZA, 2008).

Esse paradigma reforça a demanda por assessorias pedagógicas privadas, sistemas de ensino apostilados, entre outros recursos que estão sendo oferecidos por empresas para “resolver” o atraso educacional do Brasil. Contexto perfeito para justificar o avanço do capital sobre a educação, o que se expressa na tentativa de empresariamento e privatização da escola pública (FREITAS, 2018; 2012; 2005; 2002; LEHER, 2014; FRIGOTTO, 2014).

Lemos, entre outros (2014a, p. 13) assevera:

interrogarmos-nos sobre os critérios e saberes que são acionados para uma economia política que comercializou o tempo e resolveu capitalizar a velocidade/lentidão como indicador de desenvolvimento e de normalidade. O trabalho passa a ser entendido não mais enquanto uma força vendida pelo operário diante de uma demanda de oferta, mas de um sujeito econômico ativo, que não busca um salário, mas uma renda e o empresariamento de sua vida. A escola se torna lugar de gestão de competências e habilidades para o mercado da educação fomentar e gerenciar o capital humano.

O resultado desse cenário é uma educação deficiente, que apresenta alunos insatisfeitos, professores desmotivados e escolas vandalizadas. Segundo Patto (2015, p. 39): “Como pode haver ensino e aprendizado quando a professora e aluno não são capazes de discernir e compartilhar um significado para os acontecimentos em sala de aula?”. Dessa forma, a escola não cumpre com seu papel de ensinar, uma vez que a instituição não aceita a criança e a criança não aceita a escola.

O fracasso da educação brasileira é reconhecido por todos os setores sociais. Dessa forma, tem-se fortalecido a tendência de propor mudanças na organização educacional, em uma perspectiva cada vez mais neoliberal e privatizante.

Assistimos ao avanço da mercantilização da educação e da concepção neoliberal de educação, centrada principalmente em referenciais teórico-metodológicos que cada vez mais apresentam o professor como facilitador da aprendizagem, enfatizando a necessidade da autonomia do aluno para aprender, diminuindo a importância dos conteúdos escolares e destacando a necessidade de currículos cada vez mais flexíveis. Estamos ainda à mercê de projetos políticos que respondem a interesses de determinados segmentos hegemônicos da sociedade de classes e não atingem de fato um projeto nacional para as classes populares e de avanço da qualidade da educação. (SOUZA, 2008, p. 11)

Freitas (2012) alega que a adoção dos modelos internacionais de avaliação educacional no Brasil prejudica o trabalho docente, o que se agrava com a política de bônus, no qual o professor e escola recebem bonificações de acordo com os resultados dos exames. A cobrança do professor, por meio das avaliações, reforça a tendência de exclusão de “alunos problema”, criando um contexto de segregação interna das crianças com dificuldades, visto que os professores e diretores não colocarão em risco o recebimento do bônus, por causa de alunos que não aprendem.

Premidos pela necessidade de assegurar um salário variável na forma de bônus, os professores pressionam seus alunos, aumentando a tensão entre estes. Premidos pela necessidade de apresentar sua escola como uma boa instituição à comunidade, reproduzirão práticas que tenderão a afastar de suas salas e de suas escolas alunos com dificuldades para a aprendizagem (FREITAS, 2012, p. 391)

Assim, cria-se um clima de competitividade e intolerância dentro do ambiente escolar, o que dificulta ainda mais a possibilidade de oferta de um ensino que promova a formação das crianças e adolescentes que frequentam a escola.

Em um contexto como esse, não é de se estranhar o fato de os professores buscarem, ainda que de forma inconsistente e até desesperada, ajuda em serviços externos e incorporarem o discurso medicalizante como argumento para não aprendizagem. Pois, essa é uma tendência da ciência internacional; existe todo um processo de convencimento através do *marketing* da indústria farmacêutica e diagnóstica, publicados na mídia. Os profissionais da saúde, psicopedagogos etc., na maioria das vezes, engrossam o coro em defesa da medicalização e do atendimento individual. Enfim, é mais “fácil” agir localmente, no tratamento particular do que atrapalha, do que alterar as relações sociais que reproduzem o fracasso escolar sistemática e historicamente nas escolas públicas brasileiras.

De acordo com Collares e Moysés (1994, p. 30):

os professores (...) transformam-se em mediadores, apenas triando e encaminhando as crianças para os especialistas da Saúde. Essa prática acalma a angústia dos professores, não só por transferir responsabilidades, mas principalmente porque desloca o eixo de preocupações do coletivo para o particular. O que deveria ser objeto de reflexão e mudança - o processo pedagógico - fica mascarado, ocultado pelo diagnosticar e tratar singularizados, uma vez que o "mal" está sempre localizado no aluno. E o fim do processo é a culpabilização da vítima e a persistência de um sistema educacional perverso, com alta eficiência ideológica.

E continuam:

o espaço eminentemente pedagógico da instituição escolar tem-se esvaziado, tem-se tornado vago. Uma instituição social em que seus atores - os profissionais da Educação -, rebaixados na escala social, com salários aviltantes, sentindo-se incapazes, expropriados de seu saber, estão prontos a delegar seu espaço, prontos a submeterem-se a uma nova ordem. O trabalho pedagógico, desqualificado, cede terreno para o trabalho de outros profissionais, estimulados pela necessidade de mercado de trabalho. O espaço escolar, voltado para a aprendizagem, para a normalidade, para o saudável, transforma-se em espaço clínico, voltado para os erros e distúrbios. Sem qualquer melhoria dos índices de fracasso escolar... Porém, se as crianças continuam não aprendendo, a isto agrega-se, em taxas alarmantes, a incorporação da doença (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 31)

No mesmo sentido, Souza (2008, p. 4-5) assevera:

A concepção teórica de que o fracasso escolar é produto da escola resgata pelo menos duas grandes questões para o psicólogo e para a formação de profissionais que atuam no campo da educação escolar: a primeira referente ao posicionamento político de compromisso com o excluído, principalmente com as crianças e adolescentes, e a segunda, não menos importante, relativa à superação de referenciais teórico-metodológicos oriundos da Psicologia que têm levado à produção da exclusão por meio de concepções medicalizantes a respeito da queixa escolar.

O fracasso escolar, resultado de processos sociais, gera um desconforto e sofrimento para os envolvidos. A não-aprendizagem e o deslocamento da criança ou adolescente com relação às expectativas sociais resultam em grande sofrimento psíquico e angústia, que podem ser entendidas como expressões da humilhação social (GONÇALVES FILHO, 1998a; 1998b).

Feitas essas considerações, é possível iniciar a discussão sobre medicalização na educação e sua expressão na vida de crianças e adolescentes.

### 1.3. Medicalização: aspectos históricos do reducionismo biológico

*A Igreja diz: o corpo é uma culpa.  
A Ciência diz: o corpo é uma máquina.  
A publicidade diz: o corpo é um negócio.  
E o corpo diz: eu sou uma festa.*

**Eduardo Galeano**

Ao se referir à maneira como as pessoas consideradas loucas eram tratadas ao longo da história, pudemos notar uma forte tendência de moralização e disciplinamento dos corpos e mentes como forma de dominação. Papel antes exercido pelas instituições religiosas, que, através do castigo e do “medo do inferno”, tratava os desviantes da moral, os portadores de vícios, os “possuídos pelo demônio”, a fim de livrá-los do mal e construir relações sociais

“harmônicas”. As formas de promover a cura variaram de acordo com o caso e a época, abrangendo desde penitências, exorcismos, até a violência extrema, como a Inquisição e o extermínio dos hereges e das bruxas (FOUCAULT, 1979; LUENGO, 2010).

A exclusão do “doente” e de quem não se adapta é histórica, porém, a responsabilidade por decidir sobre ela é, paulatinamente, transferida para a medicina, conforme a ciência ocupa o status de produção de verdades, no desenvolvimento das sociedades modernas. Nesse sentido, a psiquiatria passa a representar a área da medicina que trata dos males da alma, do invisível, das doenças mentais.

Szasz (1980) afirma que o poder dos psiquiatras decorre do fato da área abordar os aspectos subjetivos e intangíveis da realidade humana, atribuindo-lhes responsabilidade sobre o julgamento moral dos indivíduos. O autor reforça que o argumento da neutralidade científica dificulta o reconhecimento da ideologia presente na prática médica, uma vez que a psiquiatria se supõe universal, recusando seus aspectos sócio-históricos.

Essa tese é endossada por Costa (2006), que defende que a omissão do estudo do desenvolvimento da psiquiatria no Brasil – até mesmo nos cursos de formação da área – indica uma tendência de compreendê-la enquanto uma ciência inequívoca, a ser comparada às exatas, em que há somente uma concepção e abordagem. Costa enfatiza o caráter ideológico dessa abordagem, que desconsidera os processos sociais que constroem o ser humano e suas relações e adotam concepções distorcidas, muitas vezes perigosas, de cuidado em saúde, como é o caso da prevenção psiquiátrica, expressa nas características eugênicas da história da psiquiatria do país.

A cisão das formas de produção de conhecimento das suas bases reais coloca em risco o reconhecimento do contexto em que aquele saber foi forjado, os interesses envolvidos, bem como seus limites. Dessa maneira, distancia-se da possibilidade de crítica e da potencialidade de seguir no processo de avanço na compreensão da realidade, que deve ser o propósito da ciência. Parece ser essa a estratégia da psiquiatria recente que se blinda do questionamento ao se separar das circunstâncias em que foi produzida.

A explicação única incorpora a condição de dogma inquebrantável, que deve ser assumida como condição da crença na ciência. Concepção que impede o livre exercício do pensar e da produção do conhecimento, por negar as circunstâncias em que essas “verdades” são produzidas, a ideologia vigente, os interesses econômicos e políticos presentes na prática dessa psiquiatria. Em outras palavras, a falácia da neutralidade científica serve para a

manutenção da sociedade de classes e é usada para legitimar essa desigualdade, uma vez que a sua negação é encarada como irracionalidade.

São muitos os autores que questionam essa condição de única produtora de verdades das ciências médicas, em especial da psiquiatria. Além disso, diversos autores apontam para a tendência de que essa área do conhecimento assume no disciplinamento dos que fogem à norma, os ditos anormais. É perceptível a relação entre o papel dos profissionais da saúde mental e a busca por “adaptar” os sujeitos à realidade, identificando e excluindo os “inadaptáveis”, considerados como loucos, incapazes, doentes mentais.

Atualmente, vemos o paradigma clínico-terapêutico, sustentado pelo reducionismo biológico, fortalecido como principal referência para análise dos problemas de aprendizagem. No entanto, Patto (2015) aponta que não é a primeira vez que isso acontece. Em outros períodos históricos, as teorias que privilegiavam os aspectos inatos foram hegemônicas, de modo a naturalizar as desigualdades sociais (PATTO, 2015).

Nos dias de hoje, as explicações que enfatizam os aspectos biológicos do desenvolvimento humano se atualizam com a prática medicalizante. Mais recentemente, esse processo se manifesta a partir de uma questão metodológica, que reflete seu caráter ideológico. O modelo metodológico que orienta a maior parte das produções científicas na área da saúde é o *Evidence-Based* (traduzido como “baseado em evidências”). Nesse sentido, a principal fonte de dados para as pesquisas inspiradas nesse método é a observação do que se manifesta concretamente (evidências), restringindo a abordagem aos fatores quantificáveis e mensuráveis. Tal concepção desconsidera os aspectos qualitativos que incidem sobre o objeto observado, na perspectiva de se manter isento no processo de pesquisa (CASTIEL; PÓVOA, 2002).

A partir do *Evidence-Based*, a relação entre o observador-pesquisador e o objeto de sua observação, no caso, um ser humano, dá-se pautada no distanciamento do observador e passividade do observado. Isso é justificado para que seja garantida a suposta neutralidade científica, que resultaria em uma observação isenta e, portanto, fidedigna à realidade.

No entanto, esse modelo de prática científica é duramente criticado, por desconsiderar o contexto sociocultural do objeto e, conseqüentemente, o próprio participante da pesquisa é desqualificado, uma vez que assume uma postura inativa, além de não levar em conta a interferência que a presença do observador realiza sobre o fenômeno estudado. Desse modo, outras formas de saberes e de produção de conhecimento são deslegitimadas, resultando na hierarquização dos conhecimentos e manutenção da autoridade sobre o cuidado da saúde apenas aos seguidores desse método.



Castiel e Póvoa (2002) denunciam a validade ideológica dessa forma de produzir ciência, que atribui aos fatores orgânicos e biológicos a origem das diferenças na nossa sociedade, o que naturaliza as desigualdades sociais, – resultado de uma sociedade capitalista injusta – como manifestações das diferenças individuais inatas, que se expressam nas doenças e transtornos criados, diagnosticados e medicalizados por essa forma de produção de saberes médicos.

Baseados em critérios científicos e análises estatísticas, criam-se manuais de referência para a classificação do normal, prescrito como dócil, obediente, gentil e subordinado à autoridade alheia, adequados às necessidades sociais. Essa tendência classificatória vem a calhar com os interesses da sociedade capitalista, que precisa de sujeitos que se deixem dominar, explorar. Quem desvia dessa lógica é tido como anormal, doente, louco. Por conseguinte, aprimorar as formas de mensuração dos desvios torna mais eficaz o diagnóstico do doente.

Uma das maiores expressões disso é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM<sup>7</sup>, principal referência para diagnósticos em saúde mental no mundo. Nas suas últimas versões o manual tem se baseado em testes que orientam critérios diagnósticos a partir de referências quantificáveis, que desconsideram os aspectos socioculturais. Observa-se um profundo reducionismo biológico dos processos sociais, além de desconsiderar a falta de consenso da comunidade científica em torno da existência de parte desses transtornos, formas de diagnóstico e tratamento.

Guarido (2006) sustenta que a mudança de concepção sobre a saúde mental presente a partir do DSM III teve forte apoio da indústria farmacêutica, uma vez que o modelo medicalizante está amparado pelo tratamento das desordens por meio da terapia medicamentosa. Assim, desde 1980, o discurso patologizante da vida social foi revigorado, através da valorização da dimensão individual, assumindo a medicação como “reguladora da subjetividade”.

---

<sup>7</sup> Em 1952, foi publicada a primeira versão do DSM e, em 1968, o DSM II. Ambas as edições tinham forte cunho psicodinâmico, apresentando as desordens a partir das estruturas neuróticas e psicóticas, sem intuito de discutir normalidade. O DSM III, publicado em 1980, representou a incorporação do modelo biomédico e o abandono da referência psicanalítica. Em 1987, houve uma republicação do DSM III, com alguns ajustes. Em 1994, foi lançado o DSM IV e revisto em 2000. A versão mais recente do manual é a DSM 5, lançado em 2013, que não apresenta grandes alterações na perspectiva das duas anteriores (GUARIDO, 2006).

Além disso, a autora destaca o caráter interessado do DSM, visto que o manual é produzido pela Associação Americana de Psiquiatria – APA<sup>8</sup>, uma organização privada dos Estados Unidos. Nesse sentido, verifica-se uma forte vinculação dessa forma de abordar a saúde mental e o fortalecimento da indústria farmacêutica nesse país e no mundo.

Assim, podemos verificar uma atualização da tendência moralizante de identificar e punir os desviantes morais, presente na história da humanidade e expressa de diferentes maneiras. No capitalismo, essas ferramentas, subsidiadas por concepções científicas, atuam para legitimar a subordinação, exploração e alienação, bem como excluir e punir o que não segue a norma.

É na forma desses diagnósticos que o processo de medicalização da vida incide sobre a infância e adolescência, de modo a normatizar o comportamento que é tido como normal e classificar o desviante – desobediente, insubordinável, rebelde – como doente. Quando analisamos os impactos da adoção desse modelo de produção do conhecimento na área da educação, verificamos a tendência de uma observação pretensamente neutra, para quantificar e classificar o problema, segundo o preconizado pelo DSM 5. Os problemas de aprendizagem passam a ser analisados individual e isoladamente, como se as crianças que não aprendem pudessem ser abordadas fora do seu contexto cultural e social.

Dessa maneira, o conhecimento na área da saúde mental tem sido produzido a partir de uma hierarquização dos conhecimentos, com a primazia do saber médico, em detrimento das outras áreas. Isso promove a desqualificação e impedimento do saber popular e de outras formas de produção de conhecimento. O modo de vida da classe trabalhadora, expresso nas suas culturas, linguagens, concepções de mundo, é desconsiderado. Portanto, a criança formada a partir dessas experiências socioculturais, em geral, também não é reconhecida pelo conhecimento dominante. A medida que a criança não tem suas formas de ver o mundo respeitadas no ambiente escolar, internaliza que não sabe e que o seu modo de aprender é inválido, o que provoca desdobramentos sobre a pedagogia e psicologia.

Patto (2015), afirma que, ao longo da história, a ciência psicológica foi utilizada com vistas a justificar as diferenças sociais, a partir de argumentos individuais, através da

---

<sup>8</sup> Segundo a sua página na internet, American Psychiatric Association – APA (Associação Americana de Psiquiatria) é uma entidade privada dos Estados Unidos, que reúne mais de 38 mil membros que desenvolvem a prática psiquiátrica ou pesquisas na área. Atualmente, ela está organizada em mais de 100 países. De acordo com o site, trata-se de “uma organização de psiquiatras que trabalham em conjunto para garantir cuidados humanitários e tratamento eficaz para todas as pessoas com doenças mentais, incluindo transtornos por uso de substâncias”, autodefinindo-se como “a voz e a consciência da psiquiatria moderna”. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/about-apa>. Acesso em 28 fev. 2019.

psicometria. Portanto, inicialmente, essa área do conhecimento estava intimamente associada à medicina, a fim de desvendar as diferentes capacidades humanas. No entanto, essa vertente tinha um forte caráter normatizador, assumindo como referência de adequado as características próprias do homem branco, da classe dominante. Nesse sentido, muitas vezes, a forma de fazer ciência, considerada neutra e isenta de posicionamento, foi portadora de um projeto de sociedade que legitima a desigualdade e dissemina preconceitos (PATTO, 2015).

Tal tendência individualizante permanece presente na prática científica e é utilizada sempre que é conveniente aos interesses da classe dominante. Recentemente, as teorias que justificam o sofrimento social por meio do diagnóstico de transtornos psíquicos têm se tornado cada vez mais aceitas nos meios científicos e do senso comum.

De qualquer forma, é impossível negar que o fracasso escolar gera um sofrimento psíquico nas crianças e adolescentes, bem como, nas suas famílias. Estudantes que não aprendem, comportam-se inadequadamente ou tem o desempenho acadêmico abaixo do esperado são rotulados, excluídos de alguns espaços. Suas famílias, na maioria das vezes, não sabem como lidar com a situação, por falta de recursos ou orientação a respeito, o que gera uma angústia, fruto da “inadequação” da criança ou adolescente. Entendendo o fracasso escolar como uma produção social, nesses casos, há um sofrimento psíquico – vivenciado pela família e pela criança/ adolescente – gerado por questões sociais, caracterizado como humilhação social (GONÇALVES FILHO, 1998a; 1998b).

A humilhação social envolve condicionantes econômico-sociais e inconscientes, decorrentes de processos de desigualdades políticas e, portanto:

Como tal, trata-se de um fenômeno ao mesmo tempo psicológico e político. O humilhado atravessa uma situação de impedimento para sua humanidade, uma situação reconhecível nele mesmo – em seu corpo e gestos, em sua imaginação e em sua voz – e também reconhecível em seu mundo – em seu trabalho e em seu bairro. (GONÇALVES FILHO, 1998b, p. 16)

Em geral, os professores das escolas públicas – com condições de trabalho precárias, formação insuficiente, políticas públicas equivocadas e controle burocrático excessivo (FREITAS, 2005) – tem poucos recursos para enfrentar o fracasso escolar. O encaminhamento a serviços de saúde, em alguns casos, mostra-se como uma das poucas opções conhecidas, que tem disputado a hegemonia da explicação da não aprendizagem. A medicalização apresenta-se como uma saída e pode atuar junto à angústia gerada por essa situação, ao nomear e propor tratamento ao problema. Ainda mais por ser baseada em conhecimento biomédico, legitimado

como forma mais avançada de saber, o que revela que a discussão sobre os impactos psicossociais da medicalização é bem mais complexa do que pode parecer de início.

### 1.3.1. Medicalização da educação: a hora e a vez das crianças e adolescentes

#### *O fingidor*

*O ermo que tinha dentro do olho do menino era um defeito de nascença, como ter uma perna mais curta.  
Por motivo dessa perna mais curta a infância do menino mancava.  
Ele nunca realizava nada.  
Fazia tudo de conta.  
Fingia que lata era um navio e viajava de lata.  
Fingia que vento era cavalo e corria ventena.  
Quando chegou a quadra de fugir de casa, o menino montava num lagarto e ia pro mato.  
Mas logo o lagarto virava pedra.  
Acho que o ermo que o menino herdara atrapalhava as suas viagens.  
O menino só atingia o que seu pai chamava de ilusão.*

**Manoel de Barros**

Um menino que “nunca realiza nada”, que “faz tudo de conta”, que só atinge o que seu pai – e outros adultos – chama de “ilusão”, que brinca de imaginar, pode estar aprendendo e se desenvolvendo, a partir de jogos simbólicos, elementos centrais para a formação do raciocínio abstrato, tema caro aos estudiosos do desenvolvimento humano. Porém, a depender do ponto de vista em que esses fatos são observados, esses mesmos atributos podem caracterizar uma patologia.

Segundo o DSM 5, os seguintes comportamentos são critérios diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH: “Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex. começa as tarefas, mas muda rapidamente o foco e facilmente perde o rumo)”;

“Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos”; “parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia” (SCARIN, 2016). Desse modo, o “nunca realizar nada”, o fazer “tudo de conta”, o exercício da “ilusão” frequente pode ser encarado como um desvio comportamental causado por um transtorno neurológico.

Essa tendência de ver doença onde existe a expressão da vida e das suas contradições é conceituada como medicalização da vida. Esse processo manifesta-se cada vez mais cedo, a começar pela infância, de modo a definir referências de padrão de comportamento, de

aprendizagem e de desenvolvimento, que classifica qualquer desvio como doença, desconsiderando os aspectos sociais que condicionam tal comportamento, aprendizagem e desenvolvimento.

Tal fenômeno pode ser observado no aumento de diagnósticos de transtornos e doenças psiquiátricos em crianças e adolescentes. Um dos principais argumentos para o encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental, psiquiatria e neurologia é a queixa escolar, ou seja, são as instituições de ensino que encaminham a criança ou adolescente a procurar ajuda de profissionais de saúde, a partir da avaliação de que a causa da inadequação no ambiente escolar é oriunda de processos biológicos.

O padrão diagnosticante dos problemas de aprendizagem foi comum nas décadas de 1950 e 1960, porém foi enfraquecido, posteriormente, em decorrência da teoria da carência cultural<sup>9</sup>. Com o aprimoramento de técnicas diagnósticas neurológicas, como ressonâncias magnéticas, estudos genéticos, entre outros, reforçou-se novamente a busca por causas biológicas responsáveis pelo fracasso escolar, contexto propício para o surgimento de uma série de doenças, disfunções neurológicas e transtornos que, segundo a abordagem de alguns profissionais de saúde, prejudicam o comportamento e a aprendizagem.

Com relação aos transtornos mentais que interferiam no desenvolvimento e aprendizagem humana, podemos observar essa tendência materializada na Linha do Tempo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (SCARIN, 2016). Scarin (2016) sistematizou as transformações sofridas nos referenciais de diagnóstico, em especial no DSM apontando para o crescimento da modalidade de transtornos de aprendizagem nos manuais. Ela afirma que tais alterações resultam em uma tentativa de quantificação e mensuração estatística para a realização de diagnóstico dos transtornos mentais relacionados à aprendizagem.

Na primeira edição do DSM, em 1952, há a descrição de apenas um transtorno nessa área: “deficiência mental”. Na edição mais recente, de 2013, o DSM 5 descreve cinco modalidades de transtornos que afetam o desenvolvimento e aprendizagem de crianças, sendo elas: “Incapacidade Intelectual”; “Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade”; “Transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta”; “Transtornos Específicos de Aprendizagem”; “Transtornos de Comunicação”.

---

<sup>9</sup> Durante as décadas de 1970 e 1980, o principal argumento para justificar a não aprendizagem da classe mais pobre era o não acesso aos bens culturais, que impediam a criança a ter condições de acompanhar o desenvolvimento intelectual necessário para o sucesso nos estudos (PATTO, 2015).

Pesquisas (DELVAN, et. al., 2010; FONTANA, et. al. 2007) apontam que dentre as crianças encaminhadas aos serviços de saúde mental, há maior procura de meninos, em idade escolar, em especial, da educação infantil ou séries iniciais do ensino fundamental. Dos casos encaminhados, os diagnósticos mais frequentes são: 1) transtorno de déficit de atenção e comportamento disruptivo, envolvendo TDAH, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição, transtorno de comportamento disruptivo sem especificação; 2) transtorno de ansiedade; 3) transtorno de aprendizagem. Nesse sentido, Fontana; et. al. (2007) afirmam que o TDAH é o distúrbio neurocomportamental mais comum da infância<sup>10</sup>.

Apesar disso, Caliman (2010) aponta que a o TDAH ainda não é consenso na comunidade científica. Uma das dificuldades de assegurar a existência do transtorno se dá pelo questionamento das evidências clínicas que justificam o diagnóstico, uma vez que não há exames que comprovem a sua existência. Os protocolos de diagnóstico recomendam a utilização de pelo menos três instrumentos para concluir se uma pessoa tem TDAH ou não. Os recursos diagnósticos podem ser anamnese, testes, observação clínica, resposta medicamentosa, entre outros.

O principal teste desenvolvido para esse fim foi baseado em orientação da Associação Americana de Psiquiatria – APA<sup>11</sup>. No Brasil, foi traduzido e validado pelo Grupo de Estudos do Déficit de Atenção – GEDA da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (MATTOS, et. al., 2006), conhecido como Instrumento MTA-SNAP-IV de Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade e Sintomas de Transtorno Desafiador e de Oposição (Anexo 1)<sup>12</sup>. O instrumento é utilizado como forma de aferir a frequência dos sintomas do TDAH, descritos no DSM IV, a fim de oferecer parâmetros para o diagnóstico do transtorno.

---

<sup>10</sup> Por se tratar do diagnóstico psiquiátrico mais prevalente na infância, abordaremos de modo mais detalhado o TDAH, como expressão do processo de medicalização da educação, a fim de apontar as fragilidades e inconsistências presente no discurso e na prática medicalizante. Além disso, no Capítulo 3, trataremos de um caso de criança diagnosticada com esse transtorno, então, esse debate também subsidiará a discussão que será feita adiante.

<sup>11</sup> Conforme já indicamos acima, a APA é uma organização que recebe influência da indústria farmacêutica na definição de sua pauta, sendo uma importante porta-voz da perspectiva medicalizante (GUARIDO, 2006).

<sup>12</sup> O MTA-SNAP-IV é destinado para crianças de até 12 anos de idade. Para o diagnóstico de adolescentes e adultos, existe a Escala Adult Self-Report Scale (ASRS-18, Versão1.1) para Avaliação de Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) em Adultos. A versão brasileira foi traduzida e validada pelo mesmo grupo que adequou o teste infantil aqui. Observa-se que os dois instrumentos são semelhantes, diferenciando-se por pequenas adequações de linguagem para cada público a que se destina. Além disso, o MTA-SNAP-IV foi desenvolvido para ser aplicado em crianças, enquanto o ASRS-18 é uma autoavaliação do adulto a respeito do seu próprio comportamento (REZENDE, 2015).

Como podemos observar no teste, no seu cabeçalho há um espaço para o preenchimento do nome, série e idade da criança, que destaca o ambiente escolar como um espaço importante de identificação do problema. Os formuladores do instrumento o desenvolveram para ser aplicado por professores e pais, o que reforça sua forte coincidência com processos de escolarização.

O teste é composto por 18 questões, que descrevem comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos. Para cada uma das situações descritas, deve-se indicar a frequência de ocorrência, através das seguintes opções: “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. Caso haja seis ou mais repostas “bastante” ou “demais” nas nove primeiras questões, a criança pode ser diagnosticada com TDAH com prevalência em desatenção. Se for seis ou mais marcações “bastante” ou “demais” no intervalo de questões de 10 a 18, ela pode ser diagnosticada com TDAH prevalentemente hiperativo/ impulsivo, conforme critério diagnóstico definido no DSM IV.

Os comportamentos descritos no questionário são bem abrangentes, consistindo em situações muito frequentes na infância e que não necessariamente são típicas de um quadro patológico. Dependendo do rigor em que se aplica o teste, qualquer pessoa pode ser avaliada como portadora de TDAH. A dificuldade de estabelecer parâmetros de referência para a quantificação da frequência é outro desafio para o teste, uma vez que estabelecer quanto é “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais” é relativo, depende do contexto em que o comportamento é apresentado e de quem está avaliando.

Nos itens do questionário, os comportamentos são apresentados de forma descontextualizada, portanto, não é possível avaliar se a desatenção, hiperatividade ou impulsividade da criança pode resultar de outros fatores que interferem no desenvolvimento infantil, como problemas no ambiente escolar ou familiar. Concluir que o que causa a inadequação da criança são questões orgânicas isoladas e, portanto, individuais, é uma forma de desconsiderar outros fatores que contribuem na formação individual e social da criança, bem como de silenciar contradições desse processo.

Por todas essas razões, o diagnóstico de TDAH é muito difícil e, mesmo os médicos, tem dificuldade de diferenciar o transtorno de outras doenças ou de fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento infantil. Todavia, no Brasil, houve um aumento muito grande desse tipo de diagnóstico, apesar de, até hoje, não haver nenhum consenso científico em torno desse transtorno, apenas apontamentos, por vezes questionados por outros estudiosos da área.

Os defensores da existência do transtorno alegam que há registro na literatura científica de sintomas semelhantes ao que hoje se classifica como TDAH desde o século XIX, justificando que essa é uma condição que acomete crianças há tempos, não sendo resultado de processos históricos ou sociais recentes. No entanto, as explicações sobre as causas desses comportamentos infantis desviantes já se basearam em dano cerebral, problema no funcionamento neuroquímico, falhas no desenvolvimento moral etc., abrangendo sintomas e comportamento muito amplos e difíceis de serem atribuídos a fatores exclusivamente orgânicos. Dessa forma, é possível verificar inconsistências teóricas e clínicas na descrição e classificação do transtorno ao longo do tempo (CALIMAN, 2010).

Provavelmente por causa do grande número de diagnósticos, a crítica ao TDAH, é tema corrente em muitas publicações levantadas na pesquisa bibliográfica, cujos resultados serão apresentados na seção seguinte dessa tese. Nelas, é possível encontrar pesquisas que criticam o caráter medicalizante presente na defesa do TDAH e correlacionam o surgimento do transtorno com o consumo de drogas prescritas, a fim de atender aos interesses da indústria farmacêutica. Outros estudos consideram que o diagnóstico do transtorno é utilizado para promover a institucionalização da criança e do jovem indisciplinado, como forma de silenciar e enquadrá-lo, evitando o enfrentamento das contradições sociais que promovem o descontentamento ou a indisciplina.

Algumas publicações relacionam a maior atividade e desatenção das crianças com mudanças da organização social, em decorrência à exposição excessiva a estímulos e informações, cerceamento de espaços para a criança brincar e gastar energia, bem como uma dificuldade da família e da escola no estabelecimento de limites para o comportamento infantil. Além disso, pesquisas indicam desafios didático e metodológicos considerando que a atenção e o autocontrole são funções aprendidas e não naturais da criança e, portanto, precisam de condições para serem adquiridas. A existência de um número cada vez maior de pessoas que não conseguem se concentrar em uma tarefa pode ser um indício de uma falha no processo de ensino, não, necessariamente, um problema do indivíduo (MEIRA, 2009).

Muitas teorias da área da educação e da psicologia reforçam a importância da participação ativa do aprendiz naquilo que se quer que ele aprenda. No entanto, ao observarmos o cotidiano escolar, podemos notar que grande parte das metodologias adotadas exige uma



postura passiva do estudante<sup>13</sup>. Meira (2009) defende que a ausência de ação é um desrespeito com a criança e um descompromisso com a efetividade da ação educativa. A atividade é indispensável para aprendizagem do aluno, portanto, ao negá-la, a escola inviabiliza o ensino.

Nesse sentido, a crítica à medicalização da vida assume o contexto social em que a criança está inserida como dimensão fundamental, quiçá, determinante, para o surgimento dos sintomas atribuídos ao TDAH. Essa dimensão é completamente desconsiderada pelo modelo medicalizante, que parte da primazia dos aspectos orgânicos e biológicos nas suas elaborações. Todavia, essa restrição promove uma visão distorcida da realidade, com base em uma redução da vida a funções neuroquímicas e cerebrais (CALIMAN, 2010).

O que torna a questão mais grave é que a terapia recomendada para a maioria dos casos diagnosticados com TDAH é a medicamentosa. Assim, desde o momento de identificação do transtorno, que pode se dar muito precocemente, a tendência é de prescrição de uma droga controlada e que traz uma série de efeitos colaterais à vida da criança.

O argumento que tenta justificar a administração do medicamento no tratamento do transtorno é baseado em indícios de que o comprometimento de determinadas áreas cerebrais pode desencadear os sintomas que caracterizam o TDAH, causando um desequilíbrio neuroquímico a ser compensado com o uso da medicação. Mas conforme discutido acima, não há consenso sobre esse tema entre os especialistas.

A droga mais frequentemente prescrita em casos de TDAH tem como princípio ativo o metilfenidato, um estimulante, da família das anfetaminas, conhecida pelos nomes comerciais Ritalina, fabricado pela Novartis, e Concerta, do laboratório Janssen<sup>14</sup>. Segundo Meira (2009, p. 2), o remédio é “estimulante do sistema nervoso central potencializando a ação das substâncias cerebrais noradrenalina e dopamina.”.

Em pesquisa, Garrido (2009) revelou que o consumo brasileiro de metilfenidato aumentou 930% entre 2000 e 2004, período que coincide com a disseminação dos diagnósticos de TDAH e de consolidação de uma maior influência da indústria farmacêutica sobre a

---

<sup>13</sup> Não cabe aqui transferir a responsabilidade integral sobre o fracasso escolar do aluno para o professor, já que a formação docente, as condições de trabalho e as políticas educacionais, muitas vezes, limitam a possibilidade de construção outras formas educativas.

<sup>14</sup> Ambas as medicações, a Ritalina da Novartis (RITALINA, 2014) e Concerta do Jassen (CONCERTA, 2014) tem o metilfenidato como princípio ativo. A diferença entre os dois refere-se ao tempo de absorção da medicação, sendo que a Ritalina é considerada como de curta duração, sendo absorvida de 3 a 5 horas e o Concerta tem 12 horas de ação. Assim, a droga da Novartis deve ser tomada mais de duas a três vezes por dia, enquanto o Concerta é de uma dose diária. Além disso, a Ritalina é produzida no Brasil, enquanto o Concerta é produzido em Porto Rico e embalado nos Estados Unidos. Por ser um importado, o seu valor comercial é superior ao da Ritalina, variando de acordo com a dosagem e número de comprimidos por caixa.

psiquiatria. O Brasil é o segundo maior consumidor do fármaco, sendo precedido apenas pelos Estados Unidos, país em que o referencial medicalizante é ainda mais presente.

Percebemos que o acréscimo no número de diagnósticos desse e outros transtornos semelhantes tem relação a uma ampliação dos setores sociais diagnosticados, que tem abrangido cada vez mais frequentemente a parcela mais pobre da sociedade (MEIRA, 2009). Collares e Moysés (1994) argumentam que, inicialmente, os diagnósticos eram comuns às classes mais abastadas. A partir da década de 1990, os principais pacientes desses males passaram a ser os filhos da classe trabalhadora, uma vez que o processo de medicalização se tornou “moda” entre os profissionais da educação e saúde. Assim, a análise do perfil das crianças que são encaminhadas a tais serviços é relevante para se identificar a origem do padrão medicalizante.

Conforme indicado acima, o período de “aparecimento dos sintomas” dos transtornos tende a coincidir com o início da vida escolar. Assim, os encaminhamentos de crianças à saúde mental têm uma grande relação com problemas de aprendizagem. A queixa escolar é recorrente motivadora de busca pelo atendimento de psiquiatras ou psicólogos, o que expressa a necessidade de procura por uma explicação e tratamento para o fracasso escolar. Tendo em vista a legitimidade que o discurso médico assume na nossa sociedade, a justificativa patologizante se encaixa perfeitamente nessa busca. Antes de questionar a estrutura escolar, encaminha-se a criança para o serviço de saúde e “resolve-se” (ou “livra-se”) o problema.

A maior procura de meninos aos serviços também é um indício para um forte caráter sociocultural desses encaminhamentos. São eles os que, mais frequentemente, são os responsáveis por comportamentos indisciplinados nas salas de aulas. Assim, essa indisciplina ou rebeldia pode ser a expressão de uma diferença da educação e criação de limites entre os gêneros, visto que socialmente, tendemos a ser mais permissivos com os meninos do que com as meninas. Nesse sentido, antes de limitar a análise a aspectos biológicos, necessitamos abordar a totalidade do fenômeno e contextualizá-lo socialmente.

Todos esses transtornos são de difícil diagnóstico e apresentam muitas controvérsias, por partirem de uma análise biologicista e médico-centrada, sem considerar outros fatores relevantes no processo de ensino-aprendizagem. Muitos autores defendem que a patologização e, conseqüentemente, a medicalização da infância e adolescência é um equívoco, que atende interesses da indústria farmacêutica e diagnóstica, além de escamotear as inconsistências do sistema nacional de ensino, bem como as nossas desigualdades sociais.

Por outro lado, os defensores de que os problemas de aprendizagem são de ordem biológica têm atuado no sentido de hegemonizar a tendência diagnosticante e convencer – através de campanhas midiáticas, formação de profissionais de saúde e da educação – da importância do diagnóstico e do tratamento médico para esses transtornos. Pois, segundo eles, se os transtornos não forem tratados, geram muito sofrimento para criança e familiares.

Os professores e pais de crianças que não se comportam, não aprendem, tampouco obedecem, muitas vezes, sem alternativas e informações, tendem a encaminhar as crianças ao serviço de saúde. Por sua vez, os serviços de saúde costumam reiterar o discurso patologizante e medicalizante, diagnosticando as crianças sem considerar outros aspectos relevantes que interferem no processo de aprendizagem (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Assim, fortalece-se a ideia de que ao reconhecer o transtorno a criança está sendo respeitada na sua individualidade e, ao ser tratada, poderá ter uma vida “normal”. Porém, sem a alteração de outras dimensões do processo de escolarização, não haverá garantia de aprendizagem. Mais uma vez, a causa da não aprendizagem é desconsiderada.

Desse modo, desconsideram-se as condições do ensino público brasileiro e reforça-se a ideia de que é a criança – pobre, na maioria dos casos – que não é capaz de aprender. O fracasso escolar é um problema complexo, que tem como principais envolvidos a criança que não aprende e o professor, também indicado como responsável por não ensinar.

O reducionismo biológico presente nas práticas patologizantes desconsidera aspectos sociais, políticos, econômicos e históricos da vida, assim, tende-se a centralizar no indivíduo as consequências de problemas sociais. O processo de individualização e culpabilização da vítima promove uma desresponsabilização do Estado e do sistema sociopolítico, baseada na consolidação da ideologia dominante e na disseminação de preconceitos. Todavia, esse é um processo de difícil percepção e é um desafio maior ainda resistir a ele (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Segundo Collares e Moysés, inicialmente, o modelo de medicalização do fracasso escolar era atribuído à desnutrição das crianças, que acometia somente as mais pobres, ou seja, a classe trabalhadora. Recentemente, o discurso se atualizou e hoje em dia afirma-se que

O fracasso escolar seria o resultado da existência de disfunções neurológicas, incluindo-se aqui a hiperatividade, a disfunção cerebral mínima, os distúrbios de aprendizagem, a dislexia; inicialmente essa forma restringia-se às crianças das classes média e alta, porém, atualmente, está disseminada inclusive entre a classe trabalhadora, criando uma situação no mínimo esdrúxula - uma mesma criança ser rotulada de deficiente mental por desnutrição e de disléxica. (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 27)

Nesse sentido, podemos identificar que a criação de uma infância adoecida tem como principal fonte de apoio a explicação científica e, que, de certo modo,

A articulação mais consistente desse discurso falseador demanda a utilização de explicações advindas de variados campos da ciência, especialmente no que se refere às teorias sobre o homem. É nesse contexto que a Psicologia dá uma de suas maiores contribuições para a manutenção desse processo de impedimento de acesso das crianças pobres aos bens culturais: o pressuposto de que nem todas as crianças reuniriam as condições necessárias para aprender os conteúdos escolares. (MEIRA, 2009, p. 2)

Esse é o âmbito que se insere a patologização da infância. O encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental se dá, majoritariamente, por queixa escolar, conforme indica Guarido (2006, p. 6):

Reconhecemos tanto nos discursos leigos como nas estatísticas epidemiológicas uma hegemonia do discurso médico-psiquiátrico e médico-neurológico sobre os sofrimentos e problemas comportamentais e cognitivos das crianças. Os encaminhamentos das crianças a neurologistas e psiquiatras infantis, feitos em larga escala nas escolas, bem como a busca por formações sobre os novos quadros nosográficos, pelos professores e equipes escolares, também evidenciam tal hegemonia.

Ainda no contexto do desenvolvimento capitalista e criação da legitimidade científica como forma primordial de produção de conhecimento, houve um processo de hegemonização da escola enquanto espaço de socialização da ciência e cultura socialmente acumulada. A partir daí, surge a necessidade de criação e aprimoramento das técnicas pedagógicas e didáticas para a garantia da aprendizagem.

No Brasil, a década de 1980 foi um período de consolidação do processo de industrialização e urbanização nacional – desenrolado por todo o século XX. Nesse contexto, nota-se a presença marcante da atuação da medicina higienista, que associada à educação, operou em um sentido moralizante, concebendo que a partir da educação da criança, era possível transformar as ações insalubres dos adultos. Assim, no Brasil “o domínio de saber médico-psicológico tem orientado um discurso sobre a criança ainda altamente normalizante e desubjetivante.” (GUARIDO, 2006, p. 5). Meira (2009) defende que é possível verificar a manifestação da psicologização da educação e patologização da infância através da disseminação dos conceitos psicológicos nas teorias educacionais, que define as referências subjetivas como principais elementos a serem considerados na análise dos processos de ensino-aprendizagem.

A escola pública parece não dar conta do seu papel educador na atualidade, o que pode ser observado nos índices de aprovação e rendimento acadêmico das crianças. A escola não é uma instituição isolada e, portanto, não está alheia às contradições, desigualdades e injustiças sociais. Inserida nesse contexto, na maioria das vezes, atua na consolidação de um projeto de formação humana alinhado aos interesses de reprodução do capital, que promove uma educação desigual para cada classe social. Ao mesmo tempo, contribui com a disseminação da ideologia dominante de que todos têm as mesmas oportunidades no sistema capitalista. É uma das estratégias do capital para agir contraditoriamente promovendo a desigualdade e reforçando a ideia de que a escola oferece condições para a superação da desigualdade (FRIGOTTO, 2014).

Um dos mecanismos para escamotear essa inconsistência entre o que é propagado e o que de fato é praticado pela escola pública brasileira é a adoção do discurso medicalizante. Ao atribuir à criança a causa do fracasso escolar, em decorrência de um problema orgânico, desresponsabiliza-se o Estado e muda-se o foco da ação educativa (LEHER, 2014).

Nesse sentido, Collares e Moysés (1994) reiteram que, na maioria dos casos, após a criança receber algum diagnóstico de transtorno mental, os esforços dos professores para o ensino dela tendem a diminuir, uma vez que o problema foi identificado e, portanto, não é mais responsabilidade deles. Assim, afirmam que (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 29):

A patologização da aprendizagem constitui um processo em expansão, que se dissemina rapidamente, com grande aceitação geral. Os pais das crianças reagem a seus resultados como se a uma fatalidade. Para os professores, representa um desviador de responsabilidades (...). A instituição escolar, parte integrante do sistema sociopolítico, legitima suas ações e suas não-ações, pois o problema decorreria de doenças que impedem a criança de aprender.

Porém, segundo Collares e Moysés (1994), no período que realizaram a pesquisa, o diagnóstico e tratamento desses supostos transtornos mentais não alteram os índices de fracasso escolar que, variavam entre 50 a 70% das crianças matriculadas na 1ª série do ensino fundamental da rede pública. Frente a esses dados, muitos pesquisadores se posicionam contrários à tendência medicalizante. De acordo com Garrido (2009, p. 2):

os indivíduos se constituem a partir de suas experiências; que as aprendizagens delineiam de maneira essencial o desenvolvimento de ações e habilidades humanas. Sabe-se que as situações de aprendizagem por que passa cada um variam de acordo com seu meio, sua cultura, seu acesso. Consequentemente, o que determina a ocorrência ou não de determinada aprendizagem não é característica intrínseca ao indivíduo, mas depende inteiramente de sua inserção sócio-cultural. O mesmo vale para a escolarização de uma criança, sendo qualquer problema desta decorrente da maneira como ela é inserida no ambiente e na cultura escolar.

Sendo assim, é fundamental debater o papel da escola e os aspectos históricos, econômicos, culturais no processo de aprendizagem. O que está sendo atribuído às crianças, pode ser resultado da forma como estamos inserindo-as no ambiente escolar.

Além disso, Meira (2009) acrescenta que é impossível conceber os processos educativos desvinculando a dimensão cognitiva da afetiva. O aprendizado envolve uma relação afetiva e a produção de sentimentos, que não devem ser desconsiderados ou compreendidos como um estorvo para a promoção do ensino. Qualquer interação social desencadeia processos intelectuais intrinsecamente ligados a processos afetivos, inclusive a educação. Nesse sentido, é imprescindível que a escola trabalhe essa dimensão, a fim de promover condições para que as crianças saibam lidar com sua afetividade, em vez de discriminar e excluir as que não conseguem manejar seus sentimentos.

O padrão como referência do que é saúde e doença adotado pela lógica medicalizante se orienta no sentido oposto, desconsidera os aspectos subjetivos, de forma a tentar reduzir a vida a aspectos puramente objetivos, promovendo um enquadramento do normal e classificando qualquer desvio como patológico. Collares e Moysés (1994, p. 25) afirmam que:

A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo.

Essa abordagem de cuidado à saúde compromete a construção da subjetividade infantil, o que traz consequências severas para os sujeitos formados a partir dessa lógica. Segundo Meira (2009, p. 5):

Essa identificação entre normalidade social e modelos desejáveis de saúde mental é particularmente visível nos meios educacionais. Diariamente alunos são “diagnosticados” como “difíceis”, “desequilibrados”, “depressivos”, “maníacos”, “bipolares”, “agressivos”, “introvertidos”, e muitos passam a engrossar a fila de espera para atendimento em serviços públicos de saúde em todo o país.

Outra consequência é a tendência de rotulação e estigmatização das crianças por meio dos diagnósticos, que passam a ser a principal referência para se relacionar com elas, como se as outras características delas não tivessem relevância na constituição daqueles seres, que passam a ser identificadas por seus laudos médicos. Uma frase de Clarice Lispector pode

ilustrar essa perda da subjetividade ao assumir um diagnóstico como principal identificador do sujeito: “me deram um nome e me alienaram de mim”.

O pior efeito da rotulação é que ele tende a ser incorporado pelas crianças, assim, produz-se, de fato, o processo de adoecimento. A criança diagnosticada acaba por se convencer de que é incapaz de aprender, que carrega consigo uma doença severa e incurável, o que justifica sua dificuldade e desresponsabiliza a sociedade da garantia de aprendizado (COLLARES; MOYSÈS, 1994).

Além disso, promove a desvalorização do professor, que tem que lidar com toda uma gama de transtornos, doenças, disfunções etc., as quais ele não está apto a tratar. Assim, o profissional da educação é desqualificado da sua função de ensinar, devido a sua “incompetência” para lidar com essa condição, por se tratar de um problema médico. Dessa forma, legitima-se a lógica do professor se sentir inapto a trabalhar com o aluno no momento em que sua “doença” é decretada, uma vez que a criança passa a ser “autorizada” a não aprender e o professor, a não extrapolar o limite orgânico da criança para ensinar (COLLARES; MOYSÈS, 1994).

Souza (2008, p. 12) realiza uma reflexão muito crítica ao padrão medicalizante e a ineficiência do nosso sistema escolar, ao afirmar que:

É o momento de uma revisão estrutural do sistema educacional para compreendermos tantos casos de crianças que permanecem anos na escola e continuam analfabetas. Jamais devemos atribuir a elas as causas do não aprender, pois, neste caso, estaremos penalizando-as duplamente, por não termos cumprido nosso papel social — deixando de oferecer uma escola de qualidade para toda uma geração — e por acreditarmos que ao encontrar em seu corpo, ou em seu cérebro, os sinais do não cumprimento desse papel social, denominamos tal constatação de distúrbio e utilizamos terapias e tratamentos, inclusive medicamentosos, para aliviar o peso do não aprender.

Nesse sentido, as crianças e adolescentes são as principais vítimas da perversidade de não acessarem instituições de ensino capazes de ensinar e são punidas por isso, quando se administram drogas para a obediência, que não garantem a aprendizagem delas.

Collares e Moyses (1994, p. 29) questionam a existência dessas doenças ao asseverarem que “Trata-se de uma pretensa doença neurológica jamais comprovada; inexistem critérios diagnósticos claros e precisos como exige a própria ciência neurológica; o conceito é vago demais, abrangente demais”.

Apesar das polêmicas em torno da existência de tais transtornos, existe uma tentativa de institucionalização do diagnóstico e tratamento. Um dos fatores que apontam para a tentativa

de construção hegemônica da tendência medicalizante é o fato de que representantes dessa concepção têm disputado o Estado, a partir da apresentação de projetos de leis que instituem o diagnóstico e o tratamento desses transtornos de aprendizagem como direito das crianças e dever do poder público prover os serviços e a medicação necessária<sup>15</sup>. Nesse sentido, Souza (2008, p. 10-11) afirma que:

A criança com dificuldades em leitura e escrita é diagnosticada, procuram-se as causas, apresenta-se o diagnóstico e em seguida a medicação ou o acompanhamento terapêutico. E o que é mais perverso nesse processo, sob o nosso ponto de vista, é que os defensores das explicações organicistas apresentam a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola, como um direito. Utilizam a mesma lógica que se faz presente para as modalidades de doenças para o processo de aprendizagem. Dizem aqueles que defendem a medicalização do aprender que é um direito da criança ser medicada, ser atendida e ser diagnosticada. Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação.

Para tanto, é necessária a construção de uma hegemonia em torno do padrão medicalizante, a fim de que se assuma esse modelo como lógico ou natural. Recentemente, temos observado uma tentativa de que se adote a pauta do TDAH na agenda política de municípios, estados e em nível federal. Conforme apontado por Souza (2008), não são incomuns os casos de projetos de leis que visam o reconhecimento dos transtornos de aprendizagem, a fim de que o Estado ofereça condições para o diagnóstico e o tratamento. O que é importante ressaltar é que esses projetos partem da definição inequívoca da existência da doença, mesmo ela sendo alvo de todas as controvérsias apresentadas acima.

Nesse sentido, destacamos o Projeto de Lei da Dislexia - PL 0086/2006 (SÃO PAULO, 2006), proposto pelo Vereador Juscelino Gadelha, do Partido Socialista Brasileiro – PSB, à Câmara Municipal de São Paulo, em 2006. O PL propunha que a rede municipal contratasse empresas terceirizadas para diagnosticar, acompanhar e formar professores para lidar com a dislexia, identificando-a como principal causa do fracasso escolar (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR, 2011).

---

<sup>15</sup> Souza (2008, p. 11) indica alguns exemplos de projetos de Lei dessa natureza, que foram apresentados no estado de São Paulo: “PL 321/2004 - Dispõe sobre a criação do Programa Estadual para Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação; PL 642/2004 - Dispõe sobre a implantação de assistência psicológica e psicopedagógica nos estabelecimentos educacionais da rede pública estadual; PL 172/2005 - Cria Programa de Acompanhamento para Alunos do Ensino Fundamental da Rede Pública Estadual, com transtorno do Déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e com transtorno no déficit de atenção sem hiperatividade (TDA), no âmbito do Estado de São Paulo; PL 512/ 2005 Dispõe sobre a criação do programa integrado de saúde e higiene nas escolas da rede estadual de educação, ensino fundamental e médio e dá outras providências.”



Ao conhecer essa iniciativa, em 2007, um conjunto de psicólogos lançou o Manifesto contra a PL da Dislexia, assinado por 27 entidades e mais de duas mil pessoas. Com essa mobilização, foi possível identificar projetos de lei de natureza semelhante propostos em outros municípios e estados, indicando a força do padrão medicalizante da relação entre educação e saúde, que tem incidido sobre a elaboração de leis e políticas públicas. A partir daí, foram feitas uma série de articulações em contraponto a essa tendência, a publicação de materiais de divulgação, seminários, mesas de debate etc. Um dos seus resultados foi a criação do Fórum sobre Medicalização, em São Paulo, buscando reunir entidades, trabalhadores e pesquisadores da saúde e da educação, a fim de debater a questão.

Segundo o Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, os objetivos do fórum são: “articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento.” (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2010, p. 1). Em seus princípios constam a articulação contra o padrão medicalizante da vida, a fim de promover os direitos humanos das crianças e adolescentes; o direito à educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade; o direito à saúde e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); o respeito à diversidade e a singularidade dos processos de aprendizagem e a garantia da participação popular na construção dessas políticas públicas.

O fórum prevê a democratização do debate sobre medicalização, a fim de dialogar com a sociedade civil, a partir de diferentes linguagens; ampliar a discussão na academia, interdisciplinarmente, em cursos de formação inicial e continuada; socializar o debate sobre medicalização e as suas consequências para a saúde e vida das pessoas, a partir da apresentação dos elementos históricos presentes no debate. Além disso, o fórum procura criar estratégias que se oponham à lógica medicalizante, através da produção de pesquisas sobre o tema, intervenção na criação de políticas públicas, desenvolvimento de ações de acolhimento e atenção à saúde e educação de famílias e apoio a ações que enfrentem processos de medicalização.

Atualmente, o manifesto conta com a assinatura de 56 entidades, além de milhares de assinaturas individuais. O fórum mantém reuniões periódicas e tem conseguido reverter algumas das tentativas de adoção da pauta medicalizante como modelo de política pública. A partir da mobilização contrária à PL da Dislexia e da criação do fórum, foi possível realizar um seminário, que visava a discussão sobre o tema e barrar a aprovação da lei.

Entretanto, ainda há muita divergência sobre a questão. Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.081, de 2010 (BRASIL, 2010), relatado pela então deputada Mara Gabrilli, pelo Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, de São Paulo. Esse PL, que é a junção de diversos projetos da mesma natureza<sup>16</sup>, prevê o atendimento integral de educandos com dislexia e TDAH em escola, com a garantia de equipe interdisciplinar e outras formas de tratamento.

A deputada apresenta em seu relatório a divergência entre a concepção sobre TDAH e dislexia defendida pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP<sup>17</sup> e Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA, entre outras, por um lado, e a abordagem dos críticos dessa visão, que alegam a inexistência das doenças, cujo principal porta-voz é o Conselho Federal de Psicologia – CFP<sup>18</sup>. Apesar da ciência da discordância, a deputada escreveu relatório favorável à aprovação do PL, apontando para a necessidade que os profissionais de saúde realizem o diagnóstico corretamente, a fim de que as crianças portadoras do transtorno tenham seus direitos assegurados pelo Estado brasileiro.

Esses são exemplos das divergências que cercam o debate sobre medicalização da educação, que apontam para a complexidade da discussão na sociedade e sobre a disputa em torno de um projeto de educação e saúde. Em decorrência disso, a direção das tomadas de decisões e da proposição de políticas públicas ora assume um viés mais medicalizante, ora mais crítico a essa concepção.

Nesse sentido, avaliamos que para que a sociedade possa resistir a esse modelo, é fundamental que haja mais informação sobre o avanço da medicalização da vida, em especial, na sua incidência na infância e juventude. No entanto, observamos que a crítica a esse modelo

---

<sup>16</sup> O PL tem origem em iniciativa do, então senador, Gerson Camata, do PMBD-ES; Mara Gabrilli, deputada pelo PSDB-SP era a relatora na Câmara dos Deputados. O PL reúne outras iniciativas, como Projeto de Lei nº 3.040, de 2008, proposto pelo deputado Sandes Junior, do PP-GO; Projeto de Lei nº 4.933, de 2009, proposto pelo deputado Marcondes Gadelha, do PSC-PB; e Projeto de Lei nº 5.700, de 2009, proposto pelo, então deputado, Homero Pereira, do PSD-MT.

<sup>17</sup> Segundo sua página na internet, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP é uma entidade sem fins lucrativos, que representa os psiquiatras do Brasil, contando com 5.500 associados em todos os estados brasileiros. Ela organiza o Congresso Brasileiro de Psiquiatria todos os anos e publica uma série de periódicos impressos e virtuais, a fim de divulgar informações da área. Ainda de acordo com sua página, a ABP “defende um sistema que dê à população um atendimento de qualidade e informações necessárias à compreensão dos transtornos mentais para seus portadores e familiares. Neste sentido, foi criado o programa ABP Comunidade, um esforço da Associação em sua luta para desmistificar os aspectos negativos que envolvem os transtornos mentais e o estigma que pesa sobre seus portadores.” Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/>. Acesso em: 10 jun. 2015.

<sup>18</sup> Segundo sua página na internet, o Conselho Federal de Psicologia é “uma autarquia de direito público, com autonomia administrativa e financeira, cujos objetivos, além de regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício profissional, (...) deve promover espaços de discussão sobre os grandes temas da Psicologia que levem à qualificação dos serviços profissionais prestados pela categoria à sociedade.” Disponível em: <http://site.cfp.org.br/cfp/conheca-o-cfp/>. Acesso em 10 jun. 2015.

é centralizada a grupos que tem uma atuação mais direta no debate, como os conselhos de representação dos profissionais de psicologia e de outras áreas da saúde mental, grupos de estudo e pesquisa de universidades sobre a temática, entre outros. A população, em geral, continua alheia a esse processo e, portanto, sem informações para se posicionar e resistir a tal padrão. Assim, mais vulneráveis a se submeter à medicalização.

Notamos que os movimentos sociais populares, mesmo os que se destacam em busca de construir uma nova hegemonia através das suas experiências de educação, não têm se posicionado no que se refere a essa questão, que tem incidido diretamente sobre as nossas escolas e a educação. A ausência de manifestação por parte dos movimentos e a restrição do debate a centros especializados no assunto não contribui para que a questão seja enfrentada devidamente, o que pode justificar o avanço da perspectiva medicalizante na construção de uma hegemonia.

Além disso, avaliamos que o encarceramento químico, decorrente do consumo cada vez mais exacerbado de psicofármacos, também produz resultados desejáveis em uma sociedade disciplinadora e alienante. A ênfase na obrigatoriedade produtiva, em detrimento de qualquer outra dimensão da vida, está baseada na submissão e subserviência da classe trabalhadora – que se mantém sendo explorada, embora consista na maior parcela da população.

Esse frágil equilíbrio, que pode ser rompido a qualquer instante, a partir do levante dos oprimidos, depende de fortes meios de controle, coercitivos e ideológicos. Souza (2010) relaciona o fortalecimento da medicalização da educação com as demandas de silenciamento e subordinação impostas por uma sociedade neoliberal, como forma de justificar as desigualdades e injustiças sociais.

Acrescida a hegemonia do discurso biomédico, percebemos um distanciamento do papel educativo emancipador das instituições escolares. A escola é baseada em uma hierarquia de poder, de saber e pela falta de autonomia dos estudantes, sujeitados à lógica dominante. O desrespeito a cultura popular é uma das formas de exercício da dominação. No entanto, os professores também são destituídos de autonomia, conforme se fortalecem os mecanismos de controle sobre a sua ação docente. No Brasil, esse processo tem se intensificado por meio de uma gestão autoritária, apostilamento, processos de avaliação externa impostos e uma série de outras estratégias, descritas por Freitas (2002, 2005, 2012).

Assim, há uma redução da pedagogia ao didatismo, que limita a prática pedagógica a mera aplicação de procedimentos didáticos técnicos e mecânicos. Essa tendência, levada ao extremo, aliena o professor do controle sobre a sua própria ação docente, que fica sujeito às

interferências e determinações externas. O saber pedagógico de ensinar e aprender é desqualificado pelo paradigma clínico-pedagógico, tornando a relação professor-aluno cada vez menos participativa.

No campo da psicologia não é muito diferente. Ao se assumir o *Evidence-Based* como referência na produção de conhecimento dessa área, a definição do objeto de estudo da psicologia se restringe à análise do comportamento, uma vez que é uma manifestação psicológica (evidência) observável e quantificável. Tal abordagem, em nome de uma pretensa neutralidade científica, resulta na análise isolada do sucesso ou fracasso na aprendizagem, na condenação do erro e na adoção de referências estatísticas para classificação do normal e do desviante.

Essa concepção de psicologia, reforçada na psicometria, através do uso de testes quantitativos, tende a desconsiderar o contexto em que o objeto da observação se insere. Outro risco é de que na categorização da criança a um período do desenvolvimento e a um padrão de aprendizagem, haja a rotulação e a criação de um estigma em torno dela.

A criança considerada problema é assumida enquanto um objeto de observação e colocada em uma relação passiva. Para tanto, são prescritos procedimentos que devem ser adotados por sua família e professores, que podem ser considerados como um adestramento da criança. A família e a escola passam a seguir instruções para promover a adaptação do desviante à norma, de forma pouco participativa, a partir de prescrições que não tendem a privilegiar o diálogo entre os envolvidos.

Assim, podemos relacionar essa forma de atuação pedagógica e psicológica com o avanço neoliberal sobre a educação, caracterizado pela diminuição do investimento e aumento da privatização (SOUZA, 2010). Nesse sentido, é possível encontrar ressonância com o debate feito por Mészáros (2008), quando ele afirma que a instituição escolar capitalista forma mão de obra para o mercado, mas também atua para que haja a internalização dos valores dominantes, como única possibilidade.

Na maioria das vezes, em setores sociais muito marginalizados, excluídos inclusive do exército industrial de reserva, a escola atua como conformadora, que serve para a contenção das massas populares, a despeito das desigualdades e injustiças sociais.

Nesse sentido, como foi apontado acima, uma educação que supervaloriza o desenvolvimento intelectual e desconsidera outras dimensões humanas, ou seja, uma educação parcial, que tolhe o movimento e outras formas de expressão da criatividade infantil, contribui com a promoção do desajustamento, da indisciplina.

A desconsideração de quem são as crianças, a desvalorização da cultura popular, a precariedade no financiamento (ARELARO, 2005) e nas condições de trabalho dos educadores (LEHER, 2014) são elementos para a produção do fracasso escolar (PATTO, 2015). Todos esses processos tendem a ser desconsiderados no momento de diagnóstico e prescrição de medicalização para questões decorrentes de queixas escolares.

A escolarização cada vez mais precoce e a redução da educação infantil à escola, limitando a possibilidade de exploração das potencialidades do desenvolvimento da criança (FARIA, 2005) colabora para que a educação não cumpra a sua função social. A antecipação da escolarização coincide com o diagnóstico cada vez mais cedo de transtornos e outras doenças que não são consensos entre os estudiosos (COLLARES; MOYSES, 1994).

Assim, é fundamental considerarmos todos os aspectos que são determinantes no processo de ensino-aprendizagem, de forma a superar a tendência de enfatizar a dimensão individual, em detrimento dos aspectos políticos, sociais, culturais que interferem na educação.

#### **1.4. Estado da arte sobre medicalização da infância e adolescência: a produção acadêmica na área**

Em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil – BVS-Psi, realizada em dezembro de 2016, com a palavra-chave “medicalização”, encontramos 630 títulos. Após a seleção de trabalhos que tratavam sobre infância, adolescência e educação, restaram 80 referências a essa temática. Dessas, 67 eram artigos científicos. Do total de artigos encontrados, cinco estavam indisponíveis para visualização. Assim, analisamos 62 publicações. As outras 13 ocorrências eram quatro resenhas de livros, duas dissertações de mestrado, duas teses de doutorado e dois vídeos, uma carta, uma entrevista e um relato de prática profissional sobre medicalização<sup>19</sup>.

A partir da análise dos resumos, buscamos classificar os artigos observando ano de publicação; autores e vínculos institucionais; periódicos científicos em que foram publicados,

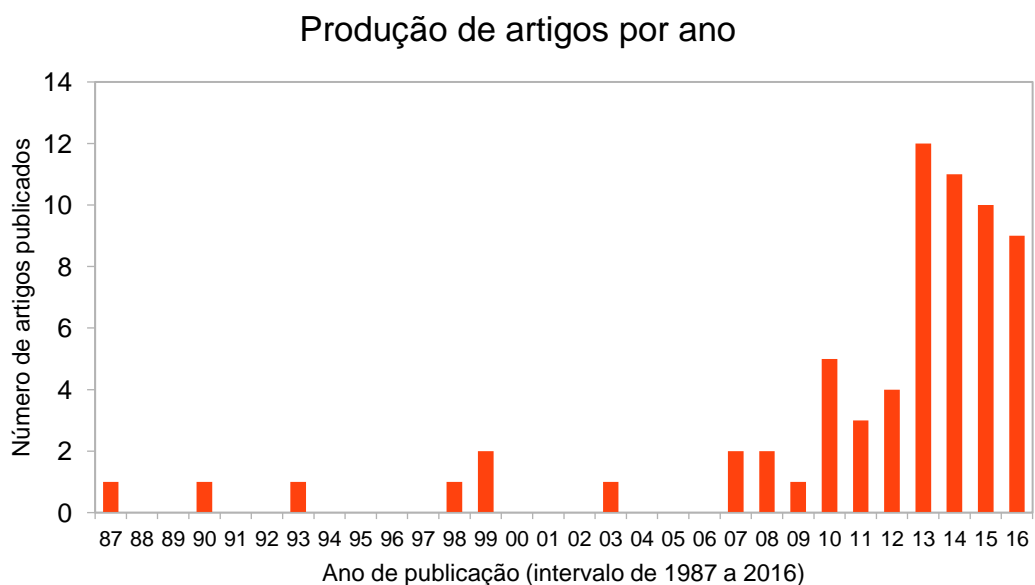
---

<sup>19</sup> Por razão dos prazos para a conclusão da pesquisa, elencamos “medicalização” como palavra-chave para a realização do levantamento bibliográfico, que resultou nos trabalhos apresentados nessa seção da tese. No entanto, sugerimos que em estudo futuro, seria relevante completar esse levantamento com a pesquisa do termo “patologização” como palavra-chave, uma vez que se trata de tema muito semelhante, que abordam questões em comum e que podem ampliar o número de trabalhos a serem pesquisados.

além de estudar o conteúdo apresentado no resumo, a fim de localizar referências à orientação teórica e metodologia utilizada.

Com relação ao ano de publicação, a primeira referência encontrada data 1987, sendo que durante o período de 1987 a 1996 foram publicados mais dois trabalhos sobre o tema. De 1997 a 2006, foram encontrados quatro artigos na área. Nota-se que a grande maioria das publicações passam a surgir a partir de 2007, quando o debate sobre medicalização se fortalece, e a produção acadêmica na área é mais expressiva quantitativamente.

A distribuição dos artigos publicados sobre medicalização na infância, adolescência ou relacionados à educação em cada ano, no período de 1987 a 2016 pode ser observada no gráfico a seguir.



**Gráfico 1** – Quantidade de artigo publicado sobre medicalização da infância/ adolescência/ educação por ano, no período de 1987 a 2016.

Como é possível verificar na figura, nas duas primeiras décadas analisadas houve referência a medicalização no contexto da infância, adolescência ou educacional por sete vezes. Nos últimos dez anos a produção teórica sobre o tema se intensificou, uma vez que no período de 2007 a 2016, foi publicada a grande maioria dos trabalhos relacionados ao tema, sendo encontrados 60 artigos sobre a questão. Tal fato aponta para a consolidação do conceito de medicalização da vida e, conseqüentemente, de reflexões sobre como essa tendência tem incidido sobre a vida de crianças, adolescentes e na educação.

A atenção para a temática pode ser decorrente da polêmica gerada em torno do PL da Dislexia (SÃO PAULO, 2006) e das mobilizações em torno da crítica à medicalização da vida e sociedade, conforme apontado acima, dentre elas, a criação do Fórum sobre Medicalização.

Esses fatores e o enfrentamento aos projetos de leis que visavam a institucionalização da medicalização da educação parecem ser os motivadores para o aumento da produção de pesquisas na área nos últimos anos.

A polêmica gerada a partir da tentativa de institucionalização da medicalização aponta para a necessidade de estudar sobre a questão, uma vez que esse tema não é neutro, pois relaciona-se com problemas políticos, como por exemplo a apropriação de recursos públicos por parte das indústrias farmacêuticas. Apropriação essa apresentada ideologicamente como um “direito ao acesso ao tratamento”.

Ainda com relação a revisão bibliográfica, observamos que os trabalhos pesquisados foram publicados em 39 periódicos de distintas áreas do conhecimento. As publicações foram encontradas em 11 revistas de Psicologia (nas áreas de psicologia geral, social, escolar e educacional), abrangendo 24 artigos selecionados. Nove revistas da área da Saúde (de saúde pública/ coletiva, pediatria) publicaram 15 artigos. Identificamos quatro periódicos de Psicanálise que divulgaram sete artigos sobre medicalização. As revistas de Educação foram quatro, com cinco artigos referentes ao tema. Três revistas que tratam sobre o Desenvolvimento Humano, Infância e Juventude publicaram três artigos a respeito da questão estudada nessa pesquisa. Foram publicados três artigos sobre o tema em duas revistas de Psicopedagogia. Uma revista que visa a interface entre Comunicação, Saúde e Educação publicou quatro artigos selecionados para análise.

Além dessas áreas, encontramos dois artigos em uma revista de Ciências Humanas; um artigo em um periódico de Fonoaudiologia; um artigo em uma revista de Farmácia e Bioquímica; uma publicação em um periódico que aborda questões de Gênero. Não conseguimos classificar a área de um periódico listado (Feminina), no qual consta a publicação de um artigo, mas provavelmente deve publicar textos sobre questões de gênero também.

Dessa forma, identificamos que o tema tem sido tratado a partir de diferentes áreas do conhecimento, com leve predomínio da abordagem psicológica, pois um pouco mais de 35% dos artigos foram publicados em revistas de Psicologia. Do total de publicações, 22% das publicações foram vinculadas a periódicos da área da Saúde, principalmente, em periódicos de Saúde Coletiva. Menos de 10% – apenas cinco artigos – foram publicados em revistas de Educação.

Avaliamos que a compreensão dessa questão demanda uma articulação de várias áreas, pela complexidade de suas determinações biopsicossociais. Nesse sentido, contribuições da educação, saúde, psicologia, sociologia, antropologia, entre outras áreas, são imprescindíveis

para o estudo desse problema de pesquisa e enfrentamento da questão. Uma das implicações do fato de que a medicalização da educação ainda ser um tema mais trabalhado pela Psicologia pode revelar que o debate ainda está restrito a determinados setores da sociedade. Esse deve ser um tema enfrentado a partir de diferentes pontos de vista, já que existem múltiplas determinações envolvidas na questão da medicalização.

No que se refere às sedes das revistas pesquisadas, notamos a maior parte delas (33 das 39) se localiza na região Sudeste do Brasil. Essa informação não quer dizer necessariamente que essa temática se restringe regionalmente, visto que o Centro-Sul brasileiro concentra um número expressivo de universidades, entidades e, conseqüentemente, sedes de periódicos acadêmicos. Destacamos que dentre as revistas encontradas na busca, houve uma referência internacional, a *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, periódico colombiano.

Os artigos estudados foram escritos por 121 autores, que se identificaram nas publicações como vinculados a 41 instituições diferentes. A maior parte tinha relação com universidades, principalmente, instituições de ensino públicas. Encontramos, ainda, artigos cujos autores se identificaram como: representantes de organizações da sociedade civil; pesquisadores de institutos de pesquisa e escola de Saúde Pública estadual.

No Quadro 1 (Apêndice A) listamos as instituições de ensino ou pesquisa que os autores dos artigos estudados estão filiados nas publicações analisadas. Encontramos cinco artigos publicados por pesquisadores internacionais. Um deles de autores de Portugal e quatro vinculado a instituições argentinas, sendo que uma pesquisa é resultado de uma parceria com autores brasileiros, que fizeram uma comparação entre a medicalização da educação nos dois países. Os outros 62 são vinculados a instituições brasileiras, publicados por pesquisadores de diversas regiões do país. Grande parte das instituições são da região Sudeste, seguido pelo Sul, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Consideramos, com isso, que a medicalização da infância e adolescência deve ser frequente em várias partes do nosso território, com maior incidência nas regiões mais urbanizadas.

Feita a contextualização geral dos trabalhos, consideramos importante apresentar brevemente do que tratam as pesquisas. Desse modo, classificamos os textos nas seguintes categorias: *Reflexões teóricas sobre medicalização* (25 artigos); *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH* (11 artigos); *Discursos profissionais de saúde, educação e familiares a respeito da medicalização de crianças e adolescentes* (8 artigos); *Serviços de Saúde Mental e o atendimento de crianças e adolescentes* (6 artigos); *Medicalização,*



*institucionalização e judicialização da infância e juventude* (4 artigos); *Psicopedagogia* (2 artigos); *Organismos internacionais e medicalização* (2 artigos); *Medicalização e outros temas* (4 artigos) e indicamos as referências dos artigos indisponíveis. Relacionamos as publicações com as suas categorias no Quadro 2 (Apêndice B).

No âmbito do referencial teórico, notamos que grande parte dos resumos não faz uma alusão direta aos autores ou teorias utilizados nos estudos. Dos que fazem, nove afirmam basear-se em Michel Foucault, nove à Psicanálise e quatro à Psicologia Sócio-histórica. Identificamos que a maioria das publicações analisadas – 35 dos 62 artigos estudados<sup>20</sup> – trata da medicalização a partir de uma abordagem teórica, com base na contribuição de diferentes referenciais.

A categoria *Reflexões teóricas sobre medicalização* reuniu 25 artigos, que tratam da discussão conceitual, apresentando e delimitando o campo teórico em que a medicalização deve ser estudada. Assim, dividimo-na em cinco subcategorias, de modo a elucidar o referencial teórico adotado pelos autores, descrito no resumo. As subcategorias são *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições foucaultianas*; *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições psicanalíticas*; *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições da Psicologia Sócio-histórica*; *Reflexões teóricas sobre medicalização: aspectos históricos e gerais* e *Reflexões teóricas sobre medicalização: críticas à Campanha “Não à Medicalização da Vida” e respostas às críticas*.

Das *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições foucaultianas*, encontramos os seguintes artigos: Guarido (2007); Decotelli; et. al. (2013); Lemos (2014b); Christofari; et. al., (2015); Ferreira (2015), totalizando cinco referências, a partir de conceitos como biopolítica e biopoder.

Os trabalhos de *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições psicanalíticas* foram: Serralha (2010); Rodrigues (2012); Passone (2015); Rosa; et. al. (2015); Almeida; et. al. (2016), no total de cinco artigos, que abordaram a questão fundamentos em diferentes vertentes na Psicanálise: freudiana, winnicotiana, lacaniana.

Encontramos duas publicações que se encaixavam em *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições da Psicologia Sócio-histórica* (ZUCOLOTO, 2007; MEIRA, 2012).

---

<sup>20</sup> Entre os 67 artigos sobre medicalização e infância, adolescência e educação selecionados no levantamento bibliográfico, cinco deles não foram localizados para análise de seu resumo ou texto completo (PRIMO; et. al., 1987; BARROS, 1990; FERRAZ, 1993; MARQUES; et. al.; 1999; CRUZ, 2008), portanto, essa etapa da revisão trabalhou com os artigos disponíveis na internet.

Na subcategoria *Reflexões teóricas sobre medicalização: aspectos históricos e gerais*, reunimos nove textos que não identificam diretamente o referencial teórico adotado e que, visaram localizar conceitualmente a discussão sobre medicalização a partir de uma crítica ao padrão medicalizante e a sua relação com a educação. Observamos artigos que problematizaram o uso da terapia medicamentosa para resolver problemas de aprendizagem (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009; HECKERT; ROCHA, 2012; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013; MOYSÉS; COLLARES, 2013; FIGUEIRA; CALIMAN, 2014); que buscaram realizar uma leitura histórica a fim de tecer uma crítica sobre a psiquiatria infantil (LIMA; CAPONI, 2011; KAMERS, 2013; BIANCHI, 2016) e que discutiram a importância da Psicologia e Antropologia no desenvolvimento de pesquisas na área da medicalização com base no compromisso ético do pesquisador (VIÉGAS; HARAYAMA; SOUZA, 2015).

Na subcategoria *Reflexões teóricas sobre medicalização: críticas à Campanha “Não à Medicalização da Vida” e respostas às críticas*, buscamos destacar o debate gerado em torno de um artigo que problematiza a Campanha “Não à Medicalização da Vida” (FRIAS; JÚLIO-COSTA, 2013a) e três respostas escritas para discutir a questão, duas que os criticam o primeiro artigo (HARAYAMA, 2013; VIÉGAS; *et. al.*, 2013) e outra escrita pelos mesmos autores (FRIAS; JÚLIO-COSTA, 2013b).

Nesse sentido, compreendemos a variedade de linhas de pensamento acerca do processo de medicalização, uma vez que não há consenso em que referencial adotar, tampouco, a metodologia adequada para abordar a questão. Em geral, os artigos dessa categoria partiram de uma análise histórica da relação entre ciência médica e educação, o que contribui para compreensão das origens do processo de medicalização atual. Provavelmente, os debates na área seguirão acalorados, em decorrência da diversidade de formas de considerar o processo e da sua complexidade.

Na segunda categoria, *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH*, encontramos 11 trabalhos sobre o tema, que abordavam a definição o transtorno, bem como o tratamento medicamentoso prescrito para esse diagnóstico. Esses artigos elucidam o TDAH como uma das principais justificativas de encaminhamento de crianças e adolescentes em idade escolar para serviços de saúde mental, bem como refletem sobre as consequências do uso de metilfenidato nesses casos. Para tanto, valem-se de considerações teóricas, a partir da construção histórica do diagnóstico em TDAH (BRZOZOWSKI; *et. al.*, 2010; KYRILLOS NETO; SANTOS, 2013; CARVALHO; *et. al.*, 2014; BENEDETTI; ANACHE, 2014; SIGNOR; SANTANA, 2015); a visão que profissionais de saúde e educação têm sobre o TDAH

(BIANCHI; FARAONE, 2015; BIANCHI; et. al., 2016; CRUZ; et. al., 2016); estudos de casos de crianças e adolescentes diagnosticados com o transtorno (PEREIRA; SILVA, 2011; SIGNOR; et. al., 2016) e proposição de outras formas de lidar com os sintomas (NASSIFF, 2016).

Classificamos na categoria *Discursos profissionais de saúde, educação e familiares a respeito da medicalização de crianças e adolescentes* artigos que elucidaram os sentidos e visões de profissionais de saúde (FARAONE; et. al., 2010; HERKOVITS, 2012; GOMES; et. al., 2015); de educação (LEONARDO; SUZUKI, 2016; PAIS; et. al., 2016); de ambos profissionais (CORD; et. al., 2015; SILVA, 2015) e de familiares de crianças medicalizadas (SILVA; SERRALHA; LARANJO, 2013) sobre o processo de medicalização.

Notamos a importância dessas pesquisas, de modo a conhecer a forma como os envolvidos no processo de medicalização da infância e adolescência entendem a questão. No entanto, percebemos a pouca visibilidade que a família e a criança/ adolescente medicalizado tem no desenvolvimento de estudos dessa natureza. Essa revisão indica a relevância de aprofundar as reflexões a respeito das histórias dos sujeitos que são os principais implicados nesses casos.

Seis artigos trataram de *Serviços de Saúde Mental e o atendimento de crianças e adolescentes*, encaminhados por queixas escolares, em Rondônia (NAKAMURA; et. al., 2008), Santa Catarina (CARDOSO SILVA; et. al., 2013), Paraná (BELTRAME; BOARINE, 2013), São Paulo (BECKER; et. al., 2014), Rio de Janeiro (SANCHES; AMARANTE, 2014; COUTINHO; CARNEIRO, 2016). Tal fato reforça que a medicalização dos problemas de aprendizagem é recorrente em diferentes regiões do Brasil.

Também localizamos publicações categorizadas em *Medicalização, a institucionalização e judicialização da infância e juventude*, (NASCIMENTO; et. al., 2010; MALFITANO; et. al., 2011; VILARINS, 2014; BARDI; MALFITANO, 2014). Tais artigos enfatizaram a questão dos desafios sociais enfrentados pelos jovens da periferia, que podem ser enquadrados e medicalizados por não se encaixarem nas expectativas sociais. A partir desses apontamentos, temos indícios para considerar que os “sintomas” que justificam a medicalização na juventude se relacionam ao comportamento de risco, criminalidade, violência e institucionalização, ou seja, pode haver um recorte de classe e de raça/ etnia permeando o processo de medicalização da vida.

Na área da *Psicopedagogia*, foram localizados três artigos, que pretendiam explorar técnicas de atendimento às crianças com problemas escolares a fim de minimizar a medicalização (MATOS, 2010; MULLER, 2014).

A categoria *Organismos internacionais e medicalização* reuniu estudos documentais sobre o papel o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF no controle das famílias e prescrição da medicalização (LEMOS; SANTOS; NOBRE; PAULO, 2013; LEMOS; GALINDO; DAMASCENO, 2014).

Os artigos que trataram sobre a relação da medicalização com a epidemiologia do consumo de medicamentos nos três primeiros meses de vida de bebês em uma cidade gaúcha (WEIDERPASS; et. al., 1998), a prevenção de violência (GOMES; et. al., 1999), a educação sexual na escola e a tendência a medicalizar e controlar o corpo feminino (ALTMANN, 2003) e o *bullying* (MARAFON; et. al., 2014) foram agrupados na categoria *Medicalização e outros temas*. A variedade de temáticas relacionadas à discussão sobre medicalização indica a abrangência que essa área tem assumido.

A partir dessa revisão bibliográfica, foi possível identificar que parte considerável das produções na área se ocupam da discussão conceitual sobre o tema, uma vez que esse debate se intensificou recentemente. O debate está aberto e a crítica à medicalização ainda renderá grandes discussões acadêmicas, pois pode receber aportes de diferentes correntes intelectuais e, por isso, as reflexões de cunho teórico ainda deverão se desenvolver.

Encontramos estudos empíricos sobre a questão, que tendem a ser os mais atuais. A maior parte deles, abordam o processo de medicalização sob o ponto de vista do serviço, do profissional de saúde e em alguns deles, é a visão do professor ou da escola que é focada. Em linhas gerais, busca-se compreender o papel e o entendimento das instituições e dos trabalhadores da área, o que é de suma importância para a compreensão do processo já que todos esses atores estão envolvidos na consolidação (ou não) da tendência medicalizante.

No entanto, pesquisas que visam abordar a questão sob o ponto de vista dos protagonistas desse processo ainda são raras, ou seja, a maioria dos estudos não contempla o olhar da criança/ adolescente medicalizado, nem como sua família reage ao processo. A falta de visibilidade dos principais envolvidos na questão aponta para a necessidade de estudos que possam dar voz aos sujeitos envolvidos.

Em levantamento bibliográfico, realizado no banco de dados da USP e banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – CAPES, em janeiro de 2017, a partir da palavra-chave “medicalização”, após uma seleção inicial, filtramos 23 pesquisas de pós-graduação *stricto sensu* produzidas sobre o tema da medicalização, sendo todas publicadas entre 2008 e 2015, cinco no âmbito do doutorado e 18 de mestrado.

Dessas, 15 trabalhos estavam vinculados a programas de Psicologia; três de Educação; um de Saúde Pública; um de Sociologia; um de Administração Pública e Governo; um de Linguística Aplicada e um de Psicanálise, Saúde e Sociedade. Com relação às universidades em que foram produzidas, a maioria das pesquisas foram realizadas na região Sudeste, 15 em São Paulo, quatro no Rio de Janeiro, duas no Espírito Santo e uma em Minas Gerais. Três pesquisas foram publicadas na região Sul, sendo duas no Paraná e uma no Rio Grande do Sul. Uma foi realizada no Nordeste, na Bahia. Os estudos envolveram doze instituições de pesquisa distintas e a maior parte (oito), universidades públicas.

Os trabalhos refletiram sobre a medicalização da infância e dos processos de aprendizagens, elucidando a questão a partir de diferentes abordagens. Nos valem das mesmas categorias utilizadas na análise dos artigos para classificar as pesquisas. Nesse sentido, verificamos que os trabalhos de Guarido (2008) sobre a relação do saber médico e educação; de Favorito (2011), que tratou da questão a partir do viés de Winnicott; de Silva, P. N. (2011); de Vulej (2011) e de Edington (2012); encaixaram-se nas *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições psicanalíticas*.

A pesquisa de Silva. R. (2011) se aproximou das *Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições da Psicologia Sócio-histórica*, por abordar o papel das emoções para o desenvolvimento em uma perspectiva vigotskiana.

Seis estudos que se debruçaram sobre o TDAH, visando compreendê-lo conceitualmente (BARBARINI, 2011; RICHTER, 2012; MORAES, 2012) verificar formas de lidar com o problema a partir da escuta psicanalítica (LACET, 2014) e a representação de professores sobre TDAH (NAZAR, 2011; SILVA, 2014) foram categorizados em *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH*.

Em *Discursos profissionais de saúde, educação e familiares a respeito da medicalização de crianças e adolescentes*, encontramos uma pesquisa que elucidou a visão dos médicos sobre saúde mental infantil (GOMES, 2012), uma sobre a percepção de psicólogos da rede pública de saúde e coordenadores de escola sobre medicalização (BASTOS, 2013), estudos sobre os sentidos atribuídos por professores a não-aprendizagem do aluno (TERRA-CANDIDO, 2015) e à medicalização (SUZUKI, 2012) e sobre a relação entre escola e família no processo de medicalização da criança (MENDONZA, 2014), bem como um estudo de caso de criança diagnosticada com dislexia (BRAGA, 2011). Nesse tópico, encaixamos a pesquisa de Freitas (2012), sobre narrativas de crianças medicalizadas, que foi a única que abordou o tema a partir da perspectiva das crianças medicalizadas.

Localizamos três pesquisas em *Serviços de Saúde Mental e o atendimento de crianças e adolescentes*, uma a respeito de um serviço de saúde mental e medicalização no Rio de Janeiro (SANCHES, 2011); uma sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar em um centro de referência de educação especial (FIGUEIRA, 2012) e uma sobre o atendimento de queixas escolares em um serviço de saúde da família (LOPES, 2013).

A pesquisa de Checchia (2015) sobre reflexões sobre a contribuição da Psicologia Escolar na formação de professores foi categorizada em *Medicalização e outros temas*. Grande parte dos temas abordados nas pesquisas versa sobre a relação entre educação e saúde, visando identificar os mecanismos de diagnóstico de transtorno, o atendimento à saúde e a escolarização das crianças, o que reforça a tendência de reflexões no mesmo sentido das encontradas nos artigos selecionados.

A produção acadêmica na área sugere um acréscimo recente no número de publicações sobre a temática. Muito provavelmente, em decorrência do agravamento do problema, devido ao aumento desenfreado de diagnóstico, prescrição e consumo de psicofármacos desde a mais tenra infância e a conseqüente problematização acadêmica sobre o tema. No entanto, a produção na área tem se mostrado insuficiente para enfrentar as investidas da indústria farmacêutica e outros setores, que atuam no processo de convencimento sobre a necessidade de diagnosticar e tratar doenças, sem questionar a existência das mesmas. Sendo assim, ainda é possível encontrar lacunas sobre o tema a serem melhor exploradas, tarefa que deve estar vinculada com a divulgação dos resultados das pesquisas, a fim de contribuir na elucidação do problema e informação da população.

Além disso, as pesquisas encontradas se ocuparam com a investigação dos mecanismos de funcionamento do processo de medicalização da infância, em especial aos aspectos relacionados à escolarização e atendimento à saúde das crianças. As formas de enfrentamento ao processo empreendidas por famílias de crianças expostas ao problema parecem ainda não ser totalmente conhecida, por isso propomos investigar como isso se dá entre famílias da classe trabalhadora.

No próximo capítulo, apresentaremos a realização da pesquisa-ação participante, realizada em uma UBS da Grande São Paulo, a fim de elucidar as histórias de vidas permeadas pela medicalização da educação.

## 2. AS HISTÓRIAS DAS CRIANÇAS: casos do serviço de Psicologia da UBS

*Porque se a gente fala a partir de ser criança,  
a gente faz comunhão:  
de um orvalho e sua aranha,  
de uma tarde e suas garças,  
de um pássaro e sua árvore.*

*Manoel de Barros*

### 2.1. O município, a saúde municipal e a Unidade Básica de Saúde – UBS: uma grande sala de espera

A pesquisa foi realizada em um município da Sub-região Sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo – RMSP. A região reúne 39 municípios, com grande importância econômica e política em âmbito nacional, sendo um dos principais centros econômicos do Brasil e da América Latina. No entanto, essa riqueza não é distribuída igualmente, uma vez que a região concentra altos níveis de desigualdade social, o que marca a sua ocupação territorial. Segundo informação disponível na página do Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado – PDUI<sup>21</sup>, vinculada à Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano – Emplasa, do Governo do Estado de São Paulo:

Apesar de seu protagonismo, a RMSP apresenta uma série de deficiências: em infraestrutura social e urbana e em serviços públicos, déficit de unidades habitacionais, com significativa parcela da população vivendo em assentamentos precários e áreas de risco, gargalos em mobilidade e logística, necessidade de ampliação do sistema de saneamento ambiental e de crescimento da competitividade econômica.

A periferia da Grande São Paulo é marcada pela migração de pessoas de toda a parte do Brasil e de outros países, atraídas por esse grande polo econômico nacional. As chances de conseguir emprego são maiores que em outras regiões. Mas o custo de vida também é superior. Dessa forma, a luta pela sobrevivência é o grande desafio das famílias que vem tentar a sorte na cidade grande e a periferia – muitas vezes, as favelas e ocupações urbanas irregulares – é o destino de muitas delas.

---

<sup>21</sup> O dado citado encontra-se disponível na página da internet do PDUI em: [https://www.pdui.sp.gov.br/rmsp/?page\\_id=56](https://www.pdui.sp.gov.br/rmsp/?page_id=56). Acesso em: 12 nov. 2018.

A Sub-região Sudoeste de São Paulo é caracterizada por essa disparidade socioeconômica, uma vez que é lá que se localiza o Morumbi, bairro conhecido por suas casas e condomínios de alto padrão, e abriga Paraisópolis, a maior favela paulistana. Essa desigualdade também se espalha pelas cidades da região metropolitana, que contam com grandes condomínios de luxo, no entanto parte considerável da população, vive em condições precárias de moradia e acesso a serviços.

No município em que a pesquisa foi desenvolvida, essa realidade não é diferente. A população, que varia entre 150 mil a 300 mil habitantes também é marcada por essas dificuldades. O seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM é próximo à média nacional. A desigualdade social faz com que uma parcela significativa de seus moradores viva precariamente: morando em bairros sem planejamento urbano, com oferta insuficiente de equipamentos sociais, saúde e educação, transporte público etc.

A economia do município se baseia no setor de serviços. De acordo com dados do IBGE<sup>22</sup>, o Produto Interno Bruto – PIB do município é significativo para região. No entanto, em 2016, menos do que 20% da população do município estava ocupada e em 2010, quase 40% da população vivia com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo. Tais dados apontam para a concentração de riquezas e problemas sociais gerados pela pobreza de grande parte da população local. Alguns de seus cidadãos vivem em casas mal construídas, às vezes, em condições insalubres ou em áreas de risco. Outras vezes, moram de favor em casas de parentes, por dificuldade de pagar aluguel ou improvisam morada em imóveis que não comportam toda a família, dividindo a casa com mais gente.

A RAPS dispunha de psicólogos, que atuavam na atenção básica, em unidades de saúde. Além disso, a rede contava com um centro de convivência, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II e um CAPS Álcool e Drogas – AD, um ambulatório infantojuvenil<sup>23</sup>, um projeto de

---

<sup>22</sup> Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, fizemos a opção por resguardar a identificação do município em que ela foi desenvolvida, assim, optamos por não fazer referência aos dados utilizados para caracterizar o local. Reforçamos, porém, que as informações foram levantadas em plataformas oficiais, nesse caso, a página da internet do IBGE Cidades, disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 nov. 2018.

<sup>23</sup> O ambulatório atende crianças de 6 a 13 anos incompletos, a partir de encaminhamento da unidade de origem da criança.



acompanhamento ao desenvolvimento infantil<sup>24</sup> e um consultório de referência para atendimento à população em situação de rua.

A atenção primária da RAPS se dá através do atendimento em algumas UBS, distribuídas territorialmente, a fim de dar cobertura a toda população. Cerca de 60% das unidades contam com o serviço de psicologia, os usuários atendidos por unidades que não dispõem de psicólogo são encaminhados para outro posto de saúde de referência. No entanto, segundo a psicóloga Haidê, que trabalhava na rede desde 2016, o número de profissionais de saúde mental na atenção básica é muito inferior a quantidade necessária para o atendimento adequado.

De acordo com as informações disponíveis na página de internet do município, algumas UBS são Núcleos Ampliados de Saúde da Família - NASF<sup>25</sup> (BRASIL, 2004). Assim, justifica-se o fato de nem todas as UBS contarem com o serviço de psicologia, já que os profissionais de referência seriam orientados e capacitados para trabalhar com os casos de saúde mental pela RAPS. Todavia, a psicóloga relatou que há quatro anos, pelo menos, não há prática de NASF no município. Em geral, o fato de nem todas as unidades contarem com profissionais de saúde mental, sobrecarregava os postos que dispunham desse serviço, tendo que abranger um contingente populacional maior.

De qualquer forma, a proposta de trabalho da rede previa a articulação da atuação dos profissionais da saúde mental do município, organizada através de reuniões mensais de planejamento, debate de casos e encaminhamentos para a construção de uma ação de saúde mental integrada. Além disso, os profissionais de saúde mental se articulam territorialmente no que é chamado “redinha”, que são reuniões uma vez por mês com os profissionais da saúde mental da UBS e do CAPS, professores e gestores das escolas, técnicos do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, conselheiros tutelares, representantes de Organizações Não-

---

<sup>24</sup> Esse projeto visa o acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos de idade, com risco ou atraso de desenvolvimento e era realizado em parceria com uma faculdade de medicina de uma universidade pública.

<sup>25</sup> Segundo informações do Ministério da Saúde, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família - NASF foram criados em 2008, pelo órgão, a fim “de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações”, que atuam em equipes multiprofissionais. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php). Acesso em 20 nov. 2018. Dessa maneira, forma-se equipes de referência de atendimento às famílias, que atuam com base no matriciamento. O apoio matricial consiste em um arranjo organizativo dos serviços de atenção básica, de modo a complementar a atuação das equipes de referência. Assim, não é necessário que essa equipe encaminhe os casos, pois elas são matriciadas por outros profissionais e serviços, que a orienta. O apoio matricial atua em duas dimensões: com o atendimento direto dos usuários e é responsável pelo apoio das equipes de referência (BRASIL, 2004, P. 11).

Governamentais – ONG's e outros profissionais que atuam no território. Nessas reuniões são discutidos casos, projetos terapêuticos, visitas domiciliares e outras formas de atuação conjunta, com vistas ao cuidado integral dos usuários dos serviços.

A UBS estudada atendia uma população de 30 mil habitantes. O serviço de saúde mental da unidade cobria um território maior, que abrangia os usuários de outras três UBS da região, sendo referência de atendimento de uma área com 60 mil habitantes. O posto de saúde dispunha de clínica geral, pediatria, ginecologia obstetrícia, psiquiatria, odontologia, enfermagem, psicologia e uma equipe da Estratégia de Saúde da Família<sup>26</sup>. Além disso, a UBS realizava visitas domiciliares; vacinação, exames e testes; grupos de gestante; mães e bebês, bem como outros grupos de cuidado e promoção de saúde (dados disponíveis na página da prefeitura na internet).

O posto contava com um prédio grande, acessível, uma sala de espera espaçosa, que na maioria das minhas idas a campo, estava sempre lotada, com muita gente esperando atendimento, além dos trabalhadores que circulavam no local. Dessa grande sala, saíam corredores que ligavam a salas de vacinação, curativos, atendimento da enfermagem de um lado e os consultórios médicos, psicológico, administração, copa, de outro. O prédio parecia uma construção sem muito planejamento, um exemplo de obra que foi adaptada conforme a necessidade e o resultado final era um pouco confuso. As identificações dos espaços eram ineficazes, os corredores mais estreitos do que o necessário para a circulação do pessoal.

As pessoas que trabalhavam na recepção pareciam estar constantemente sobrecarregadas de trabalho, a ponto de, em alguns momentos ser difícil dialogar e orientar os usuários. Em geral, era mais rotineiro ver as profissionais da enfermagem e Agentes Comunitárias de Saúde – ACS circulando no posto, orientando os usuários do serviço, dialogando com os outros profissionais. Os médicos, na maioria das vezes, só eram encontrados nos consultórios, tendo pouco contato com os usuários na sala de espera e corredores. Na unidade, não havia espaços instituídos para discussão de casos e socialização de informações entre os diferentes profissionais. As ACS ou demais trabalhadores que visassem conversar sobre os atendimentos o faziam nos corredores ou entrando na sala de atendimento. Acompanhando o trabalho de Haidê, pude presenciar que a procura por orientações ou discussão de casos, às

---

<sup>26</sup> A Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe mínima de um médico generalista; um enfermeiro generalista; auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acesso em 20 nov. 2018.

vezes, se dava em meio a outro atendimento. A profissional estava atendendo algum usuário e era interrompida para outra demanda.

A combinação dessa estrutura improvisada com algumas práticas – o barulho, a tensão da recepção, as dificuldades de comunicação entre alguns profissionais – não criava um ambiente muito acolhedor. Talvez porque o espaço estivesse sempre lotado ou por causa dos gritos para chamar o próximo paciente a ser atendido, pelo grande fluxo no local ou pelas dificuldades de se obter informações – era recorrente encontrar pessoas perdidas, andando pelo posto atrás de algum profissional ou de informações.

Havia um esforço de decoração do lugar, para que se tornasse mais agradável, com campanhas educativas nos meses da Semana da Amamentação ou Outubro Rosa. No local também era possível encontrar cartazes com informações sobre o posto de saúde, orientações sobre o Bolsa Família, campanhas educativas promovidas pelo Ministério da Saúde, divulgação de atividades culturais e religiosas do município. Todos esses elementos dispersos como uma tentativa de organização, resultavam em pouca eficácia na comunicação.

Durante o período de realização da pesquisa, ocorreram inúmeros acontecimentos que tumultuavam ainda mais a rotina do posto. A coordenação da UBS foi substituída três vezes ao longo do ano, por razões da política municipal. No primeiro semestre de 2018, houve um surto de febre amarela no estado de São Paulo e, em decorrência desse fato, a busca pela vacinação contra a doença se intensificou enormemente. Assim, houve um período que a fila para tomar a vacina dobrava o quarteirão, o que aumentou expressivamente o movimento no posto por um tempo e o número de pessoas aflitas pela espera da vacina.

Com toda essa complexidade, acompanhar o trabalho na UBS foi um desafio. A pesquisa foi recebida na unidade sem nenhum questionamento, devido à autorização da coordenadora da RAPS e a mediação de Haidê, como psicóloga do posto. Além disso, a UBS já havia recebido estagiários e pesquisadores para outros estudos. Outro fator que parece ter interferido na aceitação da realização do estudo no espaço foi que quando cheguei à UBS, a gestão da unidade havia sido trocada recentemente, assim, o novo gestor, estava se apropriando das suas atribuições, tendo que dar conta de grande demanda de trabalho.

Como já conhecia Haidê, antes da realização da pesquisa, ela me acolheu de forma muito generosa, abriu as portas do consultório, para que pudesse acompanhar e contribuir, na medida do possível, com a sua atuação. Haidê foi determinante para que estabelecesse contato com as

famílias usuárias e com profissionais da unidade, por já trabalhar a mais de um ano no território e ser uma referência no posto.

Além das práticas regulares, desde 2017, o município investiu em formação dos profissionais de saúde em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS, buscando promover formas de cuidado em saúde que superam a prescrição de remédios ou a intervenção sobre a doença. Como uma das PICS desenvolvidas na unidade, algumas ACS se capacitaram para desenvolver práticas de meditação com adultos e crianças, a fim de promover saúde. Pude participar de um dos encontros do grupo de meditação infantil, desenvolvida na brinquedoteca, que fica ao lado na unidade. Com muito compromisso, duas agentes driblavam as cobranças institucionais de produtividade e realizavam o grupo de meditação infantil.

Na ocasião, elas relataram as dificuldades de manter o grupo, pois a gestão tinha assumido uma postura de cobrança de atendimento, número de visitas domiciliares, preenchimento do e-SUS<sup>27</sup>, o que era incompatível com a realização de outras práticas de promoção à saúde, como a meditação.

Acompanhei um encontro do grupo de meditação infantil. A prática foi conduzida com muita seriedade, principalmente, porque contava com a presença assídua de um menino de 12 anos de idade, que reconhecia os benefícios que a meditação trouxe para a sua vida. Elas afirmaram se sentir inseguras em orientar o grupo e solicitavam a presença da psicóloga, pois acreditavam que a capacitação oferecida pelo município não as tornava aptas a mediar a prática. A principal motivação para que não deixassem o grupo era a frequência dessa criança, que nunca faltava.

As agentes de saúde, descritas pela psicóloga como “o coração da unidade de saúde”, pareciam comprometidas e dispostas para o trabalho, atenciosas e cuidadosas com os usuários. Um relato frequente era das pressões por produtividade e exigências burocráticas, que, algumas vezes, impediam que elas pudessem se dedicar ao que realmente importa.

Um elemento da organização da unidade que me chamou atenção, era o fato de dispor de atendimento psiquiátrico. Os psiquiatras que trabalhavam lá não participavam da equipe de saúde mental, tampouco frequentavam as reuniões da RAPS ou da redinha. Quando era

---

<sup>27</sup> O e-SUS é uma ferramenta criada pelo Ministério da Saúde para digitalizar as informações sobre os atendimentos realizados na atenção básica, com vistas a informatizar o SUS nacionalmente (Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em 21 nov. 2018). Assim, a gestão municipal exigia que os profissionais de saúde, como ACS ou psicólogos, preenchessem os dados, que comprovassem o número de atendimentos, informando as ações realizadas, os nomes e número SUS dos usuários atendidos.

necessário discutir casos, em geral, a psicóloga os procurava em suas salas ou a conversa era feita nos corredores, entre uma consulta e outra. A demanda por atendimento com o psiquiatra era muito grande. Em geral, quando a agenda para as consultas era aberta, os horários se esgotavam no mesmo dia. Por isso, em dias de agendamento da psiquiatria, era possível notar um alvoroço na sala de espera do posto, em decorrência de um maior movimento de pessoas, esperando a oportunidade de marcar o atendimento.

A demanda por tal especialidade médica pode ser derivada do grande contingente populacional atendido por aquela unidade, já que era a referência para quatro UBS; pelo aumento do número de casos de saúde mental, cujo o principal tratamento tem sido a prescrição de medicamentos, bem como pelo número insuficiente de psiquiatras na unidade, já que no período de realização da pesquisa, foi possível observar que alguns profissionais faltavam, outros se desligaram do posto, além das férias, licenças médicas e outras ocorrências rotineiras. Assim, a fila de espera para a consulta psiquiátrica, em geral, era longa, a recepção estimava uma espera de dois a três meses para conseguir o atendimento.

Durante nossa estada no posto, estudantes do 6º ano de Medicina de uma faculdade privada da região realizavam estágio em psiquiatria, que era acompanhado pela psicóloga da unidade. Em determinado momento, os estagiários e seu supervisor assumiram o atendimento psiquiátrico, substituindo um médico que havia deixado a unidade. Mesmo assim, não tive contato com nenhum psiquiatra, nem estagiário ao longo da pesquisa.

## **2.2. A psicóloga Haidê e a saúde mental na unidade: o desafio do acolhimento**

*Não serei o poeta de um mundo caduco.  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida e olho meus companheiros.  
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

**Carlos Drummond de Andrade**

A pesquisa buscou entender a realidade da medicalização da educação por meio do contato com as famílias que procuram o atendimento de psicologia para seus filhos no sistema público de saúde, por encaminhamento das escolas, em decorrência de problemas de aprendizagem ou de comportamento na sala de aula. Nesse sentido, acompanhamos o trabalho

da psicóloga Haidê na UBS, a fim de nos aproximar dos participantes, conhecer suas histórias e compreender as formas de enfrentamento à medicalização que podem ser forjadas na saúde mental.

Já conhecia Haidê antes da pesquisa e foi por intermédio dela que conheci a proposta de trabalho de saúde mental em rede, pois ela trabalhava a cerca de um ano em uma UBS do município. Compartilhávamos visões de mundo e de trabalho. Foi a coordenadora de Saúde Mental que indicou a unidade que Haidê atuava como campo de pesquisa. Tal indicação contribuiu bastante, pois eu tinha segurança da prática desmedicalizante e da abordagem crítica dessa profissional. A intimidade com a psicóloga facilitou na minha inserção do campo e potencializou a intervenção nos espaços de observação.

Ela tinha cerca de 30 anos de idade, formou-se psicóloga em uma universidade pública em 2010, fez uma especialização em educação e cursava um mestrado em psicologia. Ela já havia trabalhado na atenção básica de outros municípios da região. Além disso, Haidê fez o curso de aperfeiçoamento Orientação e Queixa Escolar, realizado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP. A experiência na atenção básica e a formação crítica sobre a produção social do fracasso escolar e a medicalização da educação consolidavam sua atuação de forma muito sensível às necessidades das famílias, em uma perspectiva desmedicalizante.

Essa trajetória somada a linha política orientada pela RAPS, privilegiava o atendimento coletivo, entendido como uma estratégia que rompe com a lógica individualizante e pode fortalecer a dimensão comunitária do cuidado à saúde. Ao participar de um grupo, os usuários percebem que algumas das dificuldades vividas por eles são compartilhadas por outras pessoas, sendo resultado de processos sociais. Dessa maneira, os usuários são compreendidos como participantes do processo, visto que, com a orientação da profissional, podem construir alternativas de superação dos problemas enfrentados, apoiar-se e socializar experiências. Além disso, a abordagem coletiva acolhe uma demanda maior de usuários, uma vez que potencializa a abrangência dos atendimentos, envolvendo mais pessoas.

Na UBS, realizava-se a atenção primária de casos de saúde mental, serviço organizado na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Com essa perspectiva, o atendimento em psicologia na unidade se organizava basicamente no: Acolhimento; Grupo de crianças; Grupo de cuidadoras/es de crianças; Oficina de Estímulo à Leitura; Grupo de Adolescentes, Grupo de Adultos; Visita domiciliar; ações com agentes de saúde, atendimentos individuais e articulações

desenvolvidas em outros espaços, como em escolas, por exemplo. Além disso, Haidê realizava atividades no Centro de Convivência, um período por semana e participava das reuniões mensais da RAPS e da redinha.

Na unidade, duas vezes por semana – uma manhã e uma tarde – estava previsto na agenda da psicóloga a realização do “Acolhimento”, momento descrito por Haidê como “porta aberta” para receber a demanda de saúde mental do território. Assim, qualquer usuário podia participar desse momento, sem necessidade de agendamento e sem fila de espera, garantindo a acolhida em grupo de todos os casos que chegassem. O Acolhimento era o primeiro contato dos usuários demandantes com o serviço de saúde mental.

A prática do Acolhimento é corrente na atenção primária, segundo Silva Filho e Bezerra (2018, p.624), “o acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde é fundamental para uma assistência pautada na integralidade do cuidado, em especial ao usuário que sofre de problemas psíquicos”. Os autores afirmam ainda que essa ação em saúde mental é das que “mais propicia a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, sendo então uma ferramenta indispensável para o tratamento do sujeito e sua reinserção social.” (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018, p. 625).

Durante o período em que a pesquisa de campo foi desenvolvida, pudemos acompanhar a realização de inúmeras atividades propostas por Haidê. Dessa forma, inicialmente, pude conhecer o trabalho da psicóloga na UBS, acompanhando seis acolhimentos (um no período da manhã e cinco no período da tarde).

Na unidade estudada, os usuários que buscavam atendimento psicológico eram orientados pela recepção sobre os horários de Acolhimento e podiam participar livremente desse espaço. Ao chegar lá, a psicóloga apresentava como funcionava aquele momento. Os usuários eram incentivados a relatar o que os motivou a procurar atendimento e eram ouvidos pela profissional e demais participantes do grupo. Em geral, a psicóloga fazia algumas perguntas aos usuários, conduzia uma reflexão coletiva sobre o problema e orientava formas de lidar com as questões. As outras pessoas que estavam no Acolhimento podiam intervir, sugerir e compartilhar problemas semelhantes, visando socializar formas de superação das dificuldades. Por fim, os usuários eram orientados e encaminhados, quando necessário, para grupos de atendimento realizados pela psicóloga, demais profissionais do posto ou outros serviços, de acordo com a necessidade identificada.

Com relação ao atendimento de crianças, algum adulto responsável – cuidadora ou cuidador – participava do Acolhimento, apresentava a queixa que motivou a procura pelo atendimento. Alguns deles o faziam acompanhados pelas crianças. Mas quando possível, Haidê orientava que os responsáveis não levassem a criança nesse momento, para que o debate do caso pudesse ser feito sem constranger, estigmatizar ou expor a criança.

A partir dessa escuta qualificada, a psicóloga buscava explicitar as possibilidades de encaminhamento para a criança e cuidadores. Para tanto, ela apresenta algumas opções de ações de cuidado à saúde, esporte e cultura, disponíveis no território, como casa de cultura, centro de convivência, bibliotecas públicas, quadras esportivas com programação diversificada. Além de indicar os serviços de saúde mental oferecidos no posto e no município. Nesses casos, o mais recorrente era encaminhar a criança para o Grupo Infantil e os responsáveis por ela para o Grupo de Cuidadores. Quando a queixa envolvia problemas no processo de alfabetização das crianças, a profissional tendia a sugerir a Oficina de Estímulo à Leitura.

O Acolhimento em grupo potencializava a troca de experiências e a compreensão de que alguns problemas também eram vividos por outras famílias, o que dava a dimensão de que não se estava sozinho. Algumas vezes, os cuidadores já se sentiam mais seguros com as orientações da psicóloga e não retornavam. Em casos mais complexos, era possível prever o atendimento individual da criança ou cuidador e até o encaminhamento para a atenção especializada, como o Ambulatório Infanto-juvenil.

Em nossas observações, chamou atenção a procura de duas mães de bebês para atendimento psicológico das crianças. A queixa relatada pelas mães consistia no choro e inquietude excessivos dos bebês, o que segundo elas apontava para alguma anormalidade. A mãe de uma bebê de 1 ano de idade contou que o pai da menina tomou remédio “de cabeça” quando era criança, por isso, ela buscava orientação. Haidê ouviu a queixa e orientou a mãe sobre os desafios da educação de uma criança, da construção de limites e da importância de ser consistente ao dar consequências às birras e ações agressivas das crianças e dos bebês. A mãe saiu do Acolhimento aparentemente feliz, carregando nos braços uma filha “normal”.

Outra mãe levou o filho de 2 anos de idade ao Acolhimento. A queixa também consistia no fato de a criança ser avaliada como muito inquieta e que chorava demasiadamente. Ao detalhar a história, a mãe relatou que havia começado um novo emprego recentemente e, no último período, a avó paterna cuidava da criança, enquanto a mãe trabalhava. O caso foi



debatido no grupo, outros cuidadores relataram o desafio de se educar e estabelecer limites para as crianças, bem como a dificuldade de compartilhar essa responsabilidade com outros cuidadores, como avós e tios. A psicóloga sugeriu que a mãe e, se possível, a avó participassem do Grupo de Cuidadores, realizado quinzenalmente, que reunia adultos responsáveis por crianças com demandas ao serviço de Psicologia.

No dia marcado, eles – mãe, avó paterna e bebê – vieram no grupo. A situação da criança foi recolocada, outras mães participantes do grupo se identificaram com o caso, por terem dificuldade em construir limites às crianças e acabarem cedendo aos desejos delas. O resultado dessa dificuldade eram crianças que choravam e exigiam demais, faziam birra e chegavam a ser agressivas. A avó séria reforçou que o neto era muito agitado. Outros temas apareceram no grupo e foram debatidos. Durante toda a atividade do grupo, a criança estava lá, quieta, no colo da mãe, na sala da psicóloga, cheia de pessoas adultas conversando, por quase duas horas.

No fim do grupo, levantando-se para sair da sala, a avó solicitou gentilmente que a “doutora” pedisse “exame da cabeça, da mente” do bebê, porque ela já tinha criado cinco filhos, cuidado de muitas crianças e sabia que o neto dela era diferente de todas as que ela conhecia. A psicóloga respondeu que, até o momento, não via indícios que justificassem o pedido de exames e as convidou para tentar outras formas de lidar com a criança. A avó voltou a solicitar exames, dizendo que “Se for alguma coisa na cabeça dele, [apontando para o bebê] pelo menos a gente sabe o que é. A gente entende, né?”.

A mãe contrariada interveio, alegando com a voz embargada que: “Quando a minha sogra diz isso, parece que o meu filho é doente e ele não é!”. A psicóloga repetiu que não via a necessidade de exames e identificava a criança como saudável. Convidou-as para continuar participando do grupo. Eles foram embora. A avó parecia pouco convencida de que a proposta da psicóloga resolveria o problema do neto. Elas não voltaram mais no grupo.

Esse episódio explicita o processo de naturalização de explicações com base em aspectos orgânicos – ou “de cabeça” – para justificar problemas que podem ser resultado de diversos fatores. Existem inúmeras diferenças nos padrões de sociabilidade e educação da infância que resulta em comportamentos distintos. Compreendemos a infância como resultado de construções sociais, historicamente definidas. O lugar da infância e suas formas de interação com o mundo são construções temporais.

Nesse sentido, cabe ressaltar as influências que incidem sobre o que é ser criança em uma sociedade capitalista e dividida em classes sociais. Existem vários atravessamentos que condicionam a infância, sendo impossível pensa-la, de forma descontextualizada. Compartilhamos do entendimento de que a condição social (rico ou pobre), o local (país de economia central ou dependente; campo ou cidade; centro ou periferia etc.), o gênero (menina ou menino) e inúmeros outros fatores condicionam a infância vivida.

Nesse sentido, Ramos (2016, p. 101) afirma que

estudar a infância, numa perspectiva crítica e dialética, necessariamente, sugere uma relação do processo histórico do desenvolvimento do capitalismo e suas relações com a vida material dos seres humanos que se relacionam socialmente. A criança não vive em um mundo isolado das relações políticas, sociais, econômicas e culturais da sociedade, portanto estudar a criança é trazê-la para o contexto histórico na atualidade.

Alguns estudos relatam que, atualmente, há uma aproximação entre a forma de vida dos adultos com a das crianças, no sentido de “adultizar” as crianças e “infantilizar” os adultos. Esse processo se dá a partir da adoção de padrões comportamentais semelhantes, como de vestimenta, hábitos de cultura, lazer, alimentação, entre outros. A infância passa a ser disputada pelo mercado como consumidora real e potencial. A difusão de interesses consumistas incide, cada vez mais cedo, na vida das crianças. O projeto de mercantilização e comercialização de (quase) tudo, levado a cabo pelo capital, tem disputado as crianças desde o nascimento.

Marcia Ramos (2016) defende que o direito à infância é negado a muitas crianças, principalmente as filhas da classe trabalhadora, silenciando-as e destinando a elas um “não lugar”, privando-as da participação social e política.

A medicalização da vida é uma das expressões da negação do direito à infância. Ao estabelecer padrões comportamentais descontextualizados como referência para estabelecer o que é normal e o desviante, ao reduzir a complexidade humana ao funcionamento neurológico, ao limitar o processo de aprendizagem a diagnósticos e prescrições medicamentosas, cumpre-se a negação do direito de usufruir de uma infância saudável, livre e criadora. Além disso, a indústria farmacêutica explicita seus interesses comerciais, acima do compromisso com a promoção da saúde. Assim, a infância pode ser um público e as crianças, tratadas como consumidoras em potencial.

Muitas das diferenças relatadas pela avó no comportamento do seu neto provavelmente são reais. Hoje em dia, em geral, as crianças estão muito mais expostas a estímulos do que em

outras gerações. No Brasil, em média, o número de filhos de cada família diminuiu. A vida nas grandes cidades impõe uma dinâmica diferente, cada vez mais corrida e individualista. As moradias também estão menores, muitas não têm quintal e os perigos de brincar na rua estão maiores. Na organização de algumas famílias, as crianças convivem majoritariamente com adultos, tendo a escola como espaço de socialização mais importante.

Muitas questões podem interferir para a agitação do bebê. Mas a hipótese prioritária da avó parece basear-se na existência de algum distúrbio orgânico da criança. Possivelmente, em decorrência da criação de consenso em torno da explicação medicalizante. Esse não é um caso de queixa escolar, no entanto, demonstra que cada vez mais cedo – a criança tinha dois anos de idade – compreende-se que o comportamento “inadequado” tem como causa algum problema de saúde, possível de ser identificado por exames “de cabeça, da mente”.

Muitas dessas relações também são feitas por pais e professores, tentando entender por que a criança não aprende na escola. Acompanhando os “Acolhimentos” no posto de saúde, pudemos verificar essa tendência. Grande parte da procura por atendimento psicológico de crianças na UBS é decorrente de encaminhamento das instituições de ensino. Esse dado reitera as constatações das pesquisas (BELTRAME; BOARINE, 20013; DELVAN; et. al., 2010; GOMES, et. al., 2005), que demonstraram que a queixa escolar é a principal motivação para o atendimento infantil em serviços de psicologia.

Os casos chegavam aos montes. Por ser o primeiro contato dos usuários com o serviço, os dias de Acolhimento eram os mais cheios no consultório de Haidê. Inicialmente, chegavam casos de adultos e de crianças juntos. Então, a psicóloga organizou o horário para garantir que em um momento fossem acolhidos os casos infantis e em outro as demandas dos adultos.

Durante as minhas observações, a grande maioria de cuidadores – principalmente mães e avós, mas também, pais, tias e tios – vinha encaminhada pelas escolas, chegavam angustiados, com o documento emitido pela instituição. Os relatos eram de indisciplina, agressividade ou dificuldade de aprendizagem. Muitos reclamavam da desobediência em casa e de crianças que exigiam demais e que recusavam a ceder.

Em um desses dias, tive contato com casos muito complexos, como o de um pai – Laércio – e sua filha – Larissa, uma criança de 10 anos de idade, com expressão intensa e olhar marcante. Enquanto esperavam atendimento, ela brincava com a bebê de uma mulher que

também estava no Acolhimento. Brincavam com tanto carinho, que pareciam conhecidas, mas aquele era o primeiro contato entre elas.

O pai informou que o motivo que os levou ao acolhimento era o comportamento de Larissa na escola. A instituição já havia feito pelo menos três encaminhamentos para que a família buscasse atendimento psicológico para a menina. Larissa era considerada agressiva, com histórico de violência contra a professora e colegas. Nesses momentos, o pai disse que ela ficava irreconhecível, nas suas palavras: “parecia possuída”. Laércio reforçou que ele não acreditava nessa descrição da filha até presenciar um acesso de raiva da criança, quando se convenceu que ela ficava descontrolada.

Laércio relatou que a mãe de Larissa tinha uma péssima relação com a escola e se recusava a dialogar. Ele disse que a mãe sempre causava confusão na instituição quando era convocada pela direção ou pela professora da filha, xingando quem viesse conversar com ela.

Ele nos contou que era pouco escolarizado, que cometeu muitos crimes e era um ex-presidiário, que tinha “pagado” por seus erros. Ele e a mãe de Larissa tinham vividos juntos por alguns anos, mas se separaram quando ele foi solto. Ambos casaram novamente com outros companheiros. Segundo o pai, desde então, ele mantinha uma relação muito difícil com a mãe da criança. Ele exigia manter contato com a filha e ela cerceava esse direito.

Laércio encontrava a criança esporadicamente e só o fazia depois de muita briga com a mãe dela. Ele descreveu os desentendimentos e as trocas de ofensas entre os dois. Laércio disse que a mãe de Larissa é vítima de violência doméstica pelo atual companheiro. Além disso, relatou que Larissa se queixou, pois, a mãe a obrigava a chamar o padrasto de pai e a criança se recusava. A mãe a castigava por isso. Pai e mãe disputavam a guarda de Larissa, porém ele acreditava que tinha poucas chances de conquistar o direito de criar a filha, considerando seu passado. Ela ficava a maior parte do tempo com a mãe, passando períodos com Laércio. A mãe morava em outro bairro, coberta por outro posto de saúde.

Em um dos momentos, Laércio disse que se esforçava para conviver com a filha. Muito emocionado, com os olhos marejados, contou que ele não teve pai e sofreu muito por isso, então, não queria que Larissa vivesse a mesma situação. Buscava orientação da psicóloga para tentar ajudar a filha, que muito carinhosa, ouvia atenta a história do pai, ora o abraçava, ora brincava com a criança que estava sentada ao lado.

Em meio a esse contexto marcado pela violência e desrespeito, como lidar com a agressividade de Larissa? Nesse breve relato, podemos identificar inúmeras violências que marcam a trajetória dessa menina, ainda tão nova. A precariedade das condições sociais, a relação conflituosa dos pais, o contato da escola encarado como ameaça pela sua mãe, as supostas surras e castigos... tudo isso caracterizam formas de violências institucionais, sociais, físicas e simbólicas.

Charlot (2005) indica a complexidade da manifestação violenta no ambiente escolar e na sociedade, bem como os desafios de compreender o que ela significa. Todavia, o autor apresenta o que ele define como conceito ético de violência. Segundo o autor (CHARLOT, 2005, p. 24-25):

“Violência” é o nome que se dá a um ato, uma palavra, uma situação, etc., em que um ser humano é tratado como um objeto, sendo negados seus direitos e sua dignidade de ser humano, de membro de uma sociedade, de sujeito insubstituível. Assim definida, a violência é o exato contrário da educação, que ajuda a advir o ser humano, o membro da sociedade, o sujeito singular.

Apesar dessa compreensão que coloca a violência como contrária à educação, são inúmeros os relatos de violência na escola, que pode ser cometida ou ter como vítimas profissionais da escola (professores, gestores ou demais trabalhadores) ou os estudantes, até por agentes externos, que praticam ou são violentados no ambiente escolar.

Não temos elementos suficientes para avaliar com profundidade o caso de Larissa, uma vez que só tivemos contato com o relato do pai. Por outro lado, à luz da teoria winnicottiana, um comportamento antissocial pode ser considerado um pedido de ajuda à pessoa em quem a criança confia e ama (DIAS, 2000). Nesse sentido, um comportamento inadequado pode ser a expressão de que a criança manifesta algo que não está bem e que ela precisa de cuidado e auxílio, ou seja, segundo o autor, esse é um sinal de esperança, já que indica uma reação da criança frente às dificuldades que vivencia e precisa de apoio para lidar.

O caso de Larissa tomou uma grande parte do Acolhimento. Haidê orientou o pai a procurar o CRAS e o Conselho Tutelar para a garantia dos direitos da criança, bem como o convidou para o Grupo de Cuidadores. Além disso, sugeriu que Larissa participasse da Oficina de Estímulo à Leitura, já que ela ainda não era alfabetizada. Ela participou de apenas um encontro da Oficina e não voltou mais.

De qualquer forma, demonstra os desafios encontrados na UBS, pois as pessoas que procuram os serviços de psicologia, chegavam carregadas de histórias complexas, experiências de violações de direitos e, em geral, muito sofrimento. Os casos infantis eram marcados por dores familiares, muitas delas resultantes de processos sociais, de desigualdades históricas, de condições precárias de vida na periferia do capital. A tendência invisibilizar os aspectos sociais que condicionam as formas de vida, promovendo desamparo, e de individualização das responsabilidades coletivas de criação das crianças, em certa medida, reforça que as soluções buscadas sejam, cada vez mais, paliativas, dificultando que as causas dos problemas sejam alteradas. O processo de adoecimento da sociedade se intensifica cotidianamente, e as vítimas são cada vez mais jovens.

De fato, não há soluções mágicas, mas o fortalecimento da atenção básica pode ser uma ferramenta importante na construção de outros referenciais de promoção e cuidado em saúde. Talvez o trabalho da psicologia não possa impedir que, parafraseando Brecht, “rios” infantis de histórias e afetos seguissem “arrastando tudo”, mas pode ter contribuído para desvelar ou desnaturalizar as “opressões das margens”. A UBS e o trabalho de Haidê parecem ter ajudado nesse sentido, a partir dos poucos recursos disponíveis.

Além dos Acolhimentos, acompanhei três encontros do grupo de crianças (com queixas que não eram escolares); três encontros do grupo de cuidadores, sendo que um deles foi exclusivo com responsáveis pelas crianças participantes da Oficina; quatro encontros do grupo de adolescentes de manhã e dois do grupo de adolescentes da tarde e 13 encontros da Oficina de Estímulo à Leitura. Participei, junto com Haidê, de uma reunião da RAPS; de uma reunião da Redinha; de uma visita a uma escola municipal de Educação Infantil, próxima à UBS; de uma reunião de planejamento do grupo de adolescentes com uma enfermeira da RAPS; de uma reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde e de um encontro da Meditação Infantil.

Todas as observações foram registradas em diário de campo e possibilitaram o desenvolvimento das seções do presente capítulo. A partir das observações, identificamos que a Oficina de Estímulo à Leitura era um espaço privilegiado de intervenção em casos de medicalização da educação, encaminhados por queixa escolar.

A Oficina foi uma proposta de Haidê para contribuir com a condução de casos de problemas no processo de alfabetização, já que havia bastante demanda e encaminhamento das

escolas. As histórias relatadas a seguir são casos de algumas crianças que participaram da Oficina durante a realização da pesquisa.

### 2.3. A Oficina de Estímulo à Leitura e a brinquedoteca

*Poesia  
é brincar com palavras  
como se brinca  
com bola, papagaio, pião.  
Só que  
bola, papagaio, pião  
de tanto brincar  
se gastam.  
As palavras não:  
quanto mais se brinca  
com elas  
mais novas ficam.  
como a água do rio  
que é água sempre nova.  
como cada dia  
que é sempre um novo dia.  
Vamos brincar de poesia?*

**José Paulo Paes**

As crianças, em fase de alfabetização, encaminhadas ao posto que, por alguma razão, ainda não haviam aprendido a ler e escrever eram indicadas por Haidê a participar da Oficina de Estímulo à Leitura. Esse grupo existia desde que a Haidê chegou nessa unidade, no final de 2016, reunindo crianças de 6 a 12 anos de idade. As atividades eram realizadas, cerca de três vezes no mês, na brinquedoteca, que ficava ao lado da UBS. Os encontros tinham duração de aproximadamente uma hora e meia.

O papel da Oficina não era alfabetizar, já que a psicóloga não era pedagoga, mas construir com as crianças a segurança e confiança necessárias para o processo de aprendizagem e mostrar que elas eram capazes, respeitando o ritmo de aprendizado de cada uma. Nesse grupo, todas as crianças estudavam em instituições públicas de ensino pública no município e foram encaminhadas por queixas escolares, sendo que as demandas eram as mais variadas possíveis. Em geral, o encaminhamento enviado pela escola não apresentava muitas informações, consistindo em relatos genéricos sobre o comportamento da criança e demandando atendimento, o que dificultava o potencial de articulação entre o trabalho dos equipamentos da educação e da saúde.

De qualquer forma, os encaminhamentos eram acolhidos na UBS. As famílias eram orientadas a participar da vida escolar das crianças, estimular o estudo e, quando possível, procurar aulas de reforço, para que um profissional qualificado pudesse incidir mais diretamente no processo de alfabetização da criança.

O acompanhamento da Oficina se mostrou uma experiência muito rica, ao oferecer um contato direto com as crianças, bem como um espaço de enfrentamento à medicalização da educação, organizado pela psicóloga da unidade. A maioria das crianças que participava da Oficina não tomava medicamentos e nem era diagnosticada com transtornos mentais, que justificassem a não aprendizagem. Todavia, entendemos que todas foram submetidas a um processo de medicalização, uma vez que a causa do seu não-aprendizado foi atribuída a problemas biológicos, orgânicos e neurológicos pela escola, na expectativa de serem “resolvíveis” pelo serviço de saúde mental. Compreendemos que medicalização da educação é um processo amplo, que não se restringe ao consumo de medicamentos, mas depende de uma concepção da relação entre saúde e doença.

A Oficina começava quando a psicóloga encontrava as crianças no posto de saúde e as levava à brinquedoteca. Após a Oficina, a psicóloga retornava à UBS com as crianças e havia um momento de conversa e orientação aos cuidadores.

A brinquedoteca localizava-se no prédio ao lado do posto de saúde. O município dispunha de duas brinquedotecas, equipamentos geridos pela Secretaria de Assistência Social, que, de acordo com a página institucional da prefeitura na internet, o projeto era desenvolvido com os objetivos de ser um espaço de brincadeira, valorizar o universo da infância, fortalecer vínculos familiares, promover o direito de brincar e a socialização das crianças.

A frequência ao espaço era livre, para crianças de qualquer idade, acompanhadas por um adulto responsável. Mesmo sendo aberta à comunidade, muitas famílias usuárias do posto de saúde, quando questionada sobre a brinquedoteca, desconheciam a sua existência. O fato de estar localizada ao lado da UBS permitia que o local também fosse utilizado para realizar ações de cuidado e promoção de saúde (grupo de meditação infantil e Oficina de Estímulo à Leitura), embora os objetivos do equipamento não se restringissem a esse.

Essa era a segunda brinquedoteca do município e foi criada em 2004. Funcionava de segunda a sexta-feira, das 9h às 16h. O espaço era um apêndice de um prédio escolar, porém tinha acesso independente, dispendo de um salão, onde as educadoras recebiam as crianças e o



livro de registro da entrada estava disponível. Mais à frente, nesse mesmo salão, havia quatro mesas, com quatro cadeiras cada. Nas paredes azuis e verdes do fundo e da esquerda, existiam grandes prateleiras com diversos brinquedos. À esquerda, toda sorte de jogos de tabuleiro (xadrez, dama, jogos de peão, Banco Imobiliário, *War*, etc.), jogos de montar, memória, quebra-cabeças, alfabetos móveis, dominós tradicionais, de sílabas e de tabuada, jogos de estratégia, de agilidade, boliches de plástico etc. Nas outras prateleiras, estavam dispostos os brinquedos definidos pelas educadoras do local como “de meninos”: carrinhos, caminhões, máscaras do *Batman* e outros super-heróis, ferramentas de plástico, dinossauros, capacetes.

Do lado direito do salão de entrada, dividido por um balcão, encontrava-se a sala “das meninas”, com as paredes rosas. Lá, existiam três mesinhas e 12 cadeiras de tamanho infantil e, nas prateleiras, estavam dispostas bonecas dos mais variados tamanhos, cores e tipos, além de todos os apetrechos para brincar de casinha: fogãozinhos, geladeirinhas, pias para lavar louças, pratinhos, talheres, copos, panelinhas, comidinhas, máquina de lavar roupas, ferro de passar, entre outros. Esse espaço também dispunha de uma arara com fantasias de criança e uma pequena estante onde estavam expostos livros infantis. Era o local prioritário de realização da Oficina, pois era onde se organizava a pequena biblioteca.

Ao final da sala “das meninas”, havia um corredor, onde era possível chegar a um pequeno banheiro e à sala “dos bebês”, decorada com um tapete, almofadas, bichinhos de pelúcia e brinquedos para as crianças menores. A sala “das meninas” também dava acesso a uma espécie de quintal, que consistia em uma área externa cimentada, não muito extensa, mas com capacidade para a realização de brincadeiras e do grupo de meditação. Além disso, tinha um barranco, com terra, árvores e outras plantas e uma edícula que servia de copa para as trabalhadoras do local, mas que não era permitido acesso das crianças.

O espaço e os brinquedos eram muito bem organizados. Os jogos estavam sempre arrumados, as peças pequenas guardadas em pequenos sacos plásticos, as cartas presas em elásticos e tudo devidamente acomodado nas suas caixas. Na maioria das caixas, era possível encontrar as regras dos jogos, para consulta, caso houvesse dúvida sobre como brincar. Algumas vezes, quando chegávamos, as educadoras estavam organizando o material, conferindo as peças, consertando as caixas que pelo uso ocasionalmente rasgavam ou estragavam. Tudo estava sempre no lugar. As educadoras zelavam muito por isso.

Parte dos materiais foi conseguido através de doação de moradores, inclusive, os livros. Quando os brinquedos chegavam lá, havia uma seleção do que era possível dispor no acervo e o que não estava em condições de uso era descartado.

Os livros ficavam expostos na estante, de forma bem acessível para as crianças, porém sem catalogação ou triagem. Às vezes, encontrávamos livros faltando alguma página, riscado ou recortado. Mesmo assim, era muito interessante dispor a literatura em um espaço lúdico, como forma de estimular a leitura e ampliar o acesso a esse material.

Na brinquedoteca trabalhavam três educadoras, sendo que algumas delas foram substituídas durante o período de realização da pesquisa. Segundo Haidê, o vínculo de trabalho delas é precário, sendo contratadas para uma vaga temporária, sem direitos trabalhistas e com pagamento mensal em torno de um salário mínimo. Provavelmente, essas condições justificavam a não permanência das profissionais.

As observações realizadas no local indicam que não é exigido uma formação ou experiência prévia para a tarefa. Tampouco ouvimos relatos da existência de processos formativos para as educadoras. Nesse sentido, elas partiam dos seus repertórios para organizar o espaço e brincar com as crianças.

Avalio que a organização das salas e, conseqüentemente, dos brinquedos partiam da reprodução do estereótipo de gênero, pois não havia espaços de desnaturalização dessas noções e preconceitos cristalizados. E as crianças, quando frequentavam o local eram orientadas a respeitar essa determinação do que era “brincadeira de menina” e o que era “brincadeira de menino”. Quando acompanhávamos as crianças, as educadoras não insistiam nessas normas.

A brinquedoteca era um espaço atrativo para as crianças. As educadoras pareciam gostar de recebê-las. No entanto, em alguns momentos, as regras e organização prevaleciam sobre a disponibilidade de brincar. O cuidado com o espaço, de vez em quando, mostrava-se como um impedimento da possibilidade do exercício lúdico. A cultura da criança, a ludicidade, a liberdade de criação, a possibilidade de exploração do ambiente, algumas vezes, era cerceada por imposições taxativas, como o impedimento de brincar no quintal, a impossibilidade de um menino brincar com os brinquedos das meninas ou de as crianças maiores brincarem no espaço dos bebês.

Talvez esses limites pudessem ser superados com um processo de formação sobre a infância, no sentido de permitir a compreensão do papel da brincadeira e da fantasia no

desenvolvimento infantil. De qualquer forma, o empenho e dedicação das educadoras eram notáveis. Elas se desdobravam para acolher as crianças, mas também zelavam para que a organização do espaço fosse mantida.

As crianças gostavam muito de frequentar a Oficina e a brinquedoteca era, sem dúvida, um elemento importante dessa vinculação. O ambiente de lá era mais propício para o que a Oficina se propunha do que a sala da psicologia da UBS, pois havia brinquedos, livros e espaço.

Muitos pesquisadores da infância (PIAGET, 1971; VIGOTSKI, 2001; WALLON, 1989) defendem a função do lúdico para o desenvolvimento infantil saudável. A criança se desenvolve no brincar. Através dessa interação, ela constrói hipóteses, formula perguntas, constrói raciocínio, o que é fundamental para a aprendizagem e desenvolvimento infantil. No brinquedo encontra-se a relação da ação da criança com o meio em que ela vive, possibilitando o estímulo à criação e à imaginação, enquanto processos especificamente humanos da atividade consciente. A brincadeira, o faz de conta, a imitação são formas essenciais da criança ampliar seu repertório, internalizar as normas sociais e desenvolver a sua subjetividade.

Baseada em Vigotski: Coelho (2011, p. 60), afirma que:

a criança aprende de uma forma mais eficaz por meio da participação em atividades coletivas que tenham significado para ela e nas quais sua atuação seja perfeitamente assistida e guiada por alguém que tenha competência e que exerça uma certa tutoria. (...) As ferramentas de que o ser humano dispõe nesse momento para agir não são apenas materiais, elas são essencialmente simbólicas como a fala, a escrita, o conhecimento, valores, crenças etc., que irão mediar a sua relação com o mundo.

Dessa maneira, para Vigotski, o brinquedo simbólico substitui a sua função original e pode ser abstraído, assumindo novas funções. Tal capacidade, exercitada no faz-de-conta e brincadeiras infantis, é imprescindível no processo de aquisição da linguagem oral e escrita.

Portanto, a intervenção com crianças deve se orientar na ludicidade para que elas possam se divertir e aprender a partir das suas vivências e experimentações na realidade. Ao brincar, jogar, imaginar, a criança interage com as possibilidades, entra em contato com as normas e papéis sociais e as reinventa. O aspecto lúdico também é imprescindível para a socialização das crianças, pois permite a convivência, as expõem a contradições e as desafia a buscar saídas para os seus problemas. Através da brincadeira e do faz de conta, a criança exercita sua lógica, testa, mede, avalia, experimenta, escolhe, argumenta, arrisca, coopera, ganha e perde, passos essenciais para o seu desenvolvimento físico, social, intelectual e emocional.

Ao brincar, a criança transforma o meio em que vive e, conseqüentemente, transforma-se a si mesma, uma vez que a ludicidade é a forma por excelência de intervenção infantil no mundo. Para o desenvolvimento saudável e integral das potencialidades infantis, é fundamental explorar a brincadeira e a imaginação como elementos do trabalho enquanto princípio educativo.

A Oficina partia desse pressuposto e arriscava abordar o livro e a contação de histórias como um brinquedo também. A partir dessa vivência, foi possível interagir com diferentes crianças, que de formas distintas mostraram formas de enfrentamento à medicalização. Assim, apresento as histórias de Luísa, Gustavo, Cíntia, Michael, Adailton, Kelvin, Luana, Tainá, Luís e Vinícius, crianças que participaram da Oficina de Estímulo à Leitura, organizada pela psicóloga da UBS e realizada na brinquedoteca.

#### **2.4. Luísa, a menina que adorava livros**

*Sou construtor menor.  
Os raminhos com que arrumo  
as escoras do meu ninho  
são mais firmes do que as paredes  
dos grandes prédios do mundo. Ai ai!*

*Manoel de Barros*

Início a descrição da Oficina com a história da Luísa, pois foi a primeira criança que conheci na Oficina. Eu estava na UBS com Haidê, ela pegou os prontuários e chamou as crianças que participavam desse grupo. Luísa apareceu, acompanhada pela avó, cumprimentou a psicóloga com doçura e deu a mão para que fôssemos para a brinquedoteca. A elas, juntaram-se outras três crianças para sairmos da unidade. Chegando lá, Haidê orientou que todas assinassem o livro de presença da brinquedoteca.

Em seguida, fomos para a sala em que ficavam os livros e sentamos nas cadeirinhas. No grupo, além de mim, haviam duas crianças que participavam da Oficina pela primeira vez. A psicóloga pediu que todos se apresentassem, falando o nome e alguma coisa que gostava de fazer. Depois, perguntou para as crianças que já tinham frequentado outros encontros o que elas faziam na Oficina. Luísa se prontificou a responder, dizendo que ali: “a gente brinca e aprende a ler!”. Depois disso, as crianças reforçaram quais eram as regras de utilização do espaço.

Em geral, a rotina da Oficina era essa: reunir as crianças, ir até a brinquedoteca, assinar o livro, fazer a roda de apresentação – em quase todos os encontros crianças novas foram

integradas – para reforçar os combinados e apresentar as atividades do dia. Em seguida, as crianças podiam brincar do que elas quisessem. O importante é que elas guardassem o que utilizaram após a brincadeira. Luísa lembrou dessa regra do local quando nos apresentou o funcionamento da Oficina.

Durante o momento da brincadeira, em cada encontro, a psicóloga observava uma das crianças, buscando identificar quais as dificuldades que ela enfrentava e, às vezes, propondo atividades para verificar como superá-las. Essa avaliação se dava de várias formas, desde propor ou acompanhar a criança em uma brincadeira, até escolher um livro para ser lido junto à criança. A abordagem de Haidê era bem sutil, de forma que as crianças não se sentiam cobradas ou avaliadas. A disponibilidade de participar da brincadeira era fundamental nesse sentido. Não havia um roteiro ou forma a seguir, era importante ter sensibilidade para participar do que a criança estivesse disposta a realizar.

A exemplo dela, eu também me colocava com essa postura, de observar e brincar com uma das crianças por encontro. Em alguns momentos, Haidê e eu atuávamos juntas com a mesma criança, em outros, com crianças distintas. Tal atuação caracteriza a pesquisa-ação, já que a minha presença no campo de pesquisa implicou em uma intervenção, seja nos Acolhimentos ou na Oficina.

Foi aí que me aproximei da Luísa. Com seus 8 anos de idade, ela era doce e carinhosa. Cursava o 3º ano do ensino fundamental de uma escola municipal próxima à unidade. Muito vaidosa, tinha cabelos crespos. Um dia, ela apareceu com um penteado diferente e ela disse orgulhosa: “Fiz progressiva!”. O alisamento do cabelo manifesta uma tendência a imposição de determinado padrão de beleza. As crianças são vítimas cada vez mais precoces dessa violência de negar diferentes formas de ser e existir no mundo. Os cabelos de Luísa também o foram.

Luísa era bem-comportada, tranquila, um pouco contida, gostava de participar e agradar os adultos. Algo nela impedia uma expressão muito espontânea, de modo que ela parecia estar sempre querendo atender as expectativas dos mais velhos.

Ela era a frequentadora mais assídua da Oficina, quase nunca faltava, sempre atenta, participativa e um pouco tímida, falando baixo. A mãe de Luísa trabalhava. A avó que a acompanhava no posto de saúde, sempre muito preocupada e atenta às orientações da psicóloga. Quando ela não podia levá-la, garantia que o irmão adolescente ou outro adulto levasse Luísa à Oficina.

A menina gostava de brincar de casinha e com os livros. Quando tinha oportunidade, aproximava-se de Haidê para lerem juntas. Nesse dia, eu me aproximei dela. Tentamos ler juntas e foi possível ver a sua dificuldade: ela parecia ter medo de errar, conhecia as letras, mas tinha pouca noção do modo de juntá-las para formar sílabas. Então, ela tentava adivinhar o que estava escrito, sem ler, de forma aleatória. O livro escolhido era bem simples, mesmo assim, a junção das letras não fazia sentido para a menina.

As outras crianças brincavam ao redor, em geral, mantendo a divisão sexual das brincadeiras: meninas de um lado, meninos de outro. Luísa se mantinha próxima às adultas, esforçando-se para algo que ainda não tinha sentido para ela. Era possível identificar uma angústia na criança, resultante de um esforço ineficaz em ler as palavras e uma certa ansiedade na psicóloga e na pesquisadora, que sem pressionar, lembravam em voz alta os sons das letras identificadas por Luísa.

A leitura da história não rendeu muito. O momento final da Oficina era de reunir todas as crianças e contar uma história. A escolha do livro podia ser proposta pelas psicólogas ou indicada pelas crianças. Era um momento, que na maioria das vezes, tinha bastante receptividade das crianças, elas ouviam atentas, tentavam ler e acompanhavam o que estava sendo lido por mim ou por Haidê. Algumas vezes, as crianças se desafiaram a ler e compartilhávamos a contação.

Na semana seguinte, encontrei Luísa novamente na Oficina. No momento da brincadeira, ela também optou por ler comigo. Foi notável o avanço dela, ela parecia mais segura, estava arriscando mais e chutando menos. A minha impressão foi de um salto qualitativo na compreensão dela sobre o funcionamento da leitura.

Saí da Oficina convencida do potencial dessa ação no processo de alfabetização das crianças. Luísa estava quase apropriada da técnica da leitura. Minha principal hipótese que justificava esse desenvolvimento rápido consistia na contribuição da atenção individualizada para o processo de alfabetização. Entendendo que os ritmos de aprendizagem das crianças são variados, cheguei a concluir que o simples fato de uma intervenção assistemática poderia ter despertado o que faltava para Luísa “juntar as letras”. Eu estava satisfeita, Luísa também. Conversamos com a sua avó dos avanços da neta. A avó ficou orgulhosa, disse que a neta era inteligente, mas, às vezes, era um pouco preguiçosa, por isso ainda não tinha aprendido.

Nos outros encontros, notei uma certa estagnação na leitura de Luísa, o que quase não permitia que ela lesse. E ela foi perdendo a segurança que eu verifiquei no nosso segundo encontro. As aulas começaram. Luísa seguia frequentando a Oficina.

Brinquei inúmeras vezes de casinha, visitando-a e comendo bolos e outras comidas de mentirinha. Às vezes, ela optava por brincar com as outras crianças, em vez de tentar ler com as adultas. Quando eu me aproximava dela, propondo atividades de leitura ou brincadeiras com letras ou palavras, notava que ela tinha poucos avanços. Faltava pouco, mas algo impedia Luísa de juntar as letras. Discuti o caso com Haidê algumas vezes.

A menina era bem inteligente e estava prestes a aprender a ler, mas tinha dificuldades de fazê-lo. A vida dela era perpassada por inúmeros atravessamento, pelo fato de ser uma menina pobre, da periferia de um grande centro urbano. Luísa sentia na pele uma questão que a vivência na Oficina e na brinquedoteca elucidava, decorrente das relações de gênero.

Em pesquisa realizada por Carvalho (2005), a autora reforça tendência de os meninos serem mais identificados como indisciplinados ou com problemas de aprendizagem, enquanto as meninas tendem a ser mais elogiadas ou não citadas favorável ou desfavoravelmente pelas professoras de uma escola pública de São Paulo.

Na Oficina não era diferente. A maioria das crianças que participava eram meninos. Era notável a reprodução do padrão de brincadeiras. Poucas vezes, os meninos brincaram com as comidinhas e panelinhas, que era a opção das meninas em quase todas as ocasiões. Na maioria das vezes, eles não paravam quietos, corriam, mexiam em vários brinquedos ao mesmo tempo, importunavam uns aos outros, falavam mais alto e dispersavam mais facilmente. Quase sempre que tínhamos que chamar atenção de alguma criança, era de algum dos meninos.

Grande parte das meninas que frequentavam a Oficina, eram mais tranquilas, participavam calmamente, esperando a hora de falar e, quando iam dizer alguma coisa, era com bastante timidez. A queixa que as levava ao atendimento psicológico tinham mais relação aos problemas aprendizagem do que de comportamento. Luísa era uma delas, a menina que adorava livros. Espero que continue gostando.

O DSM 5 aponta uma prevalência maior de TDAH e outros transtorno entre as crianças do sexo masculino, em relação às meninas. De acordo com o Manual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 63):

O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino.

Os defensores da validade dessa incidência do TDAH justificam essas diferenças da prevalência do TDAH entre meninos e meninas por fatores orgânicos. Outros pesquisadores têm explicado tais diferenças como uma expressão das influências de fatores sociais na determinação dos transtornos.

A educação de gênero a que todas as crianças são submetidas desde o nascimento constrói imposições sobre o que é ser menina e o que é ser menino em nossa sociedade. Junto a essas regras, ao menino, é permitido determinados comportamentos, inclusive, associados a uma maior força e motricidade: corridas, lutinhas, carrinhos, jogos de raciocínio e, até, uma certa agressividade é autorizada. À menina, são destinados as brincadeiras e os trabalhos que exigem delicadeza, cuidado, destreza, afetividade, o pequeno, sutil.

Carvalho (2004) aponta para uma maior incidência de casos de indisciplina e problemas de aprendizagem entre os meninos do que entre as meninas no ambiente escolar. Nesse sentido, o bom desempenho escolar pode ser associado a comportamentos efeminados por meninos, em contraponto a postura mais agressivas e violentas, consideradas tipicamente masculinas. De acordo com a autora, os papéis de gênero tendem a ser naturalizados na instituição de ensino:

a tendência na equipe da escola investigada era de atribuir as diferenças no comportamento de meninos e meninas à educação familiar ou à natureza (“meninos são assim mesmo”, “essa fase é assim”), uma postura que também já foi localizada entre professoras e professores em outros países. (p. 36).

Por outro lado, a participação das meninas tende a ser silenciada, invisível, sem destaque. Quando elas são agitadas, sofrem punições por terem comportamento inadequado para “uma menina”. O julgamento das professoras, em geral, é perpassado por questões de classe social, cor e gênero. Carvalho (2004, p. 37) relata que:

Na escola investigada, por exemplo, um grupo de meninos, em geral brancos e provenientes de famílias de setores médios intelectualizados, aparecia nas falas das professoras como “excelente” ou “brilhante”. Raramente meninas faziam parte desse grupo seletivo de crianças que eram referência certamente também para seus pares.



A sociedade machista e patriarcal leva a uma maior exposição feminina aos trabalhos domésticos, a assumir responsabilidades precoces de cuidado da casa e dos irmãos menores. Da menina, não é esperado atos intempestivos, pois, desde pequenas, são ensinadas a se protegerem, não se exporem desnecessariamente a riscos, a se resguardarem dos perigos do mundo – incluindo dos oferecidos pelos homens. Além disso, silenciosa e rotineiramente, ensinam-lhes a suportar sem reclamar o fardo da dupla jornada de trabalho, quando começam a brincar de casinha.

Esses parâmetros forjam padrões aceitáveis de hiperatividade e desatenção, que excedidos, tornam-se doenças e devem ser tratados por profissionais. Nas escolas, a indisciplina masculina é “mais aceita”, que a feminina e as meninas bagunceiras tendem a ser punidas com mais severidade que os meninos, visto que, isso não é comportamento de uma “boa menina” (CARVALHO, 2004; 2005).

Luísa era uma “boa menina” e parecia invisibilizada exatamente por isso. Com o término da pesquisa de campo, parei de frequentar a Oficina. Haidê me relatou que o “quase” foi superado e Luísa estava lendo. Não pude vivenciar essa conquista. Mas fiquei muito feliz em saber dessa superação. Luísa me acolheu de forma muito generosa na Oficina e me ensinou muita coisa, em especial, os desafios do processo de alfabetização, inclusive suas inconstâncias.

## 2.2. Gustavo não conhece “Eva”, tampouco “viu a uva”

*Não basta saber ler que 'Eva viu a uva'.  
É preciso compreender qual a posição que  
Eva ocupa no seu contexto social,  
quem trabalha para produzir a uva  
e quem lucra com esse trabalho.*

**Paulo Freire**

A Oficina me possibilitou conhecer a história de Gustavo, menino negro de 11 anos de idade, aparentemente saudável, muito vivo e cheio de imaginação. Dessas crianças que tem um brilho marcante nos olhos e um sorriso solícito no rosto. Estudava no 5º ano de uma escola pública municipal. Foi encaminhado à unidade por dificuldades de aprendizagem. Ele não participava muito assiduamente do grupo, faltando com frequência razoável. Quando ele ia, demonstrava interesse nas atividades propostas. Seus jogos preferidos envolviam brincadeiras de ação e futebol. Nas horas que a psicóloga se aproximava para propor atividades de leitura,

mostrava-se menos à vontade e arriscava pouco, apesar de prestar muita atenção nas contações de história.

A avó Lourdes era quem o trazia no grupo. Era uma senhora negra que parecia muito preocupada e sofrida com as agruras da vida. Seu rosto ligeiramente enrugado e seu corpo humilde expressavam um pouco a dureza dos anos. Era ela quem cuidava de Gustavo e de outros netos, inclusive da irmã dele.

Já havia encontrado com a Dona Lourdes e seu neto outras vezes. Mas pude me atentar à história de Gustavo em um encontro que Haidê organizou com as cuidadoras e cuidadores das crianças que participavam da Oficina, a fim de socializar as práticas realizadas por ela que podiam ser desenvolvidas por eles em casa<sup>28</sup>. Foi um momento importante para conhecer outra dimensão da vida: as alegrias e dores delas – crianças e cuidadoras. Aproximar-me, ao menos um pouco mais, das complexidades das histórias daquelas meninas e meninos que eu já conhecia, foi fundamental para entender algumas das engrenagens que forjam as dificuldades de aprendizagem na escola e descortinar um pouco dos sofrimentos por trás de alguns eventos aparentes.

Na ocasião, Dona Lourdes relatou que Gustavo foi encaminhado para o neurologista. Ela o levou ao médico, que o avaliou, solicitou exames e submeteu a criança a novas avaliações. Segundo ela nos disse, uma das atividades propostas pelo neurologista foi solicitar que Gustavo fizesse lições da Cartilha Caminho Suave no consultório. Inicialmente, o menino se recusou a fazer a atividade sugerida pelo médico. O neurologista disse a Gustavo que ele era muito inteligente, porém preguiçoso, sendo duro com a criança. A avó nos contou que escorreram

---

<sup>28</sup> Durante o período de realização da pesquisa, Haidê propôs a realização de um encontro especial com os cuidadores das crianças que participavam da Oficina, com a intenção de apresentar as atividades realizadas com as crianças, debater sobre o processo de aprendizagem e de alfabetização, orientar as famílias sobre ações que elas podem realizar para contribuir com as crianças. Participaram cinco cuidadoras, duas mães, duas avós e uma tia. A conversa foi muito produtiva, todas as participantes avaliaram que foi um espaço que evidenciou a complexidade da aquisição da leitura e da escrita, bem como, reforçou o papel fundamental da família de ser aliada da escola para estimular e incentivar as crianças nesse processo. Elas relataram as angústias, revelando algumas especificidades nas histórias daquelas meninas e meninos que interferem no aprender e na vida escolar. Haidê indicou a possibilidade das famílias procurarem ajuda com professoras de reforço particulares ou em espaços públicos, as cuidadoras trocaram contatos de profissionais conhecidas. Na minha avaliação, aquele foi um encontro que acolheu aquelas mulheres, que se sentiram mais aptas a entender seus filhos, filhas, netas, netos e sobrinho e de apoiá-los na empreitada da alfabetização. Ao final, solicitaram que fossem realizados outros momentos como aquele. Além dessa reunião, Haidê propunha algumas atividades que reuniram cuidadores e crianças, em momentos de confraternização e interação na brinquedoteca, a fim de aproximar adultos e crianças na brincadeira, além de apresentar o potencial daquele equipamento para a comunidade.

lágrimas dos olhos de Gustavo, sentindo-se humilhado pelo médico. Depois, ele tentou fazer a lição.

A avó parecia um pouco confusa, pois por um lado havia considerado a postura do profissional inadequada ao expor e ofender Gustavo dessa forma. Ao mesmo tempo, não se sentia segura para discordar da autoridade médica. Ao discutirmos o caso no encontro de cuidadores, Haidê e outras participantes ponderaram que o neurologista foi ofensivo com a criança e a fez chorar, já que ninguém tem o direito de chamar outra pessoa de preguiçosa, ainda mais uma criança. Dona Lourdes demonstrou se sentir acolhida naquele espaço do grupo, legitimada a discordar do médico especialista. Na saída, agradeceu muito à psicóloga e pediu mais orientações sobre como dar continuidade ao acompanhamento do Gustavo.

Todavia, consideramos que a situação vivenciada por ele e sua avó trata-se do que Gonçalves Filho (1998a; 1998b; 2003; 2004; 2007) conceituou como humilhação social. Segundo o autor, a humilhação social é decorrente da desigualdade política, resultado da dominação de um grupo social sobre o outro. A dominação de um grupo desencadeia uma desigualdade entre os considerados diferentes e, conseqüentemente, gera a opressão, exploração, silenciamento do grupo dominado. Na nossa sociedade, podemos observar inúmeras condições de desigualdades, em que uma parcela da sociedade se sente superior ao restante por fatores: econômicos e sociais, de origem geográfica, racial e étnica, geracional, entre outras.

Esse sofrimento é fundado em uma dimensão histórica, caracterizado por sua vivência sistemática de opressão de um determinado grupo social, que foi vivida pelas gerações que antecederam o indivíduo e, provavelmente, pelas que o seguirão. Assim, trata-se de uma dor enraizada no passado, vivenciada no presente e que se projeta no futuro, consistindo em uma humilhação coletiva, que é experienciada individualmente por cada um que compõe aquele grupo social dominado (GONÇALVES FILHO, 2007).

Há uma assimetria de poder na relação de crianças e adolescentes pobres, suas famílias e outras instituições sociais – escola, abrigo, serviço de saúde, Estado etc. O sofrimento gerado pela medicalização pode revelar um antigo elo de humilhações históricas. Assim, por se tratar de um sofrimento psíquico, é fundamental que a questão seja enfrentada subjetivamente, além de reforçar a necessidade de evidenciar e superar os fatores sociais e políticos envolvidos na questão.

Na semana seguinte, a avó, quando levou o neto à Oficina, chegou com o diagnóstico de Gustavo feito pelo neurologista: retardo mental leve, identificado na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 como F70. Dona Lourdes explicou a Haidê que o médico atribuiu a uma baixa oxigenação no cérebro durante o parto como causa daquela condição do menino.

Não tive acesso aos exames, tampouco ao parecer do médico. Nos outros encontros, Gustavo não voltou ao grupo. Não o vi mais. A criança viva e criativa pode ter sido substituída por um rótulo, um estigma, sob o julgo de um profissional que teve contato por algumas horas com ela, que a avaliou e que decretou: “Retardo Metal Leve”.

Goffman (1988) descreveu as consequências deletérias do estabelecimento do estigma na construção da identidade social. Em casos de medicalização da infância o diagnóstico atua como uma marca estigmatizadora, já que a identidade da criança passa a ser reduzida ao laudo. Afirmar que uma criança, em processo de desenvolvimento, possui um retardo mental, mesmo que leve, restringe suas possibilidades e oportunidades a um rótulo (BAUTHENEY, 2011), ou seja, o diagnóstico representa uma forma de limitar o futuro da criança.

É possível que haja um “desinvestimento” dos professores no processo de ensino de crianças com laudos. Em decorrência das condições de trabalho precárias e da quantidade de estudantes em sala, não é incomum ouvir relatos de profissionais que assumam como referência do ritmo das aulas a maioria das crianças da turma. Consequentemente, as crianças com desempenho abaixo da maioria da sala ficam para trás. O laudo médico pode justificar o “abandono” das crianças atrasadas, pois é um argumento científico que legitima as limitações e, a grosso modo, a reprodução do fracasso escolar (BAUTHENEY, 2011; COLLARES; MOYSES, 1994).

Outro fator que merece destaque na história de Gustavo refere-se à relação entre o processo de medicalização e racismo. Patto (2015) elucidou que a produção do fracasso escolar é profundamente marcada por fatores que incidem sobre crianças pobres, principalmente, meninos negros. Carvalho (2004; 2005) identifica a tendência de as professoras atribuírem problemas de aprendizagem a meninos negros, com renda familiar baixa, o que corrobora com conclusões de Patto.

As desigualdades raciais são resultado de processos históricos que forjaram uma sociedade estruturalmente racista. As bases dessa desigualdade são reproduzidas em diversos

espaços sociais, como nas famílias, escolas, meios de comunicação. Nesse sentido, Carvalho (2005) indica que embora as relações raciais são construções sociais e identitárias, justifica-se as desigualdades como determinações biológicas, o que contribui na reprodução de privilégios de certo grupo social. No Brasil, a atribuição de “raça” tem influência de aspectos socioeconômicos, ultrapassando a atribuição da “cor”, decorrência de um passado escravocrata recente.

Em sua pesquisa, Carvalho (2005) comparou a autodeclaração de raça/ etnia e cor de crianças, de uma escola pública de 1ª a 4ª série de São Paulo, com a heteroatribuição de professoras e a classificação que essas últimas faziam das estudantes, nas seguintes categorias: crianças encaminhadas para o reforço escolar; crianças consideradas como indisciplinadas; crianças avaliadas com bom desempenho escolar e crianças não citadas/ classificadas nas outras categorias. A pesquisadora evidenciou uma tendência de as professoras classificarem como negras mais crianças indicadas para o reforço escolar, em comparação com a autodeclaração das estudantes, e identificarem como brancas mais crianças avaliadas como boas alunas, do que as que se autodeclararam dessa cor. Em outras palavras, o estudo apontou para uma tendência de as professoras “enegrecerem” o fracasso escolar e a “embranquecer” o sucesso nos estudos.

Carvalho (2005, p. 88) conclui que no contexto educacional brasileiro, a atribuição de raça às crianças também é influenciada pelo desempenho escolar da criança, ou seja, além das referências fenotípicas (cor da pele, textura do cabelo, traços faciais e físicos etc.), o sexo e as condições socioeconômicas, o sucesso ou fracasso escolar contribui para que a criança seja classificada como branca ou negra, respectivamente.

se pensarmos que o status da criança no âmbito da escola depende tanto de sua renda familiar quanto de seu desempenho, podemos supor que o fato de de uma desigualdade de desempenho escolar entre brancos e negros na escola estudada ser maior quando se usa a classificação das professoras do que quando a autoclassificação é usada, decorreria tanto de as professoras clarearem crianças de melhor desempenho quanto de, simultaneamente, avaliarem com maior rigor crianças que percebem como negras. Esse fenômeno é particularmente intenso em relação aos meninos, o que indica a presença de uma associação, no quadro de referências utilizado pelas professoras para avaliar as crianças, entre um tipo de masculinidade negra e o baixo desempenho na aprendizagem. (CARVALHO, 2005, p. 94)

No entanto, a autora reforça que a atribuição da professora também influencia o rendimento de seus estudantes. Em outras palavras, a crença ou descrença de educadores no

potencial de aprendizagem da criança é um condicionante fundamental para efetividade da ação educativa. Se no imaginário social, reproduzido – provavelmente, de forma inconsciente – pela professora, consta determinadas expectativas de desempenho escolar de meninas e meninos, crianças brancas e negras, ela contribui para a consolidação desse resultado.

Profissionais da educação podem contribuir para potencializar a aprendizagem ou reproduzir mecanismos de perpetuação das desigualdades raciais, uma vez que tem como responsabilidade promover o ensino e construir condições para que os estudantes aprendam. Acreditar na capacidade de aprendizado do outro faz parte dessa relação, baseada no afeto, no contato visual, na explicação atenciosa de várias formas até que o interlocutor compreenda. No entanto, a atuação dos professores e o estabelecimento do vínculo necessário para a efetivação do processo de ensino-aprendizagem são perpassados por uma série de fatores, inclusive por preconceitos e reproduções de padrões sociais.

Dentre tais preconceitos, destacamos o racismo, tão presente na nossa sociedade. Apesar da educação brasileira ser atravessada pelo racismo, em análise bibliográfica, não encontramos muitos estudos que identificavam medicalização da educação e o racismo como palavras-chaves. A princípio, aponto que talvez esse tema seja uma lacuna no processo de produção de conhecimento na área. Lemos, Cruz e Souza (2014) publicaram um estudo que trata sobre a medicalização do racismo, sob o argumento de construção de uma sociedade pacífica. Nesse sentido, os pesquisadores (LEMOS, CRUZ; SOUZA, 2014a, p. 10) afirmam que:

as tensões cotidianas da escola têm sido deslocadas para os conselhos tutelares (...). Posteriormente, são encaminhadas para equipes de saúde que medicalizam as queixas escolares rapidamente sem colocá-las em análise, apenas fazendo operar diagnósticos superficiais e pouco expressivos do contexto da produção da dor e da queixa, sobretudo, do que resultou na produção da mesma. (...) Outro aspecto desse processo de lidar com as queixas escolares sem contextualizá-las acontece pelo encaminhamento direto pela escola de crianças e adolescentes para as equipes multiprofissionais de unidades de saúde que chancelam a falta de escuta por meio de perícias silenciadoras da diferença do cotidiano escolar; assim, há o que se pode nomear de educação violadora de direitos atravessada pela racionalidade de problemas médico-psicológicos.

Assim, impõem-se uma lógica racista como fundamento da educação, a fim de criar consenso em torno de um projeto de sociedade. Os autores continuam: “caso essas estratégias sofram resistências, os corpos de estudantes serão medicalizados e punidos, nessa sequência da

demanda de ordem, lei e investimento da sociedade no capitalismo globalizado e neoliberal, hoje.” (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014a, p. 18).

A expressão do racismo no cotidiano escolar foi descrita por Carvalho, na prática das professoras (2004, p. 38):

[os meninos elogiados] Não eram garotos passivos e obedientes, mas, ao contrário, alunos com bom desempenho acadêmico e também muito “agitados”, “perguntadores”, “críticos” e mesmo “indisciplinados”. (...) Nesses meninos agitados, pouco atentos às necessidades dos outros, a desobediência e a indisciplina são compreensíveis e aceitáveis para as educadoras, cuja atitude parece conter não apenas condescendência, mas também admiração e aprovação. (...) Esse referencial de masculinidade passa a ser considerado um problema apenas quando outros garotos, menos “rápidos e espertos”, tentam seguir os mesmos padrões de comportamento ou, não conseguindo obter prestígio com um bom desempenho acadêmico, tentam construir sua autoestima pela “masculinidade de protesto”.

Nesse sentido, além das questões sociais e de gênero, o racismo também interfere na expectativa e na postura docente frente a criança. A história de Gustavo parece ser atravessada por tais elementos, tanto nas avaliações escolares, quanto nas considerações médicas. Dessa maneira, mostra-se como um caso de medicalização influenciado por preconceitos, que descontextualizam outros condicionantes fundamentais para garantir um desenvolvimento saudável e integral dessa criança.

De acordo com Rotondaro (2013, p. 172):

A “medicalização da raça” tende a suplantar a subjetividade humana, na medida em que desloca a discussão sobre etnicidade e construção de identidades, para o conceito de raça, numa suposta determinação biológica que subsume as dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas. A compreensão desse fenômeno como uma das características da afirmação de uma compreensão somática não se dá de forma óbvia.

Segundo a pesquisadora, as referências do normal e patológico partem de um padrão que estigmatiza a desigualdade, transforma divergências políticas em anormalidade, baseada em critérios racistas e etnocêtricos, impondo a dominação de um referencial branco e masculino, justificada por argumentos científicos.

A objetivação das diferenças pelos saberes médicos, psicológicos, neuropedagógicos, estatísticos, jurídicos e da administração social produziu uma racionalidade cristalizada e reproduzida em diversas práticas, que reduziu o espectro da multiplicidade das maneiras de vida à lógica de medidas, permeadas por pretensões universais e por padronizações silenciadoras da diversidade. Os testes psicométricos e projetivos foram parte de um conjunto de escalas avaliativas utilizadas para transformar diferenças em desigualdades, justificando racismos desqualificantes de modos de viver, de sentir e de pensar em meio às práticas educativas. (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014a, p. 8)

Voltando a história de Gustavo, entendemos que ele pode ser mais uma vítima da produção do fracasso escolar e da medicalização da educação, por estar mais exposto a essa situação, por ser menino, negro e pobre, por ter sido reduzido a um diagnóstico F70. Talvez, esse laudo tenha selado um destino de não aprendizagem. Gustavo não voltou à Oficina e nem ao atendimento de Psicologia.

### 2.3. Como aprender de luto? A história de Cíntia

*A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
há mais olhos que sono  
onde lágrimas suspensas  
virgulam o lapso  
de nossas molhadas lembranças.*

**Conceição Evaristo**

Em um dos Acolhimentos, pude conhecer Cíntia, sua irmã Vitória e sua mãe Edineuza. Edineuza era uma mãe jovem, tinha 34 anos de idade, teve quatro filhos e era avó de duas crianças. A filha mais velha tinha 19 anos de idade e era mãe de um bebê; o seu outro filho que havia completado 18 anos de idade no ano anterior; também era pai de outro bebê; Cíntia com 9 anos de idade e Vitória com 4. A família era grande e Edineuza administrava bem essa dinâmica, cuidando das filhas menores e dos netos, conciliando com trabalhos temporários e domésticos. Era uma mulher determinada e preocupada com a família, parecia alegre, responsável e disposta a resolver os problemas.

Procurou o serviço de saúde por encaminhamento da escola de Cíntia. A queixa era que a menina estava com dificuldade de aprendizagem, era muito tímida e ainda não era alfabetizada. Durante o Acolhimento, Cíntia e Vitória a acompanhavam. Vitória parecia muito ativa, demandando atenção, brinquedos, como crianças pequenas costumam fazer.



Cíntia era uma menina tímida, miúda, atenciosa com a irmã, buscava entretê-la, enquanto a mãe participava do atendimento. A mãe relatou que Cíntia estudava no 4º ano do ensino fundamental, em uma escola pública próxima do posto de saúde e precisava de ajuda no processo de alfabetização. Haidê sugeriu que a criança participasse da Oficina de Estímulo à Leitura e a mãe do Grupo de Cuidadores. Além disso, recomendou que a mãe buscasse aulas de reforço e outras formas de apoiar Cíntia na aquisição da leitura e escrita.

A menina participava frequentemente da Oficina, era aplicada, disciplinada, contida. Às vezes, chegava atrasada e justificava por tarefas que a mãe tinha com os netos e a irmã caçula. Em alguns dias, sua mãe também demorava para buscá-la, pela mesma razão. Nos encontros, Cíntia disse que ajudava a mãe com as crianças, que gostava de brincar e cuidar dos bebês, bem como de fazer bolo com a mãe. Com relação à leitura, Cíntia apresentava bastante dificuldade. Em alguns momentos, ela confundia as letras, não lembrava como juntá-las.

Apesar disso, ficava atenta nas contações de histórias e divertia-se durante as brincadeiras. Sempre escolhia brincar de casinha, junto a Luísa, eram exímias cozinheiras de mentirinha: fazia bolos, peixe, pudim, suco e arrumavam tudo depois. Pude acompanhá-la nessa fantasia, algumas vezes, mesmo estando muito à vontade, portava-se sempre de modo bem responsável.

Sua mãe levou avaliações escolares realizadas por Cíntia para a psicóloga analisar. Na primeira vez, todas as questões estavam respondidas, as linhas foram totalmente preenchidas por letras, números e símbolos aleatórios. Uma expressão das tentativas da menina para atender expectativas ainda não compreensíveis para ela.

Da segunda vez, três meses depois, era possível identificar avanços, que Cíntia já dava indícios de progressos no desvelamento de códigos escritos, com respostas que demonstravam aprendizado, mesmo não tendo dominado completamente o processo. Ainda assim, depois das aproximações das respostas, ela seguia preenchendo as linhas com letras aleatórias. Esse comportamento indica que Cíntia entendeu que as letras têm um significado, só não sabia qual, e que ela estava caminhando no processo de alfabetização.

De acordo com Coelho (2011, p. 59), que analisou o processo de aquisição de escrita a partir das contribuições de Vigotski, nas primeiras grafias:

a criança faz algumas marcas ou rabiscos que têm sentido para ela e fazem parte das suas experiências e cultura. A leitura, por sua vez, também não é apenas decodificação nem apreensão de um único sentido já estabelecido anteriormente. As primeiras experiências de “leitura” que a criança vive, certamente não atingem, nem mesmo se limitam, às convenções do sistema alfabético. Ela não “lê” o que está escrito, mas o que acredita estar escrito.

Edineuza participou do encontro com os cuidadores das crianças que frequentavam a Oficina, relatado acima. Nessa conversa, conheci ainda mais a história de Cíntia e sua mãe. Edineuza apresentou seu drama familiar: no ano anterior, o irmão mais velho de Cíntia foi assassinado, de forma violenta e inesperada. O jovem havia acabado de completar 18 anos, saiu para comemorar aprovação no exame de motorista, estava perto de uma briga, foi confundido e alvejado na festa. Ele faleceu antes de chegar ao hospital.

O episódio abalou Edineuza profundamente. Após a morte do filho, a mãe se desestabilizou, chorava muito, estava inconsolável. Cíntia sentiu demasiadamente a ausência do irmão querido e a tristeza da mãe. Edineuza relatou que por alguns momentos não conseguia se organizar, chegou a perder a hora de levar a filha na escola. Em outros, Cíntia, sensibilizada pela situação da mãe, pedia para não ir à aula, para não deixar a mãe sozinha.

A mãe reconheceu que isso prejudicou o desempenho escolar da filha, mas estava sem condições para agir diferente na época. Depois de cerca de seis meses do falecimento do filho, ela estava melhor e poderia contribuir para a recuperação de Cíntia. Nesse sentido, no período de desenvolvimento da pesquisa, Edineuza levava a filha na Oficina e em aulas de reforço e garantia que a filha frequentasse a escola.

O caso de Cíntia e Edineuza expõe as interferências do contexto de vida da criança no processo de aprendizagem. Volto a questão do título desta seção: como aprender de luto? E como a escola pode contribuir nesse sentido? Existem teorias da aprendizagem que apontam para a importância da participação ativa do educando, para que ela possa se efetivar. Desse modo, a curiosidade e o encantamento da criança, a vontade de aprender são fundamentais.

Durante o período que estava elaborando a morte do irmão, não é de se espantar que Cíntia tivesse com outras questões na cabeça, demandas mais urgentes que o conteúdo escolar e que isso teve um impacto na sua aprendizagem. Por isso, é tão fundamental que as instituições de ensino estejam sensíveis à realidade que os estudantes estão inseridos, para compreender as dificuldades conjunturais ou estruturais. Tal feito é um desafio se considerarmos que uma

característica da escola moderna está na sua padronização e estabelecimento de um ritmo único de aprendizagem para cada série (FREITAS, 2018).

A alfabetização é um processo complexo, que exige uma alta capacidade de abstração. Compartilhamos da compreensão de Coelho (2011, p. 62) que define a alfabetização como um processo permanente, que não se esgota com o aprendizado das letras e sílabas.

Portanto, em função da complexa natureza do processo de alfabetização, é necessário considerar os condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos que o determinam, na caracterização dos métodos e materiais didáticos para alfabetização, assim como no preparo e formação do professor alfabetizador.

Nesse sentido, o desenvolvimento da capacidade de escrita deve ter significado e partilhar do contexto em que a criança está inserida social, política e culturalmente.

Provavelmente, durante 2017, Cíntia não apresentava disponibilidade para se vincular ao processo escolar, pois estava sofrendo por questões familiares. Sua dor e sua preocupação com a mãe afetaram sua relação com a escola. Seu comportamento tímido e reservado, reforça tendência já apontada na literatura de silenciamento das questões vivenciadas pelas meninas (CARVALHO, 2004; 2005). Em geral, os problemas de indisciplina, mal comportamento – mais característicos dos meninos – são mais notáveis do que a timidez – mais frequente entre as meninas.

A isso, soma-se as condições de ensino de grande parte das escolas públicas brasileiras, conforme já discorremos acima, que resultam em salas de aula superlotadas, que limitam a disponibilidade de que as professoras acompanhem a realidade de seus estudantes. Assim, avalio que a dificuldade de acompanhar o contexto em que a criança está inserida, pode ter interferido na vida escolar de Cíntia.

A realidade perpassa com grande intensidade a vida da família de Edineuza, visto que a convivência com a violência urbana nem sempre é uma escolha para muitas pessoas da classe trabalhadora. Para parte considerável da população brasileira, a vida na periferia é uma imposição das condições objetivas de trabalho, da necessidade de sobrevivência. Isso não quer dizer que a vida na periferia seja sinônimo de violência, mas as condições econômicas, a falta de seguridade social, de oportunidades de cultura e lazer, que marcam as regiões periféricas da cidade, provocam uma maior exposição a situações violentas, que acomete majoritariamente a

juventude pobre, negra e homens. Crescer nesse contexto de violência traz consequências distintas que atravessam a vida das crianças.

Cíntia é um exemplo de superação, já que no processo de elaboração do luto, ela se fortaleceu a ponto de conseguir ter condições de alfabetizar. Nos últimos encontros da Oficina de 2018, foi possível verificar os avanços de Cíntia: ela estava lendo! Suponho que o tempo e a acolhida a sua condição permitiram que ela o fizesse, bem como o empenho de sua mãe em ajudá-la. O desafio é o de construir uma escola que entenda essas diferenças, que considere as especificidades para promover condições de ensino, em vez de justificar a não aprendizagem.

#### 2.4. “Michael, eu estou muito orgulhosa de você!”

*Do rio que tudo arrasta  
se diz que é violento.  
Mas ninguém diz violentas  
as margens que o comprimem.*

**Bertolt Brecht**

Michael foi outra criança que me ensinou muito, um menino pequeno, de 8 anos de idade, extremamente ativo, pulava, corria, conversava. Já frequentava a Oficina antes de eu começar a acompanhá-la. Ele não ia em todos os encontros, faltava algumas vezes. Michael estava no 3º ano do ensino fundamental de uma escola municipal perto dali. Quem o acompanhava era a avó, uma senhora muito miúda, com sérios problemas de saúde.

Ela demonstrava uma grande preocupação com o neto. Relatou que a mãe dele tinha “problemas de cabeça”, não cuidava de Michael, por isso, ela assumiu essa responsabilidade. Tive oportunidade de encontrar com a mãe uma vez, no grupo de cuidadores. Ela parecia ansiosa, querendo ir embora, pois tinha que ir na escola do garoto, para fazer a matrícula. Durante a atividade, mexia no celular e participou pouco das discussões.

Muitas vezes, a causa do fracasso escolar é atribuída à família, alegando que crescer em um ambiente desestruturado justifica as dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento. A família de Michael não se configurava conforme o modelo nuclear tradicional, já que ele vivia com a avó, a mãe e outros familiares. Todavia, há de se considerar que a defesa de um modelo familiar padrão, como ideal para a promoção do desenvolvimento saudável da criança, é uma expressão preconceituosa e uma forma de opressão.

Esta condenação da diferença quando se analisam as condições de existência das famílias pobres, ou empobrecidas, decorre da confusão entre fatores associados e fatores de causalidade. Assim, quando se observa que chefia de domicílio feminina está associada a, por exemplo, menor rendimento escolar, estabelece-se a relação causal entre família “desorganizada” e atenção à criança, ao invés de procurar as causas, e propor soluções, no nível da instituição escolar, por exemplo, cujo cotidiano é regido pela suposição de que todas as famílias são nucleares, com divisão tradicional de papéis sexuais. (ROSEMBERG, 1994, p. 37)

Culpabilizar a estruturação familiar é uma maneira de não resolver as causas de produção do fracasso escolar, visto que assume uma definição preconceituosa e parte de um problema que não tem solução, pois não é possível incidir na configuração familiar. Além disso:

as famílias que se oferecem à observação não são desorganizadas ou desestruturadas. Muito ao contrário, representam um imenso esforço dessas populações para dar ordem ao seu universo, oferecer uma face sólida à realidade, que não responde generosamente ao seu esforço de sobrevivência. (MELLO, 1994, p. 31)

Portanto, é fundamental compreender a dinâmica familiar, sem julgá-la ou estigmatizá-la, a fim de identificar como essa organização pode contribuir para a superação do problema. Essas explicações que culpabilizam as famílias resultam no aprofundamento da desigualdade social e na promoção de injustiças.

Haidê me relatou que a avó, com a saúde fragilizada, tinha dificuldade de lidar com o neto. A mãe, “muito avoada”, segundo a avó, não se responsabilizava. A avó nos contou que ele corria na rua, pedia muitas coisas quando saiam, chorava por um picolé, depois de ter combinado com a avó que não comprariam nada. Desconfio que Michael poderia ser uma criança diagnosticada com algum desses transtornos: TDAH, TOD ou outros... desde que não se enxergasse toda a saúde e vitalidade por trás daquela dita “impulsividade” ou “hiperatividade”, que pode ser entendida como um “pedido de ajuda” por outras abordagens.

O comportamento de Michael na Oficina era de agitação: saía correndo na frente de todo mundo, quando íamos para a brinquedoteca; saltava da rampa; entrava correndo no espaço – mesmo sabendo que deveria assinar o livro de registro na entrada; lá dentro, corria e começava a tirar os brinquedos do lugar, antes da roda de conversa; às vezes, relutava em guardar os brinquedos, apesar de saber que essa era uma das regras do espaço. Na roda de conversa, era

comum termos que chamar a atenção, para que parasse de conversar com outro menino, mexer com outra criança ou brincar com os brinquedos, enquanto conversávamos.

Mesmo assim, Haidê via inúmeros avanços na postura de Michael. Nos primeiros contatos com ele, o menino não participava, não atendia os pedidos da psicóloga. Quando o conheci, era possível identificar que ele havia estabelecido um vínculo com Haidê, gostava de frequentar a Oficina e se interessava pelas histórias.

Com relação à leitura e escrita, tínhamos dificuldade de conhecer seu repertório, pois ele tendia a evitar atividades e brincadeiras que envolvesse letras, palavras etc. Como os momentos em que verificávamos o repertório da criança dependia de uma abertura delas, Michael não costuma permitir muitas aproximações nesse sentido. Começávamos a brincar juntos, por exemplo, e ele logo se cansava e corria para outro brinquedo. Em geral, não se propunha a ler conosco, quando convidávamos.

Avalio que essa dispersão possa ser um indicio de um medo de errar, a fim de não ter que enfrentar o fracasso. Talvez, uma das táticas de Michael fosse não finalizar as atividades que iniciava, de modo a não encarar a possibilidade de falhar, de não conseguir realizar a tarefa. Por isso, parecia estar sempre pulando de um canto a outro da brinquedoteca. Tínhamos que lembrá-lo de guardar os brinquedos, de participar das atividades propostas.

Um episódio que ocorreu durante a Oficina me chamou a atenção. Ao chegarmos na brinquedoteca, as crianças escreveram o nome no livro de registro. Reparei na letra de Michael, que escreveu o nome de forma cuidadosa. Fizemos a roda de conversa e no momento da brincadeira, aproximei-me dele, para propor alguma atividade para verificar seu desenvolvimento com a escrita.

Escolhi um alfabeto móvel, ele veio animado brincar comigo e com Luísa. Propus a escrita de palavras como o nome próprio, a seleção que estavam torcendo na Copa do Mundo (era período de jogos do campeonato mundial). Muito prontamente ele escreveu seu nome, pedi para escrever o sobrenome, o que ele também fez com bastante destreza. Quando sugeri outras palavras, ele dispersou e foi brincar com outras coisas. Segui escrevendo com Luísa.

Como de costume, terminamos a Oficina com a contação de histórias. Michael estava agitado e logo correu, quando terminamos. Nesse momento, me aproximei daquela criança tão cheia de vida, me abaixei, para ficar à altura dos olhos dela e disse: “Michael, eu estou muito orgulhosa de você! Você tem uma letra linda e escreveu seu nome direitinho no livro. E escreveu

seu nome todo [com o alfabeto móvel]. Parabéns! Você é muito inteligente!”. Dito isso, o abracei. Michael ficou notadamente constrangido com os elogios, não conseguia olhar nos meus olhos enquanto eu falava com ele. Assim que teve oportunidade, desvencilhou-se do meu abraço e saiu correndo. Apesar de assustado, talvez pela falta de costume de ouvir coisas boas a seu respeito, saiu sorrindo.

Depois desse período, Michael ficou um tempo sem participar da Oficina, encontramos poucas vezes. Não tive mais notícias sobre o seu desempenho escolar. Acredito que essa história ilustra uma dimensão muito importante do processo de aprendizagem, o afeto e o suporte interpessoal. Provavelmente, ao longo da sua vida, Michael tenha aprendido a receber atenção quando agia de forma inadequada em casa ou na escola. O risco de errar e ser malsucedido pode ter limitado sua disposição a tentar. Sua alternativa pode ter sido correr, pular, mexer em tudo, para não ter que lidar com suas dificuldades.

Nesse sentido, enxergar o potencial de Michael, por trás de sua aparência de “criança-problema” é imprescindível. Vigotski (COELHO, 2011) aponta que a tendência das teorias pedagógicas são centrar-se no que a criança consegue desempenhar. O pesquisador defende a necessidade de orientar o foco da ação educativa para o que a criança pode fazer com a mediação de alguém que já domina aquela habilidade. Por outro lado, as condições da educação fazem com que muitas crianças sejam estigmatizadas pelo que não conseguem realizar, forjando o fracasso escolar.

A maioria das crianças que chegava à Oficina estava convencidas das suas incapacidades de aprender, dos seus limites e das suas “burrices”. Algumas chegam a expressar isso nas suas posturas e inseguranças. Uma das principais contribuições desse espaço era valorizar as potencialidades das crianças: seja a letra bonita, a tentativa de ler uma palavra, arriscar acertar, entendendo que o erro é uma etapa fundamental do processo de aprendizagem.

Isto posto, a ação da psicóloga garantia um ambiente que as crianças arriscassem brincando, em uma atmosfera muito diferente da escola tradicional, sem que se sentissem avaliadas, pois o erro não era punido. Mais do que esperar respostas corretas, Haidê buscava compreender a lógica por trás daquela leitura ou escrita, as hipóteses construídas pelas crianças. Em geral, as crianças sentiam seguras para confiar naquele espaço lúdico e de acolhida, acima de julgamentos ou classificações, onde suas conquistas e avanços – até os mais singelos – são valorizados.

Tal feito era possível por se tratar de um grupo em que o objetivo é muito distinto do processo de alfabetização realizado na escola. Como Haidê sempre reforçava ao apresentar a Oficina, aquele espaço visava à estimulação para que a criança aprendesse a ler e escrever na escola ou através de aulas de reforço. Embora, alguns dos aprendizados dessa experiência possa inspirar a mudança de práticas pedagógicas, que, sem querer, reproduzem estigmas e criação de “crianças-problemas”.

## 2.5. “Eu também sei fazer continha, quer ver?”

*Digo: o real não está na saída nem na chegada:  
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia*

**Guimarães Rosa**

Adailton foi mais um dos meninos que participavam na Oficina. Ele também já frequentava o espaço antes de eu começar a acompanhá-la. Adailton tinha 9 anos de idade, estudava no 4º ano do ensino fundamental de uma escola pública, mostrava-se um menino ativo e esperto. Ele foi encaminhado ao serviço de psicologia por queixa escolar e não era plenamente alfabetizado, por isso, a Oficina de Estímulo à Leitura foi a indicação de Haidê.

No período que acompanhei a Oficina, ele parecia distante, com dificuldade de vinculação, não arriscava. Adailton parecia preferir brincar com os meninos, sem muitas aberturas para dialogarmos. O menino não era indisciplinado na brinquedoteca, mas estava no limite disso. Algumas vezes, tinha que ser chamado mais de uma vez para participar dos momentos coletivos, como contação de histórias. Durante as rodas de conversa, mantinha-se alheio e dispersava com facilidade. Haidê e eu comentávamos que não sabíamos se ele era capaz de ler, pois, em geral, ao contrário da maioria das crianças, ele não permitia muitas aproximações.

Nesse sentido, Adailton chamou nossa atenção e, durante um dos encontros, prontifiquei-me a tentar formas de estar mais perto. Ao longo desse dia, ele não se mostrou receptivo as minhas tentativas, não era grosseiro ou agressivo, simplesmente não aderiu às atividades propostas por mim no momento da brincadeira livre.

Após a Oficina, voltamos para a UBS, momento que os cuidadores buscavam as crianças e conversavam com Haidê sobre questões relativas a elas, problemas ou avanços nas escolas e outras demandas. Em geral, a conversa com cuidadores era importante para acolher as questões



dos cuidadores, incentivá-los no acompanhamento das crianças e fazer os atestados para justificar ausência na aula devido à participação na Oficina, para as crianças que estudavam de manhã.

Então, era um momento com bastante movimentação, por demandas diversas, ora mães querendo os atestados, ora avós pedindo orientação sobre as crianças, por vezes, pais solicitando encaminhamento ou conselhos, e as crianças no meio disso, brincando, correndo e se provocando, no pequeno consultório de psicologia da unidade. Mesmo assim, era uma oportunidade interessante de conversar com os cuidadores e, principalmente, reforçar os avanços das crianças, a fim de alterar o padrão que muitas das famílias estavam acostumadas: ouvir somente reclamações daquelas meninas e meninos.

Em uma dessas ocasiões, após eu ter tentado aproximações de Adailton durante a Oficina, voltamos para o consultório. Como em quase todos os dias, houve bastante agitação no espaço. Conforme a psicóloga conversava com os cuidadores e fazia os atestados, os adultos e crianças saíam da sala. A mãe de Adailton esperou Haidê, para conversarem sobre a criança. A mãe estava preocupada, pois a escola estava reclamando do menino.

A fim de não ficarmos ouvindo o que a mãe conversava com a psicóloga, propus, despretenciosamente, que Adailton lesse comigo um cartaz colado na porta do consultório. Para minha surpresa, o garoto quis ler, identificou as letras e formou algumas sílabas, com a minha ajuda, conseguimos ler todo o cartaz, impresso em folha de sulfite pela gerência do posto: “FAVOR NÃO CORRER NOS CORREDORES DA UNIDADE”. Foi a abertura necessária para que pudéssemos dialogar e testar formas de vinculação.

Além da informação contida no cartaz ser importante, pois ele era uma das crianças que chegavam correndo na unidade, serviu para que, finalmente, pudesse dimensionar o que ele sabia e desconhecia no processo de alfabetização. Adailton mostrou estar em pleno processo de aquisição da leitura, embora apresentasse dificuldades. Tal capacidade me surpreendeu, pois supunha que seu comportamento arredo na Oficina poderia significar problemas maiores com relação à leitura.

A partir da leitura exitosa do cartaz, passamos a procurar outras coisas para ler no corredor da UBS. Lemos outros cartazes e informações juntos. De forma assistemática, a metodologia da leitura compartilhada se baseava em permitir que ele lesse, arriscasse; nas tentativas que ele apresentava dificuldade, eu o apoiava e repetíamos o que, por ventura, ele

tivesse se enganado ou lido de forma incorreta. Adailton se mostrou animado. Desconfio que foi porque a ênfase dada por mim consistia em valorizar o que ele conseguia ler e não o que ainda não conseguia realizar sozinho.

Lemos os cartazes que estavam ali perto e voltamos para o consultório, onde ele, espontaneamente se propôs a escrever. Pegamos um pedaço de papel, uma caneta e começamos a escrever. Adailton escreveu seu nome corretamente e começamos a pensar em outras palavras que ele quisesse colocar no papel. Foi notável ver a empolgação do menino.

Foi possível identificar um padrão na escrita de Adailton. Ele quis escrever BRASIL, grafando do pedaço de papel: BRSL. A partir do que escreveu, pedi para que lesse e verificasse se faltava alguma coisa. Ele leu a palavra BRASIL. Parabenizei o garoto, pois ele lembrara de quase todas as letras importantes e indiquei que faltavam algumas letras, que preenchemos no mesmo papel.

Como ele gostava de futebol, começamos a escrever nomes de times paulistas. Seguimos escrevendo, palavras que ele escolhia: Ele torcia para o Palmeiras e se propôs a escrever. O resultado de sua escrita foi: PALMRS. Depois, ele escolheu escrever CORINTHIANS e SANTOS, registrando da seguinte maneira: CORMTIA, SNTS. Procedemos da mesma forma, ele releu o que escreveu e completamos juntos as letras que estavam ausentes, lendo após a escrita, reconhecendo as hipóteses acertadas. Adailton quis escrever o cabeçalho, como deveria fazer todos os dias na escola: escreveu quase sem falhas o nome do município, da escola e a data.

Coelho (2011) discute o processo de alfabetização a luz da perspectiva sócio-cultural, com base nas contribuições de Vigostki, Luria e Leontiev. Segundo essa abordagem teórica, é fundamental que o alfabetizando atue no mundo, com mediação de relações sociais, para se apropriar dos mecanismos de funcionamento da escrita, ou seja, o processo de alfabetização se dá a partir da experiência da criança no mundo, que se internaliza e resulta na aprendizagem. O ato precede a compreensão, portanto, para aprender a escrever, é necessário testar técnicas, “métodos primitivos” de escrita, a fim de compreender os mecanismos de funcionamento da língua escrita, que não é coincidente com a fala.

Nas palavras da autora (COELHO, 2011, p. 61):

Nesses movimentos [de internalização a partir da relação intersubjetiva], por meio das palavras e outros recursos semióticos a criança vai organizando seus próprios processos mentais. O desenvolvimento envolve processos que tanto se constituem de aprofundamento na cultura da qual fazem parte, quanto de emergência da individualidade de que são constituídos. (...) a noção da realidade não se limita às bases sensíveis dos conceitos, das imagens, das representações. Em decorrência, é preciso mais que a percepção de formas e letras para a alfabetização ocorrer. É necessário um mundo de atividades mediadas com ampla significação e não uma simples exposição da criança ao mundo letrado.

De acordo com a teoria vigotskiana, o processo de aquisição da escrita se desenvolve a partir do exercício do brincar, do faz de conta, passando pelo desenho. Para escrever, a criança deve descobrir que é possível conceber o mundo através de representações gráficas e, além disso, é possível desenhar a fala.

Nesse processo, a escrita se desenvolve de forma dialética e não linear. Considerando essa complexidade, os pesquisadores apresentam as seguintes etapas do processo de apreensão da escrita: 1) registros aleatórios (desenho rudimentares) usados para gravar alguma informação, sem compreensão do mecanismo escrito; 2) uso de marcas específicas (linhas, pontos, rabiscos) como signos primários com referências mnemônicas, ainda de forma indiscriminada; 3) uso de figuras e imagens (pictogramas) que se estabilizam; 4) registro com signos discriminados estabilizados, mesmo sem todos os elementos e, por fim, 5) uso de signos estáveis e discriminados que permite ao alfabetizando realizar a leitura da própria escrita.

Notadamente, percebe-se que Adailton ainda não escreveu completamente a maioria das palavras que se propôs. Mas nessas tentativas, ele manifestou que já reconhecia que letras diferentes são usadas para formar diferentes palavras. Além disso, ele indicou que compreendeu o som que algumas letras têm, compondo a palavra faltando algumas letras, principalmente vogais, mas garantindo a escrita de letras – consoantes – que caracterizam a escrita da palavra. As aproximações de Adailton apontam que ele tem hipóteses sobre os mecanismos de funcionamento da língua escrita, que ele está avançando para prever e dominar tais mecanismos.

Caso não se atente para os acertos verificáveis na escrita do menino, enfatizando-se apenas as ausências de letras ou as palavras incorretas, perde-se toda a elaboração que Adailton já era capaz de fazer no sentido do desvelamento dos códigos linguísticos. Ou seja, não reconhecer as hipóteses que ele já elaborou sobre o processo de construção das palavras pode prejudicar seriamente a aquisição da escrita em curso. Reforçar os “erros” deslegitima as hipóteses acertadas dele.

Assim, no processo de alfabetização, é fundamental observar como o alfabetizando está compreendendo esse processo, quais sentidos e explicações estão sendo construídos, já que algumas vezes, o que, à primeira vista, pode parecer um erro, como por exemplo, a ausência de algumas letras, pode revelar um processo de aprendizado em curso, que ainda não está concluído, mas que já aponta para hipóteses e conclusões válidas, etapas importantes na trajetória complexa que é a alfabetização.

Escrevemos outras palavras e, na maioria delas, é possível identificar esse mesmo padrão. Por fim, Adailton olhou para mim e disse: “Eu também sei fazer continhas. Quer ver?”. Nos espaços do papel que ainda era possível escrever, ele começou a registrar cálculos matemáticos simples:  $1 + 1 = 2$ ;  $2 + 2 = 4$ ;  $4 + 4 = 8$  e assim por diante, acertando todos os resultados. Após algumas continhas, a mãe do menino finalizou a conversa com Haidê, os dois se despediram e foram embora.

Sua letra escrita com muito capricho e sem tanta firmeza em pequenos pedaços de papéis que encontrei no consultório, registrou os avanços do menino, que até horas antes, nem sabíamos que era capaz. Possibilitou uma aproximação e expressou um sinal de confiança da criança ao que representávamos e ao trabalho desenvolvido na brinquedoteca.

Esse fato foi de muita importância, compreendido por mim como um sinal de um vínculo estabelecido entre a criança e eu, reforçado pela necessidade que as crianças têm de mostrar o que são capazes de fazer. Algumas vezes, a escola e a família podem valorizar demasiadamente o que as crianças não sabem fazer, em detrimento do que ela consegue realizar.

Nesse dia, Adailton e eu voltamos para casa com um enorme sorriso no rosto. Ele por ter escrito, contado e sido elogiado pelos conhecimentos que possuía. Eu por ter percebido o tanto que as crianças nos surpreendem e nos ensinam cotidianamente. O menino estava em franco processo de alfabetização e dava sinais explícitos de apropriação nesse sentido.

## **2.6. A alta: meninas e os meninos que leem**

*Negar a fruição da literatura é mutilar a nossa humanidade.*

*Antônio Cândido*

A brinquedoteca era um espaço que as crianças que viviam na região poderiam ter contato com livros, embora, não pudessem levá-los, era um local que dispunha de literatura

infantil variada. O município dispunha de biblioteca pública, onde havia acervo infantil. Haidê informava aos cuidadores que as crianças não podiam fazer o empréstimo sozinha, mas algum adulto responsável poderia retirar e devolver livros na biblioteca. Entretanto, nenhuma das crianças nos disse frequentar o local.

Atualmente, muitas das escolas públicas da região são equipadas com bibliotecas. Porém, nem sempre o espaço é aproveitado como forma de estimular o hábito da leitura nas instituições de ensino. Muitas vezes, esse impedimento se dá porque as escolas não estão conseguindo garantir a efetivação do processo de alfabetização das crianças – pelas razões das condições das instituições de ensino já expostas acima. Além disso, em meio a tantos problemas, a sua responsabilidade de garantir incentivar o hábito da leitura nem sempre é priorizada nas suas práticas cotidianas.

Das crianças que frequentavam a Oficina, somente duas relatavam dispor de livros em casa. Em alguns momentos, que haveria períodos mais longos sem encontro da Oficina, devido a feriados ou outras razões, Haidê sugeria que as crianças e seus cuidadores treinassem a leitura, da maneira que conseguissem em casa. Algumas vezes, ela pediu que as crianças levassem livros que gostassem para a Oficina.

Apenas uma vez isso foi realizado, por Kelvin, um dos meninos mais aplicados da Oficina, que participava com entusiasmo das atividades e já era praticamente um leitor, faltava fluência na sua leitura, mas ele já dominava os mecanismos de decodificação da escrita. Os motivos que o levaram para o atendimento psicológico da UBS não foram por queixa escolar. Mesmo assim, ele frequentou a Oficina durante um período, o que possibilitou que ele se desenvolvesse ainda mais no processo de alfabetização. O livro que ele levou na Oficina foi lido naquele dia, durante a contação de história.

Um dos momentos mais esperados pelas crianças na Oficina era a contação de história, que encerrava o encontro. Nela, reuníamos todas as crianças em volta de uma das mesinhas que ficavam perto dos livros e líamos um dos livros que estavam ali. As formas de contar e as histórias foram as mais variadas possíveis. Na maioria das vezes, Haidê ou eu contávamos a história, com a participação das crianças, provocadas pelo próprio livro, por perguntas que as ajudavam a participar ou por pedidos para que partilhassem da leitura, lendo palavras ou lembrando versos.

Nesse sentido, é possível lembrar que algumas crianças gostavam especialmente de determinadas histórias, como a Luana, a menina-moça que pedia para que contássemos “O Ratinho, o Morango Vermelho e o Grande Urso Esfomeado” de Don e Audrey Wood, que também agradava as demais participantes da Oficina. Nela, o ratinho colhe um morango vermelho. O narrador anuncia o risco de a fruta atrair o grande urso esfomeado. O animal tenta várias formas de esconder o morango e, no fim, o narrador o convence de dividir a fruta com ele e eles a comem juntos.

Havia outras histórias que eram consenso de aceitação entre as participantes. “O Grúfalo”, de Julia Donaldson (1999, Ed. Brinque Book), que trata de um ratinho que enfrenta vários animais da floresta por ser amigo do Grúfalo, um bicho bem assustador inventado pelo roedor. Até que o ratinho encontra o Grúfalo e o convence que o pequeno roedor é o animal mais temido da floresta, os animais não se aproximam do rato acompanhado pelo Grúfalo, com medo do último e o ratinho o convence o monstro que é a o rato que amedronta os demais.

Contamos também um livro composto somente por ilustração, sem palavras escritas, “O lobo negro”, de Antonie Guilloppé (2004, ed. Melhoramentos) que foi interessante para desconstruir a ideia de que as crianças não sabiam ler, já que a história foi contada por todos participantes a partir da leitura das imagens. Lemos “O Chapeuzinho Amarelo”, de Chico Buarque, que narra as descobertas de uma menina muito medrosa, que tinha pavor de tudo, que aprende a transformar seus medos em outras coisas, a partir da transformação das palavras. Assim, o LOBO vira BOLO e a BRUXA se torna XABRU, o que a faz ter coragem de enfrentar a vida e brincar com as palavras.

Destaco a nossa experiência com o livro “A sopa supimpa”, de Estevão Marques, Fê Sztok, Marina Pitier e Suppa (2001, Editora Melhoramentos), que fazia parte de uma coleção de histórias infantis com músicas (os livros eram acompanhados por CD). Esse conto relatava o desafio de um jovem que aposta com os amigos que consegue transformar uma velha sovina e mal-humorada em generosa. Para tanto, o rapaz começou a cozinhar uma sopa de pedras, convidando-a para provar tamanha iguaria e insinuando que o prato ficaria melhor caso houvesse cebola, tempero, legumes, carnes e assim por diante. Ela, curiosa pelo resultado, contribui sem perceber com a elaboração da sopa, satisfazendo-se no final. O jovem consegue então, ganhar a aposta e a velha muda de vida, sendo mais gentil e alegre.

O livro nos chamou a atenção pois durante a sua leitura, Haidê – narradora da história, envolveu Felipe – uma criança que já lia bem e estava prestes a ter alta – que interpretou as falas do personagem jovem e eu, que li as falas da velha. Além disso, por ser uma coleção literária com música, uma parte da história foi cantada, conforme indicado no livro. Haidê não conhecia a música, mas improvisou um ritmo e todas as crianças participaram da cantoria, com muita animação. A história e a música fizeram tanto sucesso que na semana seguinte, as crianças pediram que fosse contada novamente.

Haidê propunha que os cuidadores se envolvessem no acompanhamento do trabalho desenvolvido por ela com as crianças, entendendo que a família tem um papel fundamental no processo de alfabetização da criança. Para tanto, os momentos de diálogo com os cuidadores antes e ao final da oficina eram muito importantes. Além disso, a psicóloga realizou um encontro com os cuidadores das crianças que frequentavam a Oficina, para explicar as atividades que ela desenvolvia e que podiam ser reproduzidas por eles. E ela organizou, uma vez por semestre, um encontro da Oficina com a participação das crianças e seus cuidadores, propondo que caso fosse possível, cada família trouxesse uma comida ou bebida para a confraternização.

As educadoras da brinquedoteca organizaram o espaço e nos receberam com muito carinho para essa atividade. Tais encontros tinham como objetivo festejar os avanços das crianças e aproximar os adultos da brinquedoteca, possibilitando que explorassem a dimensão lúdica e vivenciassem as atividades desenvolvidas na Oficina. Em alguns momentos, foi possível identificar que alguns cuidadores ficavam constrangidos com o convite à brincadeira. Talvez pela presença de outros adultos, pela falta de hábito ou por não terem brincado quando crianças. A “Sopa supimpa” foi contada e cantada nessa ocasião, mostrando para os adultos as potencialidades que a leitura das histórias infantis traz para o processo de alfabetização.

Lemos muitas outras histórias, brincando com as palavras, desafiando crianças a arriscar a leitura. Em um dos dias, uma delas quis socializar com as demais uma redação que havia escrito na escola. Tais histórias ampliavam o repertório das crianças, criavam ferramentas de leituras do mundo, para além das palavras, ofereciam a oportunidade de uma visão crítica da realidade, permitiam organizar seus pensamentos, suas formas de ser e estar. Provavelmente, seja por tais razões o gosto das crianças pelas histórias.

Nessa experiência da Oficina, ainda que de forma assistemática, foi possível verificar o interesse das crianças pelas histórias. A contação era um momento aguardado por elas, que, salvo raras exceções, despertava bastante atenção e expectativas. Nessa convivência, era possível identificar o que cada um mais gostou. Outra potencialidade foi de explorar diferentes gêneros textuais (poesias, músicas, gibis, contos de fada, livros de personagens de desenhos animados, história somente com ilustrações etc.), o que permitiu variar as abordagens e ampliar o acesso das crianças à literatura.

Toda essa gama de livros estava disponível na brinquedoteca. Tal material não parecia ter sido submetido a uma curadoria ou seleção, assim, havia livros rasgados, material comercial ou religioso, histórias ruins. Algumas vezes, fomos surpreendidas por isso, já que não escolhíamos a história previamente. A leitura era decidida juntos com as crianças. Em um dos dias, começamos a contar a história e, no meio da leitura, percebemos que faltavam algumas páginas, o que prejudicou a compreensão do livro. Outras vezes, as crianças indicavam livros com histórias vinculadas a personagens comerciais, como a boneca *Barbie* ou o Carros, da *Disney*, histórias que reforçavam estereótipos de gênero ou que não consideravam a diversidade étnica, cujos os personagens tendiam a ser loiros e de olhos claros, grupo bem distinto do das crianças que participavam da Oficina.

Avalio que é possível potencializar o trabalho da Oficina, organizando melhor o acervo literário, ampliando os títulos e conhecendo previamente os materiais disponíveis, para explorar de modo mais qualificado suas potencialidades. De qualquer forma, acredito que a Oficina e a contação de histórias contribuíram, mesmo que de maneira singela, na tentativa de assegurar o direito à literatura, tanto do sentido de buscar incidir no processo de alfabetização das crianças, quanto por propor estimular a curiosidade e o gosto pela leitura e ampliar o repertório literário das crianças.

A maioria das crianças em idade escolar, que chegavam no consultório de Haidê, eram encaminhadas pelas instituições de ensino. Em geral, elas apresentavam algum problema no processo de aquisição da leitura e da escrita e, portanto, a psicóloga sugeria que participassem da Oficina de Estímulo à Leitura, que como o próprio nome diz, tratava de motivar a criança no desvelamento da língua escrita. Dessa maneira, a Oficina se propunha a apoiar a criança a aproveitar melhor o processo de alfabetização oferecido pela escola, ou seja, a Oficina não tinha o papel de alfabetizador, atuando mais no sentido de estimular e desmistificar a leitura.



O tempo de participação da criança na Oficina dependia de como ela se colocava frente o processo de leitura, sendo acompanhada de forma contínua. Haidê previa que as crianças que estivessem seguras e apropriadas dos mecanismos básicos para o desenvolvimento e aprimoramento da leitura recebessem alta da Oficina. Durante o período que realizei o trabalho de campo, pude acompanhar algumas altas das crianças que já liam sozinhas, com certa fluidez, mesmo que ainda não o executassem com perfeição.

A primeira alta que acompanhei foi de Tainá, uma menina de 9 anos de idade, plenamente ativa. Eu tinha a impressão que ela nunca parava quieta. Da primeira vez que a vi, ela apareceu correndo na recepção da unidade para abraçar Haidê, com muito carinho. Ela abraçava, corria e a puxava para irem à brinquedoteca.

Tainá transbordava vida, peraltice e energia. Lembro dela sempre pulando, correndo, mexendo com os meninos. Ela usava um aparelho no ouvido, para corrigir problema de audição. Nunca soube qual o tamanho da perda auditiva dela. Provavelmente por esse prejuízo, ela tinha dificuldades de fala, sendo acompanhada por uma fonoaudióloga. Tais dificuldades não pareciam incomodá-la, já que ela parecia compartilhar com muita vivacidade da Oficina, ouvindo e entendendo as orientações de Haidê, interagindo com as outras crianças e brincando.

As suas participações na Oficina sempre foram marcadas por uma inquietude. Ela costumava provocar ou ser provocada pelos meninos, também corria na frente para pular a rampa de acesso da unidade. Tínhamos que estar atentas a Tainá, pois, às vezes, nessas brincadeiras e provocações, as crianças se desentendiam, ameaçando possíveis brigas. Ela também gostava de brincar de casinha com as outras meninas. Mas não se limitava a isso, também jogando com os meninos.

Tainá tinha um vínculo forte com Haidê, criado por uma participação na Oficina anterior a minha chegada. Toda a energia e impulsividade de Tainá possibilitou que ela tivesse avanços significativos na leitura e, em um dos encontros, Haidê anunciou que na semana seguinte, seria a alta da menina. A psicóloga conversou com a sua mãe e disse que Tainá já tinha condições para seguir aprendendo, sem a necessidade de frequentar o grupo.

No último encontro que Tainá participou, foi um dia de muita alegria. Haidê anunciou para as outras crianças que a garota já lia e que não participaria mais da Oficina e sugeriu que cada criança se despedisse com um abraço e dizendo uma coisa boa que desejava para ela. Foi um momento bonito, de celebração de uma conquista importante de Tainá. Não foi muito

simples envolver alguns dos meninos nesse processo, mas quando eles entenderam o que estava sendo proposto, quiseram abraçá-la e dar tchau para a amiga da Oficina.

Além de Tainá, acompanhei a despedida do Kelvin, grande leitor e menino muito inteligente, e a alta de Vinícius e Luís. Os dois eram grandes amigos, haviam estudado na mesma sala no ano anterior, tinham 10 anos de idade e cursavam o 5º ano do ensino fundamental de uma escola pública da região. Eles eram muito espertos. Desde as primeiras participações no grupo, mostravam-se muito descolados, comportando-se como pré-adolescentes. Gostavam de videogame e futebol. Às vezes, tiravam sarro de outras crianças. Em outros momentos, eram solidários e generosos, agindo como “irmãos mais velhos”, mesmo que a diferença de idade entre as outras crianças fosse pequena ou não existisse.

Eles demonstravam ter fortes vínculos com Haidê e a tratavam muito respeitosamente. Em um dos dias, as crianças já haviam chegado na UBS, porém, Haidê teve que resolver um imprevisto na unidade e o início da atividade foi postergado. Vinícius e Luís estavam muito ansiosos e foram até a brinquedoteca sozinhos, voltando logo em seguida. Depois, após o início da atividade, eles confiaram a nós a consideração de que haviam sido maltratados pelas educadoras, quando estiveram lá anteriormente.

Não apuramos o que aconteceu. Provavelmente, a reação delas foi em decorrência do fato de eles estarem sem algum adulto responsável. De qualquer maneira, é um indício de que eles se sentiam seguros para avaliar e compartilhar tal fato. Nesse mesmo dia, Vinícius disse para Haidê: “Você é a melhor psicóloga do mundo”.

Vinícius e Luís começaram a participar da Oficina no mesmo período e receberam alta juntos, pois já dominavam a leitura e podiam continuar o processo de alfabetização sem o apoio da Oficina.

Assim, a alta era o momento de reconhecer os avanços e se despedir das crianças que já tinham apreendido os mecanismos essenciais da leitura. Entendendo a alfabetização como um processo permanente, dialético e não linear, a continuidade dela depende de vários outros fatores, que extrapolam a atuação da Oficina. Para que a aquisição da leitura e da escrita se consolide, a escola é fundamental e muitas famílias lançavam mão de aulas de reforço – algumas vezes particulares – para complementar a ação escolar.

Avalio que a Oficina foi muito exitosa no que se propôs realizar. Um indício que evidencia isso era a vinculação e motivação das crianças para participar das atividades

propostas. Elas demonstravam gostar de estar lá, de brincar, conversar, ouvir histórias. O grupo dava liberdade para que as crianças experimentassem a leitura ludicamente, de forma espontânea.

No entanto, foi possível verificar alguns limites dessa prática. Exatamente por não coincidir com a ação pedagógica escolar, a Oficina propunha outro formato de intervenção. Para garantir a liberdade do brincar, nem sempre as crianças se propunham a realizar as mesmas tarefas, ficar no mesmo espaço, o que dificultava que a psicóloga pudesse acompanhar e avaliar especificidades do desenvolvimento da leitura de cada criança todos os dias. Algumas vezes, passávamos períodos longos sem conseguir observar determinadas crianças.

Outro fator que se apresentava como um desafio, era a ausência de referenciais avaliativos, para acompanhar a evolução da criança. A participação das crianças na Oficina era registrada no prontuário. Todavia, por não ter nenhuma avaliação sistemática com relação à aquisição da leitura, nem sempre era possível verificar o que a criança sabia, quais eram as suas dificuldades de forma precisa – um exemplo disso pode ser observado na história de Adailton, que identificamos em uma atividade fora da Oficina seu desempenho na leitura. Assim, por falta de parâmetros avaliativos, em alguns casos, era difícil mensurar os avanços realizados pelas crianças.

Em geral, Haidê recomendava a participação na Oficina para as crianças com dificuldade no processo de alfabetização. No entanto, cabe à família levar ou não a criança. Além disso, muito das crianças que participavam do grupo estudavam de manhã, período de realização da Oficina, tendo que faltar à aula para ir para a UBS. Assim, a frequência das crianças não era constante.

Houve encontros que participavam mais de dez crianças, outros com três. Essa flexibilidade na participação implicava em uma descontinuidade no acompanhamento da criança. Embora na maioria das vezes, as atividades propostas eram realizadas em um único dia, não se prolongando para o encontro seguinte, a frequência das crianças oscilou. Uma parcela considerável do grupo faltava em bastantes encontros. Assim, não era possível prever a quantidade e quais crianças participariam de cada encontro, dificultando um planejamento das atividades a serem realizadas.

Todas as semanas havia Acolhimento de psicologia no posto de saúde, então, a porta de entrada ao serviço estava aberta. Na maioria dos encontros, foi possível conhecer crianças novas

que chegavam na Oficina. As altas das crianças que liam, as ausências e o ingresso de outras impunham uma dinâmica interessante e, ao mesmo tempo, desafiadora ao grupo, pois a sua organização estava em permanente transformação.

Apesar desses desafios, foi possível notar a potencialidade da ludicidade como elemento estruturante para o desenvolvimento infantil. A possibilidade de as crianças brincarem livremente permitiu muitas construções e descobertas. O espaço da brinquedoteca criou inúmeras possibilidades lúdicas, o que não seria viável na UBS, local que propiciava bem menos a brincadeira.

O interesse das crianças, mesmo as mais inquietas, com as histórias era inegável. O desafio de desmistificar a leitura, aproximar os livros, que podiam ser entendidos como mais um dos brinquedos disponíveis naquele local foi muito importante.

Essa experiência contribuiu para que constatemos a importância que a atenção e o estímulo que respeite o tempo da criança têm no processo de alfabetização. Apesar dessa necessidade, nem sempre é possível garantir essas condições em uma sala de aula, devido à quantidade de alunos por turma, à precarização do trabalho docente, entre inúmeros outros problemas que as escolas públicas têm enfrentado atualmente (FREITAS, 2005).

A Oficina foi um espaço para desconstruir o estigma do fracasso escolar e da criança “fracassada”, ao encarar a leitura de uma maneira mais próxima do que ela já consegue fazer e apoiá-la para que realize o que ainda não sabe. Nesse sentido, avaliamos que a atuação da psicóloga, ao orientar os cuidadores sobre a forma de ajudar a criança no processo de aprendizagem e a realização da Oficina de Estímulo à Leitura pode ser uma forma de enfrentamento à tendência medicalizante, padrão que tem se hegemonizado recentemente.

A compreensão de alfabetização vigotskiana concebe que o processo de aquisição da leitura e da escrita se dá de forma complexa, em que a criança deve atuar criativa e espontaneamente, não de maneira espontaneísta. A mediação intencional contribui para criar condições para o aprendizado. O papel do educador é organizar situações concretas para que as crianças explorem, construam e testem hipóteses de representação gráfica e de uso dos códigos linguísticos.

Compreendendo que é a partir da ação interativa da criança que é possível haver aprendizado e, conseqüentemente, o desenvolvimento, Vigotski propõe que a ação do educador deve atuar na Zona de Desenvolvimento Proximal – ZDP. Em outras palavras, a ação educativa

deve ser orientada para contribuir com o desenvolvimento potencial – mediando a realização de tarefas que a criança ainda não consegue realizar sozinha, mas pode fazê-lo com a ajuda de quem já domina a tarefa (COELHO, 2011).

Avalio que a Oficina de Estímulo à Leitura tenha atuado nesse nível, uma vez que as crianças que estavam em diferentes estágios do processo de alfabetização conviviam, ajudando-se e compartilhando seus acúmulos. Além disso, a ação das crianças era mediada pela intervenção das psicólogas, de modo a permitir que as crianças explorassem as possibilidades e tentassem hipóteses de leitura.

Em suma, a convivência com as crianças que participavam da Oficina permitiu elucidar aspectos importantes da forma como a medicalização se expressa entre famílias da classe trabalhadora, principalmente, por permitir a observação participante das situações e das formas como os casos de queixa escolar chegavam no posto de saúde. Além disso, o acompanhamento do grupo possibilitou a vivência de uma maneira de enfrentar o processo de medicalização, através de uma intervenção de estímulo à leitura e da promoção do direito à literatura.

A partir das histórias de Luísa, Gustavo, Cíntia, Michael, Adailton, Kelvin, Felipe, Luana, Tainá, Luís e Vinícius, foi possível identificar como a produção social do fracasso escolar e a medicalização da educação são atravessadas por questões de gênero, em que meninas e meninos sofrem de modo diferente, são avaliados e diagnosticados com sintomas distintos, reforçando um padrão machista e desigual de educação.

A expectativa de que as meninas sejam sempre bem-comportadas e a, conseqüente, condenação da indisciplina feminina, bem como, a tolerância, até certo ponto, da agitação e agressividade dos meninos – o limite do que é aceito ou não depende de diversos fatores, da classe social, cor – para além desse limite tácito, a criança é classificada, diagnosticada, discriminada e seu fracasso escolar corre o risco de ser medicalizado. Conforme vivenciado pelas participantes da Oficina.

A trajetória de todas as crianças do grupo e de Gustavo, foi marcada pela questão racial. Provavelmente em decorrência de preconceitos, as expectativas da escola e dos profissionais de saúde podem ser influenciadas negativamente, restringindo a possibilidade de investirem para o sucesso acadêmico do garoto. Isso acrescido à imposição da autoridade neurocientífica, desconsiderando a realidade da criança, pode ter produzido um diagnóstico estigmatizante e limitador.

A consulta com o neurologista de Gustavo é um exemplo contundente de humilhação social, a qual parte considerável da infância da classe trabalhadora é submetida cotidianamente, seja por serem crianças, negras, pobres ou por terem dificuldades no processo de aprendizagem. O que está por trás de tais fenômenos é um sofrimento psíquico, resultante de processos sociais e políticos, que extrapolam a vivência individual e são sentidas profundamente.

O diagnóstico e a redução das possibilidades de desenvolvimento de uma criança a um estigma, um rótulo é uma das facetas mais perversas do processo de medicalização da educação. O estigma de um laudo, seja de retardo mental leve, TDAH, dislexia, TOD, dentro outros transtornos. Em muitos casos, há um desinvestimento da família, da escola, do serviço de saúde em promover as condições para o desenvolvimento da criança, convencidos de que a vida dela se restringe àquele CID (BAUTHENEY, 2011).

Outro elemento importante a ser considerado no processo de educação e de cuidado à saúde da classe trabalhadora é considerar o território em que está inserida. As condições objetivas de vida, como oportunidades de trabalho, alimentação, moradia, saneamento básico, segurança, o acesso e a estrutura dos equipamentos públicos de saúde, escolas, espaços de cultura e lazer influenciam diretamente na forma de vida da população mais pobre, inclusive na população que vive na periferia.

Em determinadas produções teóricas, que subsidiam a elaboração de políticas públicas, a família das crianças da classe trabalhadora são culpabilizadas pelo desempenho escolar de parte das crianças, afirmando que é responsabilidade de uma suposta desestruturação familiar que prejudica a criança. Michael pode ser um exemplo desse tipo de explicações, que não desvelam as causas da produção do fracasso escolar e do uso ideológico da medicalização para legitimar as desigualdades sociais que naturalizam condições desiguais e punem a diferença.

As formas de aprendizagem e o comportamento das crianças são marcadas por esses condicionantes. Destaco a vivência da Cíntia, que além dos fatores indicados acima, foi vítima das consequências da violência urbana. O contexto de aprendizagem é essencial para garantir o sucesso escolar e não estigmatizar e impor um ritmo que desrespeite a criança. Assumir um padrão único de comportamento e de aprendizagem é mais uma das violências que as crianças são submetidas.

Luísa, Cíntia, Adailton, Kelvin, Tainá, Luís e Vinícius nos mostram que é possível construir outro caminho, a partir de referenciais não medicalizantes. A Oficina desenvolvida

por Haidê pode ser uma alternativa de acolhimento às crianças encaminhadas por queixa escolar e ressignificação do processo de aprendizagem.

Após a observação participante realizada junto ao trabalho de Haidê, principalmente na Oficina de Estímulo à Leitura, realizamos o Grupo Focal com três cuidadores de crianças medicalizadas. A mobilização dos participantes, organização do Grupo e as histórias encontradas nessa fase da pesquisa foram sistematizados no capítulo a seguir.

### **3. O FRACASSO ESCOLAR E A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: histórias de vidas e escolarização no Grupo Focal**

*Não existe agonia maior do que guardar  
uma história não contada dentro de você*

**Maya Angelou**

O Grupo Focal com cuidadores de crianças medicalizadas estava previsto desde o início do trabalho de campo. Entretanto, a sua realização foi adiada devido à necessidade de conhecer o campo, aproximar-se da realidade vivida pelas famílias, planejar formas de mobilizar e dialogar com os participantes. A observação do trabalho de Haidê, do Acolhimento, grupos de cuidadores, de crianças, e de adolescentes, Oficina de Estímulo à Leitura, entre outras atividades foi essencial nesse sentido, a fim de dar elementos para propor um espaço em que o envolvimento fosse relevante para os participantes.

Assim, vivenciei por oito meses a dinâmica da UBS, os atendimentos da psicóloga, o trabalho desenvolvido com as crianças e suas famílias, em especial, com as que apresentavam dificuldade de aprendizagem na escola. Pude entrar em contato com algumas de suas queixas, sofrimentos, modos de ver o mundo, histórias e potencialidades. Conheci o que Paulo Freire concebe como “universo vocabular” (FREIRE, 1987), partilhando de palavras e de sentidos construídos naquela realidade. Só então, senti-me capaz de propor a realização do Grupo Focal com os cuidadores.

Haidê foi fundamental para a realização de toda pesquisa de campo, das observações participantes ao Grupo Focal, dando-me abertura para estar presente, intervir e atuar e até mesmo apenas observar e aprender com sua prática. Além disso, ela contribuiu determinantemente para o planejamento e definição dos temas a serem abordados, bem como para a mobilização dos participantes do Grupo. E ela intermediou a negociação com a gestão da unidade para a utilização do consultório de psicologia para a realização dos encontros do Grupo.

Durante cinco semanas, entre os meses de setembro e outubro de 2018, realizamos o Grupo Focal. Nos três primeiros encontros, o período escolhido para a realização dessa etapa da pesquisa coincidiu com as férias de Haidê. Então, foi possível a utilização do consultório de psicologia para os encontros do Grupo. No penúltimo encontro, utilizamos um consultório médico que estava vazio naquele momento. E no último, Haidê nos cedeu a sua sala, utilizando outro local para seu atendimento.



A realização do Grupo durante a ausência de Haidê permitiu acolher três casos de famílias que procuravam atendimento para crianças, por encaminhamento de escolas. No entanto, limitou o acompanhamento da psicóloga nos encontros realizados, o que poderia potencializar ainda mais a intervenção.

Inicialmente, propus divulgar amplamente a realização do Grupo na UBS, no bairro e escolas da região. Todavia, deparamo-nos com o desafio de explicar em um cartaz ou panfleto sobre o Grupo, definindo o público-alvo da pesquisa, já que medicalização da educação ou fracasso escolar são conceitos que não fazem parte do repertório geral da população. Caso elaborássemos um convite com muita informação, não cumpriria o papel de material de divulgação. Por outro lado, a escolha por uma comunicação mais direta, corria-se o risco de não explicitar o que de fato estava procurando. Anunciar que o Grupo seria para cuidadores de crianças com dificuldades escolares poderia criar a falsa expectativa de que detínhamos a solução pedagógica para a questão.

Sugeri, também, informar na recepção do posto sobre a realização do Grupo. Haidê ponderou que por se tratar do período em que ela estaria de férias, tal informação poderia ser compreendida pelos demais trabalhadores da UBS como se eu estivesse substituindo a psicóloga, correndo o risco de encaminharem casos que não se encaixavam com o perfil da pesquisa.

Nesse sentido, Haidê propôs que famílias que já fossem atendidas e os cuidadores tivessem apresentado a demanda no Acolhimento, cujo perfil fosse compatível com o demandado pelo estudo, fossem convidadas para o Grupo. Dessa maneira, convidamos os cuidadores das crianças que participavam da Oficina e Haidê propôs aos cuidadores de crianças, que traziam casos novos de queixa escolar, que participassem do Grupo.

Ao serem convidados, diversos cuidadores afirmaram que compareceriam no Grupo. Porém, somente três cuidadores que haviam demandado atendimento para as crianças nas semanas que antecederam as férias de Haidê, de fato, participaram: Cláudio, pai de Ryan (que também participou dos encontros); Cecília, mãe de Iasmim e Sueli, mãe de Igor.

Todos os participantes haviam demandado o serviço de psicologia no período que antecedeu a realização do Grupo Focal, sendo que Haidê que os convidou para a atividade. Nesse sentido, a inserção deles no Grupo foi interessante como uma forma de acolher as demandas dessas famílias, pois ainda não participavam das atividades desenvolvidas pela

psicóloga na UBS. Tendo em vista que ainda estavam se vinculando ao serviço de psicologia, o Grupo Focal foi uma oportunidade de estabelecer um laço de confiança e acolhida, importante no momento de chegada ao atendimento.

Avalio que as famílias que já participavam de outros grupos e atendimentos psicológicos realizados por Haidê não apresentavam tanta demanda, que as motivassem a participar de mais um grupo, como as famílias que estavam chegando ao serviço. Talvez, por isso, a escolha da realização do Grupo no período de ausência de Haidê possa ter suprido a lacuna e contribuído para o acolhimento de famílias recém-chegadas ao atendimento psicológico.

Foram cinco encontros, com duração de cerca de uma hora e meia, cada um, realizados às manhãs de segundas-feiras, das 9 horas às 10 horas e 30 minutos – alguns dias, o final da atividade se estendeu. Os assuntos debatidos em cada um deles foram previamente definidos e planejamento das atividades propostas para o Grupo, apresentada no primeiro dia de atividade.

Para planejar os temas discutidos no Grupo, inspiramo-nos na experiência desenvolvida pela psicóloga Fernanda Rebouças e estagiários de psicologia, no atendimento de cuidadores de crianças encaminhadas ao serviço de saúde mental de uma UBS, em Salvador - BA<sup>29</sup>. Todavia, adaptamos as questões e formas de intervenção para a realidade que estávamos inseridos.

Os temas propostos em cada um dos encontros foram:

**Encontro 1 – Apresentação da pesquisa** – caráter do Grupo e combinados gerais: duração, horários, formas de participação, apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE; discussão sobre o que motivou a participação no Grupo Focal: apresentação das queixas.

**Encontro 2 – Histórias de vida** – a criança que eu fui e a criança que meu/minha filha/o é: debate sobre as infâncias vividas.

**Encontro 3 – Trajetórias escolares** – o estudante que eu fui e o estudante que meu/minha filha/o é: discussão sobre a escola, as formas de educar e de aprender.

**Encontro 4 – Fracasso escolar e educação medicalizada, o que é isso?**: conversa sobre esses temas e socialização de formas de enfrentamento a tais processos.

**Encontro 5 – Avaliação do Grupo e desdobramentos** – aprendizados, limites e desafios

---

<sup>29</sup> Essa experiência foi socializada durante o V Seminário Internacional A Educação Medicalizada “Existirmos, a que será que se destina?”, realizado em Salvador – BA, no período de 8 a 12 de agosto de 2018, publicada como resumo nos anais do evento (ALVES; REBOUÇAS; LIMA, 2018).

Os áudios de quatro encontros foram gravados e transcritos, exceto do primeiro, portanto as próximas seções do texto são baseadas nas conversas e histórias tecidas durante esses encontros. Optamos por não gravar o áudio do primeiro encontro, como uma forma de estabelecer um vínculo de confiança com os participantes, a fim de que não se constrangessem ou se inibissem. Todavia, considero que não haveria prejuízos caso registrássemos o áudio desde o primeiro dia.

Além disso, após todos os encontros, as observações e impressões da pesquisadora foram sistematizadas em diário de campo, o que subsidiou o planejamento das atividades posteriores e serviu de material para a elaboração da tese.

No primeiro encontro, participaram Cláudio e seu filho Ryan; Sueli e seu filho Igor e Cecília. A fim de promover a oportunidade que os adultos ficassem mais à vontade para apresentar suas questões e queixas, sem expor as crianças, e entendendo que aquele espaço não era motivador para a participação das crianças – seria uma conversa de adultos – sugeri que, se possível, os cuidadores procurassem participar sem as crianças.

Sueli relatou que o filho estudava de manhã, então, poderia deixá-lo na escola e participar do Grupo sem ele. Cláudio informou que no horário de realização dos encontros, não tinha ninguém que poderia cuidar de Ryan. Então, combinamos que a criança participaria dos nossos encontros.

Iasmim, filha de Cecília, e Ryan, filho de Cláudio, participaram do último encontro da Oficina de Estímulo à Leitura, antes das férias de Haidê, na semana que antecedeu o início do Grupo Focal. Dessa maneira, após a Oficina, no momento em que Haidê conversava com os cuidadores das crianças, ela os convidou para o Grupo Focal. Eu estava presente e reforcei o convite. Sueli foi convidada por Haidê, por considerar que ela tinha perfil para participar do Grupo, mas eu ainda não havia tido contato com Igor.

Igor e Ryan participaram do primeiro encontro do Grupo e eu já conhecia Iasmim, assim, pude conhecer todas as crianças que motivavam a participação daqueles pais no Grupo. Considero que esse contato foi importante para compreender um pouco das angústias e potencialidades dessas famílias, sensibilizando-me para estar atenta as suas histórias.

Cecília participou dos três primeiros encontros, chegando atrasadas no segundo e terceiro, e faltou dos dois últimos. Entrei em contato por telefone com ela, que alegou que não conseguiu estar presente, em decorrência a questões no trabalho. Cláudio e Ryan não puderam

participar do quarto encontro, devido a um imprevisto, mas estiveram presentes nos três primeiros e no último. Sueli participou de todos.

Cada um dos participantes tinha motivações distintas para estarem no Grupo, embora, partilhassem do encaminhamento da escola para procurar atendimento psicológico aos filhos, por problemas de aprendizagem e comportamento na instituição. Além disso, as três eram famílias da classe trabalhadora, que viviam da venda da sua força de trabalho para sobreviver na periferia de uma grande metrópole.

Compreendemos que os três casos, muito diferentes, expressam formas de manifestação do processo de medicalização da educação, como veremos a seguir.

### **3.1. Cláudio e Ryan – o alfabético!**

*Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovakloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Pai, me ensina a olhar!*

**Eduardo Galeano**

Meu primeiro contato com Cláudio e Ryan foi na sala de espera da UBS, antes do início da Oficina de Estímulo à Leitura. Os dois pareciam ansiosos. O pai, mais formal, perguntava como deveria proceder para a psicóloga. Ryan era uma criança pequena, usava óculos, tinha o cabelo cortado bem curto e esbanjava energia. O garoto brincou e se mostrou muito entusiasmado com a brinquedoteca, mas por ser a sua primeira vez naquele espaço, tivemos que lembrá-lo sobre as regras e combinados do local em alguns momentos.

Após a atividade, no retorno para a unidade, tive contato novamente com Cláudio. Na conversa com os cuidadores, Haidê informou que uma das crianças que participavam da Oficina receberia alta no encontro seguinte, porque já estava lendo. Então, Cláudio pediu permissão para perguntar quanto tempo levou para a aquisição da leitura. A psicóloga explicou que não havia um tempo determinado de participação na Oficina e os resultados variavam de criança para criança, indicando a importância da assiduidade e de realizar outras ações que auxiliavam a aprendizagem (reforço escolar, estímulo em casa, contato com a escola etc.).

Na ocasião, ela convidou todos os cuidadores presentes para o Grupo Focal e eu apresentei a proposta prevista para os encontros. No dia marcado, Cláudio e Ryan compareceram no primeiro encontro do Grupo.

Cláudio era um homem de 63 anos de idade, operário aposentado, que vivia em uma casa própria no bairro, próximo ao posto de saúde. Ryan era seu único filho, embora vivessem com a irmã mais velha do menino, uma jovem de 18 anos de idade, fruto de um relacionamento anterior da mãe do garoto. Assim, a família era composta por Cláudio, sua esposa, a jovem e Ryan. A mãe do menino trabalhava, então, era o pai que ficava com a criança no período em que o menino não estava na escola.

Ryan tinha 6 anos de idade e cursava o 1º ano do ensino fundamental. Era um menino muito inteligente e cheio de vida, estava sempre atento a conversa dos adultos, querendo participar. Em alguns momentos, impacientava-se, não esperando a sua vez para falar. No geral, portava-se bem, ouvia os adultos, embora, desrespeitasse o pai, algumas vezes, que acabava cedendo às insistências do menino.

Em alguns momentos, durante a fala de outras pessoas, Ryan gritou com o pai, contou histórias que o expunha, dizendo que o pai era burro, mentia, denunciava que Cláudio não atendia os seus desejos, prometia e não cumpria e outras falas dessa natureza. O menino parecia agir assim para ganhar atenção. O pai se constrangia, falava com a criança que não era bem assim, mas não o repreendia. As outras pessoas do Grupo ficavam sem graça com a situação e, algumas vezes, eu chamei a atenção de Ryan, dizendo que ele não podia tratar as pessoas dessa forma.

Apesar disso, em geral, o menino era muito educado. Ryan tinha uma fala muito articulada e argumentava bem. Tinha um pouco de dificuldade de esperar a sua vez para falar, mas isso pode ser decorrência do fato que aquele espaço não ter sido pensado para crianças. Mesmo assim, sempre que possível, eu e os outros adultos o inseríamos no debate. Ao propor alguma questão ao Grupo, iniciávamos ouvindo a resposta de Ryan. Em geral, a participação dele enriqueceu o Grupo, embora ele o tenha tumultuado em alguns momentos.

No primeiro encontro, não previa a participação de crianças. Assim que o vi, dispus alguns brinquedos disponíveis no consultório para o atendimento infantil. Ele se interessou bastante por quebra-cabeças de um grau de dificuldade razoável. A partir daí, eu me antecipei e deixava organizado material lúdico e expressivo para Ryan nos encontros seguintes.

A família era evangélica, orientando-se dos preceitos da fé para seu comportamento e educação do filho. Ryan estudava teoria musical e violino na igreja e, segundo o pai, era um excelente aluno, fazendo inclusive aulas particulares, paralelamente, com um adolescente da igreja que já dominava o instrumento.

Cláudio nos contou que casou tarde, somente após o falecimento de sua mãe, que morava com ele. Ele cuidou dela durante a sua velhice e somente sentiu desejo de se casar após a morte materna. Sendo assim, ele disse que teve o filho quando já estava mais velho, sendo um “pai-avó”, nas suas palavras. Como Ryan era seu único filho, ele reconhecia que tinha dificuldades de dar limites à criança, mimando o menino.

O pai relatou também que tinha uma boa relação com a enteada, embora identificasse que ela tinha muito ciúme do irmão caçula. Embora já fosse maior de idade, Cláudio afirmava que ela se comportava feito criança e exigia que a dessem tudo que Ryan ganhava. Os irmãos se desentendiam muito. Ele atribuía essa dificuldade na relação dos irmãos à ausência paterna da menina, pois ela não tinha contato com o seu pai e convivia com a relação de Ryan e Cláudio, bem como com as melhores condições de vida e de educação disponíveis para o garoto, que ela não pode usufruir pelas circunstâncias de sua criação. Ryan também nos contou dos desentendimentos e brigas com a irmã.

Nesse sentido, observamos uma presença bem ativa de Cláudio na educação de Ryan, além da sua preocupação para o bem-estar e desenvolvimento da criança. De certa forma, identificamos que ele rompe com o estereótipo de gênero, de que o cuidado dos filhos é uma responsabilidade quase que exclusiva das mulheres. Tal transformação nas relações entre pais e filhos ainda não é hegemônica, embora seja cada vez mais frequente. Conforme encontramos na literatura (MELLO, 1994, p. 32):

A infância ganhou um terreno próprio, o reconhecimento de que é uma etapa da vida para ir à escola, preparar o futuro e brincar. A severidade familiar cede lugar à tentativa de compreensão do universo infantil. Aqui, como em todos os aspectos referentes à vida familiar, as contradições são grandes: as punições corporais são amplamente empregadas e o pai, quando está presente na família, parece ter a última palavra quando se trata de admoestar ou exigir o bom comportamento. Mas, e não foi raro encontrarmos esses depoimentos, os pais assumem de boa vontade tarefas domésticas. Entre os casais mais jovens, quando ambos trabalham, é comum a divisão das tarefas dentro de casa, até mesmo o cuidado dos filhos. O pai distante, cujo olhar vigiava de longe o cumprimento das obrigações que competiam a todos os membros da família, humaniza-se, aproxima-se e como vê-se com as brincadeiras infantis.

Durante a observação no trabalho de campo, encontrei alguns pais, avós e tios que participaram de Acolhimentos ou Grupos de Cuidadores, embora não fossem a maioria ou tivessem números equivalentes de homens e mulheres. Mesmo que atualmente seja um pouco mais comum encontrar pais que se responsabilizam pelos cuidados das crianças, as mulheres ainda são as principais nessa tarefa.

Talvez Cláudio tivesse mais disponibilidade que sua esposa para demandar o atendimento psicológico ou estivesse mais sensível à situação do menino por ficar mais tempo com ele. De qualquer forma, ele aponta para a capacidade que os pais também dispõem de compartilhar os cuidados de criação dos filhos, ou seja, que essa não precisa ser uma atividade exclusivamente feminina.

Cláudio procurou o serviço de psicologia da unidade, e conseqüentemente, participou de um Acolhimento, solicitando atendimento para Ryan, por indicação da escola. Reproduzimos uma cópia do Relatório Pedagógico elaborado pela coordenadora da instituição de ensino no Anexo 2, omitindo as informações que pudessem identificar a criança, a escola ou município.

No documento, emitido no dia 31 de agosto de 2018, a escola relata que Ryan está no 1º ano do ensino fundamental, encontra-se “na fase pré-silábica da alfabetização”, desconhecendo e misturando as letras e os números; “aluno muito agitado, não consegue se concentrar”, descrevendo que o garoto se arrasta no chão, “mastiga lápis, levanta da carteira o tempo todo”; tem dificuldade de realizar “até o trabalho com o concreto”; “não copia nem a rotina da lousa”; “Qualquer objeto em sua mão é motivo para distração”; “Tem dificuldade para se relacionar e expressar, falando muito rápido e não se fazendo entender.”; “Na aula de Educação Física, o professor relata que se distrai com facilidade perdendo o foco constantemente. Faz brincadeiras fora do contexto da atividade. Nem sempre obedecem as regras (sic)”; “É muito ansioso e necessita acalmá-lo em alguns momentos (sic)”.

Através da análise do relatório, arrisco fazer alguns apontamentos: o documento tem limitações na descrição do comportamento da criança, fazendo algumas afirmações sem apresentar justificativa ou exemplos de como determinado comportamento se manifesta, por exemplo: “é muito ansioso”. Ansiedade é uma palavra muito usada cotidianamente, para designar diferentes situações, tanto do senso comum, quanto questões e transtornos psiquiátricos. Assim, não é possível precisar de que forma Ryan é ansioso.

Enfatiza-se a dificuldade de concentração, com destaque, inclusive, nas aulas de educação física, matéria que as crianças costumam se identificar. Porém o contexto em que as distrações ocorrem não são bem descritos. A inquietação e desatenção são comportamentos que tendem a ser associados ao TDAH, transtorno “da moda”, cujas características diagnósticas têm sido ampla e descontextualizadamente publicizadas em diversos veículos e meios de comunicação, principalmente entre os professores<sup>30</sup>. Nesse sentido, o relatório não propõe nenhum diagnóstico, visto que essa não é a sua função, mas parece insinuar que o comportamento de Ryan tem fortes conotações patológicas de desatenção e hiperatividade.

Quando questionado sobre o que o motivou a procurar o serviço de psicologia da unidade, o pai reforçou que o menino não copiava a lição da lousa, recebia muitas reclamações na escola, era indisciplinado. Em casa, não gostava de estudar e era preciso brigar com a criança para que fizesse lição. Esse contexto e a preocupação do pai o levaram ao Acolhimento e Haidê sugeriu que ele participasse do Grupo Focal.

Durante o encontro do grupo, algumas vezes, o pai perguntou para Ryan porque ele não copiava ou gostava de estudar. Ao que ele respondia “porque não” ou mudava de assunto. Haidê, a escola e eu sugerimos que eles procurassem aula de reforço, para tentar sanar os possíveis atrasos na aprendizagem do garoto. E assim fizeram.

Após os primeiros atendimentos psicológicos, as aulas de reforço e a mudança de postura da família com relação às dificuldades da criança, foi possível verificar que a resposta de Ryan para a mesma questão do pai mudou. Ele passou a se mostrar bem mais entusiasmado com a escola do que quando o conheci, falando das letras, soletrando palavras, como podemos observar no trecho do Grupo a seguir.

Estávamos iniciando a conversa do segundo encontro do Grupo Focal e eu falava sobre qual o tema conversaríamos naquele dia, quando Ryan me interrompeu e disse:

**Ryan:** Tô quase alfabético.

**Eu:** Ah, é? Muito bem, Ryan!

**Cláudio:** Está quase? (...)

**Ryan:** B + A é BA (...) Eu sei escrever bebê.

**Eu:** Ah, é? E como é que escreve bebê?

---

<sup>30</sup> Em pesquisa (REZENDE, 2015), apontei que a categoria docente é um público-alvo de diversas campanhas realizadas pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA, um dos principais intelectuais orgânicos de difusão do TDAH enquanto um transtorno com alta incidência na população. Sendo assim, a associação defende que os portadores de tal doença devam ter seus direitos respeitados, dentre eles, o de consumirem as drogas prescritas para o tratamento do TDAH.



**Ryan:** Primeiro vem o B, depois o E e repete a mesma coisa.

**Sueli:** Nossa!

**Eu:** Porque tem o mesmo som, né?

**Ryan e eu juntos:** BE - BE

**Eu:** Então escreve do mesmo jeito, quando tem o mesmo som?

**Pedro:** Então, às vezes, as pessoas colocam só dois Bs, porque é BB. E às vezes colocam dois Es e Bs.

Nesse diálogo, podemos verificar que Ryan estava mudando de postura com relação ao processo de alfabetização. O menino cursava o 1º ano do ensino fundamental, estava em processo de aquisição da leitura e da escrita.

Arelaro, Jacomini e Klein (2011) apontam para os desafios resultantes das mudanças na legislação educacional, previstas na Lei Federal nº 11.114/2005 (BRASIL, 2005), que tornou obrigatório a matrícula das crianças no ensino fundamental aos 6 anos de idade, e na Lei Federal nº 11.274/2006 (BRASIL, 2006)<sup>31</sup>, que aumentou a duração do ensino fundamental de oito para nove anos, uma vez que anteciparam o ingresso e ampliaram a duração do ensino fundamental.

A mudança legal tem como justificativa ampliar o período que a criança teria para se apropriar da leitura e da escrita, de modo a enfrentar o fracasso escolar principalmente das crianças mais pobres. Além disso, o aumento na quantidade de anos do ensino fundamental garantiria aos municípios mais aporte financeiro, via Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério – Fundef<sup>32</sup>, que complementava o orçamento municipal com base no número de crianças matriculadas no ensino fundamental, através de fundo estadual.

Assim, institui-se o ingresso das crianças nessa modalidade de ensino a partir dos 6 anos de idade. No entanto, tal mudança, na maioria dos casos, significou uma simples transposição do que era realizado na antiga 1ª série (com estudantes de 7 anos de idade) para o 1º ano (com estudantes de 6 anos de idade), ou seja, não foi acompanhada de uma transformação de concepção e de métodos de ensino para a organização do trabalho pedagógico com diferentes

---

<sup>31</sup> A Lei nº 11.274, de 2006 dispõe sobre a alteração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, a fim de estabelecer o ensino fundamental de nove anos. Anteriormente a essa mudança, o ensino escolar obrigatório tinha início na 1ª série, aos 7 anos de idade da criança e compreendia da 1ª a 8ª série. Com a alteração da LDB, o ensino fundamental passa a ter a duração de nove anos, iniciando no 1º ano, tornando obrigatória a matrícula de crianças de 6 anos de idade, e é concluído no 9º ano.

<sup>32</sup> De acordo com Arelaro, entre outras (2011, p. 39), o Fundef previa a “criação de fundos estaduais sustentados com a vinculação de 15% dos 25% constitucionalmente obrigatórios para a manutenção e desenvolvimento do ensino, estabelecendo um sistema de ‘retribuição pecuniária’ aos estados e municípios correspondente ao número de crianças matriculadas no ensino fundamental em cada rede pública.”

idades. O que se verifica como resultado dessa lei foi uma espécie de antecipação do trabalho que era executado na 1ª série e uma exposição precoce das crianças a demandas que elas nem sempre estavam maduras para acompanhar.

Em 2006, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb<sup>33</sup> foi criado, substituindo o Fundef e ampliando a destinação do fundo estadual para toda a educação básica. Alguns anos após tais mudanças na legislação educacional, foi promulgada a Lei 12.796/2013 (BRASIL, 2013), que reconhece a educação infantil como componente da educação básica e a torna obrigatória desde os 4 anos de idade. Assim, os municípios passaram a receber recursos do Fundeb pelas matrículas de toda a educação básica, que abrange da educação infantil ao ensino médio.

Embora tenham muitos argumentos que justifiquem o ingresso ao ensino fundamental aos 6 anos de idade, a motivação pautada na questão orçamentária cai por terra com a criação do Fundeb, já que a educação infantil, a partir dos 4 anos de idade passa a ser coberta por recursos do fundo.

Arelaro, entre outras (2011) demonstraram que a entrada precoce no ensino fundamental expõe as crianças a condições e exigências que elas não estão preparadas para atender. A isso foi aliado o fato de muitas vezes, não há uma transição adequada entre a experiência que a criança tinha na educação infantil para o 1º ano do ensino fundamental, impondo outra lógica de concepção de educação e de postura da criança, incompatível com o que ela experimentou na fase anterior. O resultado disso foi muita frustração e reprodução do fracasso escolar.

Nas palavras das autoras (ARELARO, et. al., 2011, p. 47):

o currículo do primeiro ano do ensino fundamental reflete somente uma adaptação simplista do antigo currículo da primeira série, com pequenas adequações metodológicas para garantir momentos de brincadeiras, porém com limitações devido à ausência, nessas escolas, de espaços físicos que contemplem parques e brinquedotecas.

---

<sup>33</sup> A Emenda Constitucional nº 53/2006 e regulamentado pela Lei nº 11.494/2007 e pelo Decreto nº 6.253/2007 propõe a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb, para substituir o Fundef, que vigorou de 1998 a 2006. Segundo informação da página do Ministério da educação, trata-se de “um fundo especial, de natureza contábil e de âmbito estadual (...), formado, na quase totalidade, por recursos provenientes dos impostos e transferências dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, vinculados à educação (...), a título de complementação, uma parcela de recursos federais, sempre que, no âmbito de cada estado, seu valor por aluno não alcançar o mínimo definido nacionalmente. Independentemente da origem, todo o recurso gerado é redistribuído para aplicação exclusiva na educação básica.”. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/fundeb-sp-1090794249>. Acesso em 18 fev. 2019.

Quando não se considera a experiência anterior da criança e se estabelece um padrão fixo e um único ritmo de aprendizagem, perde-se a riqueza que processo de aprendizagem oferece. Consideramos que cada criança apresenta tempos distintos no processo de desenvolvimento e possíveis “atrasos” não necessariamente significam patologias ou transtornos. Conforme afirmamos acima, o processo de alfabetização é bastante complexo e exige uma grande capacidade de abstração, então, não é de se espantar o fato de crianças diferentes aprenderem de forma mais rápida ou lenta, bem como demandarem outras metodologias para compreenderem determinados temas.

Apresentar dificuldades no processo de aprendizagem não deve ser sinônimo de doença. Respeitar o tempo e o processo de amadurecimento da criança, buscando mantê-la motivada e estimulada no processo de ensino, parece ser uma boa forma de enfrentar tais desafios. A história de Ryan aponta nesse sentido. É comum que muitas suspeitas de portar TDAH ou outros transtornos dessa natureza sejam crianças em idade escolar.

Antes, os diagnósticos eram mais frequentes por volta dos 7 anos de idade. Atualmente, têm sido realizados cada vez mais cedo, o que coincide com a antecipação do ingresso das crianças na vida escolar (COLLARES; MOYSES, 1994). É importante considerar qual o papel da escola no enfrentamento e na busca de superação dos sintomas descritos nos inúmeros transtornos de desenvolvimento e aprendizagem do DSM-5, cada vez mais diagnosticados na nossa sociedade. Além disso, uma pergunta possível é se as instituições de ensino podem contribuir na propagação de comportamentos tidos como patológicos, eximindo-se da sua responsabilidade de educar.

O caso aqui não é de culpabilizar as escolas, já tão acusadas de incompetentes e ineficazes no processo de educação da população. Mas compreender as engrenagens do sistema, que silencia as contradições e desigualdades presentes na constituição da oferta educacional, que retira a autonomia do professor, formado cada vez mais precariamente, para reproduzir procedimentos pré-determinados por empresas privadas, em sistemas apostilados. Segundo Mészáros (2008), a educação burguesa tem a intencionalidade de formar mão de obra e reproduzir os valores dominantes. Freitas (2018) denuncia que esse projeto é atualizado, uma vez que o empresariamento da educação tem disputado o fundo público brasileiro, visando a geração do lucro, em detrimento do aprendiz.

O processo de medicalização, ao compreender que qualquer dificuldade de aprendizagem é caso do serviço de saúde, justifica os problemas estruturais da educação, culpabilizando a criança, a família e a escola pela ineficiência do sistema.

Ryan pode ter sido espreitado por essa tendência medicalizante, talvez por não se adaptar prontamente ao ensino fundamental e demandar mais tempo para aprender as letras ou até por não estar maduro para as exigências escolares. Com pouco esforço e atenção, parece que o menino já apresentava mudança no comportamento, estando motivado para aprender.

Destaco o fato de ele ter apenas 6 anos de idade, estar matriculado no 1º ano, e já ter um relatório pedagógico tão taxativo a seu respeito. A partir do contato com Ryan, podemos afirmar que ele parecia plenamente capaz de se alfabetizar. Era uma criança esperta e inteligente, apresentava raciocínio lógico elaborado (conseguia montar um quebra-cabeça complexo com muita facilidade) e discurso articulado. Após alguns encontros, aula de reforço e preocupação dos pais, mostrava interesse por aprender a ler e escrever. Segundo a sua própria definição a seu respeito estava “quase alfabético”, uma apropriação explícita da reprodução do discurso adulto sobre ele.

Não quero afirmar com isso que o processo de alfabetização é natural e que as dificuldades de aprendizagem devem ser ignoradas, pelo contrário, devem ser consideradas como sinais de que alguma coisa não vai bem. No entanto, é fundamental conhecer a criança, perceber as suas potencialidades, seus interesses, antes de estigmatizá-la ou reduzi-la a um laudo. Parece que Ryan encontrou estímulo e amadureceu de 31 de agosto de 2018, data em que o relatório pedagógico foi emitido pela coordenadora da sua escola, até o dia de realização do último encontro do Grupo Focal, quando nos encontramos pela última vez.

Vale a pena considerar a história de vida e de infância que pai e filho trilharam. Ao longo dos encontros no Grupo, Cláudio enfatizava as diferenças entre a vida dele e a do filho, bem como as facilidades da atualidade.

Cláudio nasceu no interior de Minas Gerais, na zona rural de um município pequeno no Norte do estado. Nas palavras de Cláudio:

*Então, a minha infância foi ali. Nossos brinquedos quem fazia era nós mesmos. A gente fazia peão, que até hoje existe, aqueles carrinhos de rolimã... Mas a roda não era de rolimã, a roda era feita de madeira, era feita ali no facão, entendeu?*

Cláudio nos disse que na roça, as crianças trabalham desde pequenas e que ele sempre trabalhou ajudando os pais na lida do campo. E relatou os desafios do acesso à escola enfrentado por ele e seus irmãos:

*Pra estudar, pra me alfabetizar, eu tinha que andar quase duas horas a pé, de onde eu morava, subindo serra, descendo serra, entendeu? Então era bem difícil, né? Sem contar que eu não tive muita oportunidade, não. Ai, fiz até a 3ª série (...) Meus pais, com toda aquela dificuldade, queriam que a gente fosse. E a gente ia, né?*

Aos 18 anos de idade, Cláudio foi tentar a vida em uma cidade grande. Ele veio para São Paulo, em busca de melhores condições de vida. Chegando, fez cursos profissionalizantes, foi contratado por uma empresa, mesmo sem ter concluído a educação básica. Foi o trabalho que o motivou a voltar a estudar. Aos 20 anos de idade, Cláudio se matriculou em um curso supletivo e conseguiu estudar até o 2º ano do ensino médio.

Os cursos realizados e o emprego permitiram que Cláudio conquistasse o que ele definiu como, “uma profissão”. Tal oportunidade possibilitou a ele comprar um terreno no município em que a pesquisa foi realizada e construir sua casa. Cláudio realçou a condição de vida diferente como uma distinção entre a infância dele e a de Ryan, pois a partir de seu trabalho ele adquiriu um patrimônio que o filho herdaria.

Cláudio nos contou que após ele se estabilizar em São Paulo, seus pais se mudaram para morar com ele. Um ano depois, seu pai faleceu, de repente, de infarto. A família foi surpreendida com a morte do pai e Cláudio passou a cuidar de sua mãe. Assim, ele optou por não se casar. Sua mãe morreu com 82 anos de idade. Somente após o seu falecimento, Cláudio passou a se relacionar com a mãe de Ryan. Os dois se casaram e depois de um ano, nasceu o menino, seu único filho.

Quando conversamos no grupo sobre se havia diferenças entre as infâncias vividas pelas duas gerações (pais/ mães e filhos), Cláudio foi categórico:

*E hoje eu vejo [que a infância] é totalmente diferente. Aqui e no interior é totalmente diferente. Em relação ao que eu fui criado, as crianças aqui são criadas em berço de ouro, né? Tem praticamente quase tudo que quer. Quando os pais podem dar, dão, né? No meu tempo, não tinha isso, não. Eu lembro que o meu primeiro sapato era aqueles de borracha. Quando eu comecei a estudar, meu pai comprou, porque a gente ia começar a estudar. A gente morava na roça, era muito calor, na estrada a gente tinha que tirar o sapato, porque ele esquentava. Ai, a gente ia descalço e na escola a gente calçava. Quer dizer, não foi nada fácil. Agora, aqui, não. Aqui é escola na porta de*

*casa. Tem lazer pra criança, querendo ou não, tem um parquinho. Às vezes, até na escola mesmo tem, na escola dele tem.*

O fato de Ryan participar dos encontros enriqueceu de exemplos as diferenças de formas distintas de ver o mundo e de ser criança entre ambas gerações. O menino relatava os brinquedos que possuía, contava histórias de jogos que brincava no tablet e em alguns encontros, exigia que o pai lhe emprestasse o celular, mostrando conhecimento sobre marcas e modelos de aparelhos.

Tais aspectos demonstram que, atualmente, as crianças são consideradas e tratadas, cada vez mais cedo, como consumidoras. O desenvolvimento do mercado de consumo possibilita que muitas famílias, mesmo a parcela mais pobre, que antes era impedida de ter acesso a bens industrializados – como sapatos para frequentar a escola, hoje, tem mais facilidade de adquirir tais itens, mesmo que para tanto, tenham que se endividar.

O processo de industrialização e de financeirização da economia possibilitaram um acesso ao mundo do consumo, sem ter que resolver o problema da distribuição de renda. Além disso, o trabalho da cidade grande possibilitou que Cláudio tivesse condições de garantir um padrão de vida para Ryan superior ao que teve na sua infância.

Outra diferença indicada por Cláudio, refere-se às experiências escolares. Ele teve muita dificuldade de acesso à escola, estudou em um curso supletivo e não concluiu o ensino médio. Muitos dos desafios se relacionavam a ausência de instituições de ensino próximas de onde passou a infância. Outra questão que marca a trajetória de Cláudio é o trabalho infantil, que, somado à distância da escola, tornava a educação formal quase que impeditiva para uma parcela considerável da população.

Tais condições, embora não superadas, já que o trabalho infantil ainda persiste e a educação básica não foi plenamente universalizada no Brasil, foram bastante modificadas. Cláudio destacou a disponibilidade de escolas na cidade grande, que facilita que as crianças estudem. Além disso, a sociedade, em geral, avançou na compreensão de que a exploração do trabalho infantil é incompatível com o desenvolvimento saudável da criança, portanto, foram promulgadas leis que o proíbem e o senso comum tem recriminado essa prática, privilegiando que a criança estude em vez de trabalhar.

No entanto, ao observarmos os números de conclusão das modalidades de ensino, podemos identificar que embora haja avanços no sentido de tentar universalizar o acesso ao

ensino fundamental, há uma evasão significativa no ensino médio. O Brasil ainda não garantiu o direito à educação básica, que como o próprio nome já expressa, socializa os conhecimentos compreendidos como elementares para a nossa sociedade. Esse fato representa uma violação ao direito descrito constitucionalmente, ainda mais se considerarmos a educação infantil e a Educação de Jovens e Adultos – EJA, que também estão longe de atender a totalidade da demanda.

Além disso, a ampliação do acesso à educação não foi necessariamente acompanhada com o aumento na qualidade, conforme aponta Freitas (2018). Apesar de o acesso ser uma dimensão importante na mensuração da qualidade, somente garantir o acesso não resolve o problema da educação. Nesse sentido, uma parcela significativa da sociedade segue tendo negado o acesso ao conhecimento socialmente produzido. Pesquisas recentes comprovam uma existência cada vez maior de pessoas no ensino médio que não tem domínio de habilidades básicas de leitura e escrita ou noções mínimas de matemática.

Durante o acompanhamento dos Acolhimentos e Grupos desenvolvidos por Haidê, pude observar que esse quadro também está presente na realidade pesquisada. A maior demanda por atendimento psicológico infantil está relacionada com queixas escolares. No caso de adolescentes, conheci casos de estudantes ou pessoas que haviam concluído o ensino médio, tendo frequentado a instituição de ensino assiduamente, que não estavam plenamente alfabetizadas.

Se quando Cláudio era estudante a exclusão do acesso ao conhecimento escolar se expressava no limite de acesso à escola, atualmente, o acesso aos prédios escolares estão mais democratizados. No entanto, o conhecimento segue sendo negado, já que uma parcela significativa das crianças e dos jovens, mesmo frequentando a escola, continua não aprendendo. Mas não são qualquer crianças e jovens, a parte excluída ou inserida precariamente no acesso ao conhecimento pertence a classe trabalhadora, ou seja, a educação escolar mantém seu caráter de classe.

As formas de produção social do fracasso escolar são atualizadas e assumem justificativas novas. A medicalização da educação pode ser uma delas. O encaminhamento de Ryan, aos 6 anos de idade, no 1º ano, ao serviço de psicologia pode ser um indício dessa tendência. Ao longo dos encontros do Grupo Focal, percebi que o garoto apresentava alguns comportamentos descritos no relatório pedagógico. Em certos momentos, era ansioso, não

esperava a vez para falar, tinha rompantes de inquietude, dificuldade de seguir algumas regras e combinados.

Porém, reitero que o Grupo não foi pensado como um espaço para crianças, portanto, as atividades e conversas estabelecidas nem sempre lhe interessavam. De qualquer forma, nesse pequeno contato, foi possível identificar avanços notáveis no menino, tanto com relação ao processo de alfabetização, quanto no que se refere ao seu comportamento durante os encontros. Considerando que o processo de amadurecimento não se dá no mesmo ritmo em todas as crianças, Ryan apresentou indícios de estar mais preparado e estimulado a estudar depois do Grupo.

Outro fator que parecia interferir no comportamento de Ryan diz respeito ao estabelecimento de limites à criança. Essa é uma queixa recorrente da maioria das famílias que procura o posto de saúde. Em geral, os pais, mães, avós relatam que foram educados a partir de outro padrão, no que se refere à rigidez do que era esperado da criança. Grande parte deles manifestam que foram submetidos a castigos físicos e agressões, bem como muito autoritarismo paterno e materno. Dessa maneira, buscavam construir outra forma de educar seus filhos, tentando não reproduzir a violência que viveram. Todavia, as referências dessa outra forma de educar não estava explícita e, muitas vezes, os cuidadores se confundiam entre um padrão parental autoritário e um permissivo.

Quando Cláudio falava genericamente sobre a sua forma de educar Ryan e, principalmente, ao aconselhar as outras mães participantes do grupo, ele reforçava a importância dos limites, sobre a sua forma colocar o filho de castigo, de limitar o acesso aos aparelhos eletrônicos e sobre a proibição do menino brincar na rua. Em outros momentos da conversa, era possível ver na sua fala e na da criança, que a consistência entre o discurso e a prática era mais difícil do que parecia. O medo que Ryan se expusesse a perigos na rua, por causa do trânsito e de más companhias, favorecia que o menino brincasse com *tablet*, celular ou assistisse bem mais televisão do que o pai considerava ideal.

Em vários momentos, foi possível presenciar o menino exigindo do pai e o adulto cedendo aos apelos do garoto. O fato de ser filho único, de um pai mais velho foi usado como justificativa de Cláudio para indicar sua dificuldade em ser duro com Ryan. Era possível notar uma certa ansiedade de Cláudio em garantir um desempenho excelente do filho, o que talvez impunha expectativas demais ao garoto, tornando-o ansioso também.



A família era religiosa e frequentava uma igreja neopentecostal. Cláudio tinha a igreja como referência moral, apresentando um padrão rígido que criava um grau de exigência ainda maior para com o filho, para que se comportasse, tirasse boas notas, aprendesse a tocar um instrumento musical, ainda aos 6 anos de idade.

Ter um espaço em que essas questões pudessem ser discutidas se mostrou eficaz para ampliar as formas de compreensão sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento infantil. A angústia familiar de ter um filho que não se alfabetiza foi acolhida no Grupo e é possível que o pai tenha se sentido mais seguro de compreender o ritmo do filho, o que o encorajou a tentar estabelecer limites mais consistentes a Ryan. A começar por reconhecer que esse não é um problema isolado e muitas famílias também vivenciam situações semelhantes, bem como, podem se ajudar na tentativa de superar as dificuldades.

### 3.2. A longa caminhada de Cecília e Iasmim

*No centro da sala, diante da mesa  
No fundo do prato, comida e tristeza  
A gente se olha, se toca e se cala  
E se desentende no instante em que fala*

**Belchior**

Cecília procurou atendimento médico da UBS do território em que morava. Ao ouvir a queixa da mãe, a profissional encaminhou Iasmim ao serviço de psicologia, localizado na UBS que Haidê trabalhava. No encaminhamento da médica consta: “Criança que mãe refere que não dorme bem, tem medo, fica intranquila. CID 10: F51”. Esse é o código designa Transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais. A referência de saúde mental que cobria o território que elas moravam era no posto de saúde que Haidê trabalhava. Assim, Cecília participou de um Acolhimento. Como resultado desse primeiro contato, a psicóloga propôs que Iasmim participasse da Oficina de Estímulo à Leitura.

Conheci Iasmim em um encontro da Oficina. Ela era uma criança extremamente viva, esperta, desenvolta, falava bastante e gostava de contar histórias. Logo me chamou atenção. Apesar de ser seu primeiro dia naquele espaço, não se sentiu intimidada e participou significativamente da roda de conversa. Tinha 9 anos de idade, mas era alta e parecia um pouco mais velha, cursava o 4º ano do ensino fundamental, em uma escola pública. Durante o

momento da brincadeira, tentamos ler juntas e foi possível identificar que embora estivesse em processo de alfabetização e já conseguisse formar algumas sílabas, tinha bastante insegurança e, às vezes, chutava ao invés de ler.

No momento da contação de história, Haidê perguntou sobre alguma coisa que cada criança gostava de fazer. Iasmim relatou que gostava de campear os animais na roça, de cortar palma para alimentá-los. Intrigada, perguntamos mais a respeito e ela nos disse que nasceu em Alagoas e estava a pouco tempo na Grande São Paulo. Após a Oficina, no momento de conversa com os cuidadores, convidamos Cecília, sua mãe a participar do Grupo Focal.

Na data marcada, ela compareceu. Antes de iniciarmos a conversa, entreguei uma pequena ficha aos participantes, que solicitava que preenchessem dados gerais (nome, idade) do cuidador e da criança, telefone para contato e queixa que motivou a participar do Grupo. Como Cecília foi a primeira a chegar, conversamos e ela relatou dificuldade em conseguir registrar no papel o que a trazia ao grupo.

Cecília era jovem, tinha 28 anos de idade, estava vestida com roupas da moda e era uma mulher bonita. Apesar da queixa inicial ser referente a falta de sono de Iasmim, Cecília relatou questões de outra ordem como justificativa para a participação no Grupo. Ela contou que a filha recebia muita reclamação da escola, por ter dificuldade de aprendizagem e por ter um comportamento imaturo para a idade, não ter malícia, confiar demais nas pessoas, falar para qualquer um tudo que ouve, inventar histórias, não distinguir suas fantasias da realidade e, às vezes, mentir.

Cecília relatou que a ingenuidade de Iasmim, que reproduzia para qualquer pessoa as conversas que ouvia, estava fazendo com que a menina não fosse bem quista pelos familiares do marido que moravam na vizinhança. A responsabilidade sobre a falta de noção sobre o que a menina fazia recaía sobre a mãe, já que a avó e tias de Iasmim cobravam de Cecília ter mais pulso firme com a filha. Essas características estavam trazendo problemas para Iasmim na escola, pois ela estava sendo responsabilizada por atos inadequados que ela não realizou, assumindo a culpa, quando outras crianças solicitavam, com medo de serem repreendidas.

Além de Iasmim, Cecília tinha outro filho, de 1 ano e meio. Ela e o marido vieram de Alagoas tentar a vida em São Paulo há seis anos. Desde então, eles tinham um pequeno depósito de gás, no mesmo terreno em que moravam.

Ela acreditava que parte das dificuldades que enfrentava com a filha poderia ser causada pelas diferenças culturais entre a forma de educação das crianças no interior do seu estado natal e o modo de criação infantil em São Paulo. Ela contou que estava há seis anos no município e ainda estranhava as formas diferentes de vida dos dois lugares. Onde ela nasceu, não havia exigência de horário para dormir, para comer, as crianças dormiam quando tinham sono e comiam ao ter fome. Em São Paulo, as coisas eram diferentes e ela tinha dificuldade em lidar com essa forma distinta de educar as crianças.

Mello (1994, p. 28) discute o impacto dos processos migratórios nas configurações familiares:

Os problemas que quero desenvolver dizem respeito à conformação de um contingente de pessoas que conseguiu urbanizar-se à custa de um processo violento de aculturação, carregado de desvalorização e preconceito. Nesse processo vão se construir novas identidades subalternas e deteriorar-se as bases culturais da autoridade. A família é uma dessas bases profundamente afetada pela estigmatização.

Cecília parece se referir a essa violação da sua forma de conceber o mundo e organizar sua família, expressa em uma exigência de disciplinamento dos filhos que ela não conhece.

Devido ao contato com Iasmim na Oficina, tinha a impressão que a família havia acabado de mudar. Porém, durante o Grupo, a mãe informou que a família migrou quando a filha tinha 3 anos de idade. A lembrança viva e atual de Iasmim ao descrever as belezas naturais da vida alagoana – mesmo tendo vivido mais tempo em São Paulo do que no Alagoas – reforça a importância que essa vivência tinha na sua constituição de criança. Mãe e filha carregam marcas profundas dessa mudança, seja no rosto, sotaque ou nas reminiscências.

Nesse sentido, a mudança do local onde se mora não implica em adoção automática das referências culturais do novo destino, tampouco a manutenção total dos padrões anteriores. A migração implica em uma contradição entre as formas de vida anteriores e os novos costumes, em uma relação dialética.

Se do ponto de vista da psicologia a família constitui o centro das trocas afetivas, que representam os padrões que vão estabelecer a qualidade das relações humanas, os conteúdos culturais desses padrões têm uma importância fundamental na compreensão das transformações que afetam a forma da família das classes populares, pois se é possível trocar um espaço geográfico por outro, os modos peculiares de pensar o mundo, fruto da educação e da prática da convivência, não são tão facilmente abandonados. (MELLO, 1994, p. 29)

Patto (2015) indicou que a população pobre migrante é um dos públicos que é vítima da produção do fracasso escolar. As diferenças regionais, que afetam, principalmente, famílias da classe trabalhadora<sup>34</sup>, são vistas de forma pejorativa e discriminatória. Por isso, é interessante a ênfase dada por Iasmim a sua identidade alagoana e a representação que tem de lá.

Cecília se queixava dos desafios de educação dos dois filhos e de como isso refletia na sua relação com o marido. Ela relatou que a filha parecia não ter limites e o filho seguia no mesmo caminho. No entanto, o pai das crianças se eximia da responsabilidade de educá-los, cobrando da esposa para que ela chamasse atenção dos filhos, desse broncas, colocasse de castigo. Ela e o marido eram responsáveis pelo negócio que abriram, de venda e entrega de gás. No entanto, quem realizava as tarefas domésticas era somente Cecília, desde o cuidado com as crianças, até as atividades da casa (limpar, lavar, cozinhar).

Dessa forma, ela se sentia sobrecarregada e considerava injusta a postura assumida pelo companheiro frente às crianças, uma vez que ele exigia que ela as educasse, mas ele sempre cedia ao pedidos delas, ou seja, ela exercia o papel de “megera”, de “chata”, por tentar educar e dar limite aos filhos, enquanto ele ocupava o lugar do bonzinho, do amoroso. Tal relação criou um círculo vicioso, já que quanto mais ela se sentia sobrecarregada e cobrada, mais tarefas exercia, menos tinha paciência para estar e brincar com as crianças e mais ela reforçava essa posição de má. O que acabava por reforçar o contraponto paterno de fazer tudo o que as crianças pediam, desautorizando Cecília.

Assim, Cecília vivia um dilema entre a expectativa de uma relação mais justa, com tarefas divididas entre o casal, principalmente, as relacionadas à educação dos filhos, e a realidade, expressa na forma como o marido se comportava, reproduzindo valores machistas e desiguais. Essas contradições também tinham desdobramentos na relação familiar, já que os filhos indicavam ter preferência pelo pai e desafiam a mãe.

---

<sup>34</sup> Entendemos que os preconceitos regionais têm um forte caráter de classe, pois o preconceito regional também é atravessado pelas condições econômicas e sociais que determinam a migração. Por isso, identificamos que as famílias da classe trabalhadora, vindas do Norte ou Nordeste em direção ao Centro Sul do país, tendem a ter uma recepção marcada pela discriminação, expressas em preconceitos sobre o sotaque, modo de vestir, hábitos e culturais. O nordestino ou nortista que chega em São Paulo é nomeado genericamente de “baiano”, independente do estado de origem. O mesmo acontece no Rio de Janeiro, onde são referidos como “Paraíba”. Os migrantes de classe social mais abastada têm outra recepção nesses mesmos estados, embora também sintam os desafios de se inserir em outra região.

Ao nos descrever as suas dificuldades, ela afirmou que convidou o marido a participar do Grupo, mas ele não se interessou, fazendo pouco caso da proposta de sua companheira. Ela usou esse caso para exemplificar que ele não se importava com as crianças. Mas que as convencia, porque às vezes, dava presente ou atendia os desejos delas.

No entanto, Cecília se via de forma muito enfraquecida, pois seus familiares viviam todos em Alagoas e ela não dispunha de pessoas de confiança ou que a ajudassem em São Paulo. Algumas vezes, tentou exigir do marido uma outra postura, que, em geral, ignorava-a. Em momentos mais extremos, em que ela ameaçava se separar, ele sempre prometia mudanças e não cumpria. Nas muitas brigas do casal, os filhos se posicionavam a favor do pai, o que fragilizava ainda mais a mãe.

Além do casamento conturbado, Cecília carregava consigo histórias difíceis. A aridez do sertão nordestino a marcou de diversas formas. Era a filha caçula de uma família de muito filhos. Os pais passavam por dificuldades financeira e, para que ela pudesse estudar, foi levada aos 7 anos de idade para a casa de um irmão mais velho, cuja esposa a fazia de empregada doméstica. Cecília frequentava a escola de manhã e à tarde tinha que dar conta de todos os afazeres da casa. Caso não o fizesse ou reclamasse, a cunhada a castigava.

Passou cerca de quatro anos nessa condição, sendo explorada, até que em uma das visitas dos pais a casa onde ela morava, implorou para que a levassem de volta. Logo que retornou para a casa dos pais, sua mãe descobriu uma grave doença e veio a falecer, um ano depois. Cecília continuou vivendo com o pai, que tinha problemas de consumo excessivo de álcool. O pouco dinheiro da família era gasto em bares, causando bastante sofrimento e dificuldades para ela. Mas ela não se ressentiu com o pai e afirmou ter uma boa relação com ele até hoje.

A mãe de Iasmim relatou que teve muitas dificuldades no processo de alfabetização. A cunhada que exigia que Cecília fizesse sozinha as tarefas domésticas no período em que viveram juntas, ajudou-a a aprender a ler e escrever, pois era professora. No entanto, Cecília recorda as vezes em que a esposa do seu irmão a chamou de burra ou coisas do tipo. Apesar de todos os limites, ela estudou até o ensino médio. Cecília contou que faltava bastante nas aulas para passear com as amigas e não se sentia muito apropriada dos conteúdos escolares, mas que conseguiu concluir a educação básica.

Ela casou muito nova, como forma de poder sair da casa do pai, em busca de liberdade. Porém, o casamento não significou a libertação esperada. Logo, Cecília engravidou de Iasmim.

Em Alagoas, o marido estava em depressão e a vinda para São Paulo, foi uma tentativa de ele superar o problema de saúde e buscar melhores condições de vida. Um pouco depois da mudança, Cecília ficou grávida novamente. Porém, o casal vivia um momento de muitas crises, em decorrência de atritos derivados do comportamento do marido.

Por causa das brigas, Cecília não estava bem e percebia que isso se refletia nas crianças, que também estavam enfrentando problemas, seja na escola ou em casa. A procura pelo atendimento psicológico para a filha respondia a uma preocupação com a menina, mas também representava uma tentativa de buscar um acolhimento para as suas questões enquanto mãe, mulher, trabalhadora. Depois do primeiro encontro do Grupo, ela pediu para conversar comigo de forma mais reservada e relatou problemas pessoais que vivia, como uma forma de desabafar com alguém, já que disse não ter amigos ou familiares de confiança com quem pudesse contar.

Ao comparar a infância que teve com a da sua filha, Cecília, que perdeu a mãe muito nova, relatou a dificuldade em exercer o papel de mãe, por não ter uma referência do que é a maternidade. Dessa forma, ela tentava garantir condições diferentes para os seus filhos, mas compreende que tem um limite por desconhecer o que é ser mãe. Por isso, sua relação com as crianças também era permeada por muita culpa, ora por cobrar demais e não ter paciência, ora por se considerar excessivamente permissiva, sem conseguir dar limites aos filhos.

O desafio de ter uma boa relação com o marido, em que a família se divertisse, passeasse, viajasse juntas, para além do trabalho, também era fonte de preocupação. Ela considerava que o marido estava em uma posição acomodada, que não se movimentava, o que a causava ainda mais insatisfação. Todas essas questões nos levam a refletir sobre os papéis de gênero exercidos por homens e mulheres na relação.

Segundo Lisboa (2003, p. 123), “Gênero e papéis de gênero estão profundamente enraizados na matriz cultural de cada sociedade e são transmitidos, através dos modelos de família, de geração em geração”. Dessa forma, constrói-se a ideia que as tarefas domésticas são atribuições exclusivamente femininas e o provimento do lar é uma responsabilidade masculina. No entanto, desde a inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente em contextos urbanos, esses papéis não passam de estereótipos, já que que cada vez mais há mulheres chefes de família, garantindo o sustento e a segurança de muitas pessoas.

Mello (1994, p. 30) também problematiza os diferentes papéis de gênero desempenhado por homens e mulheres da classe trabalhadora:

Aquilo que parece mais tranquilo, para as mulheres de certos segmentos das classes médias e médias altas, não o é para as classes populares. A educação escolar, a convivência com formas de cultura menos massificantes do que a televisão, a participação no mercado de trabalho, que era exclusivo dos homens, e a socialização mais flexível em relação à divisão dos papéis na família, permitem àquelas mulheres enfrentar com menos problemas as mudanças na área da autoridade doméstica. Para as mulheres migrantes a lenta transformação dos valores familiares não facilita a compreensão das alterações quando elas ocorrem. Nesse sentido, as mulheres mais velhas não se permitem pensar que possuam qualquer autoridade, embora, de fato, tenham sido as educadoras das crianças em tudo o que diz respeito à aprendizagem da vida social.

A convicção da necessidade de manter o casamento, para evitar possíveis traumas nos filhos ou para atender às expectativas sociais se confronta com as dificuldades na relação do casal, em consequência da sobrecarga de trabalho e de responsabilidades para Cecília. Isto posto frente ao fortalecimento do debate sobre igualdade de gênero, alçado como pauta importante em decorrência da maior inserção da mulher no mercado de trabalho e de uma maior – ainda muito desigual – participação política feminina na vida pública.

Cecília parecia dividida entre essas questões e se queixava de cansaço e decepção. Acrescido a isso, vinha a culpa por não se considerar uma boa mãe, por não ter disponibilidade para brincar com as crianças, de estar sempre impaciente para as demandas dos filhos. E ela sentia que essa relação tensa com o pai das crianças estava colocando os filhos contra ela, já que na divisão de papéis imposta pela não participação do marido, era ela que repreendia, chamava atenção, brigava e tentava estabelecer limites.

Além disso, se questionava sobre as suas escolhas, sobre ter casado com o marido, ter aceitado vir para longe de sua família para acompanhá-lo, por sempre apoiá-lo e não sentir reciprocidade na relação. A distância da sua terra natal parecia ser um dos empecilhos para que permanecesse no relacionamento, bem como o afeto que ainda nutria pelo companheiro.

O desenraizamento parece ser um elemento importante no desenho dessa organização familiar. Simone Weil (BOSI, 1996, p. 411) compreende o desenraizamento como a impossibilidade de “participação real, ativa e natural numa coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro”.

Silva (2004) reforça a dimensão desenraizadora dos processos migratórios, motivados pela falta de condições de vida no local de origem. Nesse sentido, pessoas que partiram de sua

terra natal, deixaram para trás seus familiares, podem perder a noção de pertencimento a um lugar social definido.

Iasmim e sua família saíram do Nordeste, deixando para trás referências importantes. Ao chegar em São Paulo, enfrentaram e ainda enfrentam inúmeras dificuldades de inserção em uma sociedade capitalista e desigual. Oscilavam entre a vontade de permanecer na cidade grande, devido às oportunidades de trabalho e o desejo de retornar para as origens.

Esse “não lugar” ocupado pela família reforçava um sofrimento, o sentimento de deslocamento e a possibilidade de idealização de Iasmim, ao recordar com carinho do trato das cabras, com palmas cortadas, o trabalho da roça. O não pertencimento ao lugar onde vivem e as dificuldades de fincar raízes – dada pelos julgamentos sobre a forma de educar os filhos, o jeito de falar – marcam profundamente a organização dessa família e, conseqüentemente, das crianças.

Iasmim vive em meio a todas essas questões, tentando se adaptar na escola, ser aceita no grupo de amigos, adornar a realidade em fantasias infantis, encenadas no Alagoas dos seus sonhos. Nesse sentido, aprender em uma escola que dificilmente acolhe a diferença se torna um desafio. Apropriar-se do mundo letrado não é tarefa fácil, ainda mais quando desempenhada em meio a turbulências e desentendimentos.

Tais fatores não podem ser desconsiderados no processo de aprendizagem da menina, a forma como ela vivencia todas essas contradições, os conflitos em casa, o desenraizamento. Tal o desafio de construir uma escola sensível à realidade das crianças que lá estudam. Compreender e acolher as diferenças culturais, estar atenta às questões vivenciadas no âmbito das relações privadas torna-se um objetivo quase inatingível para a forma como as instituições de ensino são organizadas. Mais uma vez, reforço que as condições de trabalho do professor, a quantidade de alunos em sala e todos os outros fatores descritos anteriormente fazem com que essa seja responsabilidade muito distante na grande maioria das escolas do Brasil.

Talvez devido às dificuldades domésticas, Cecília não esteve presente dos dois últimos encontros do Grupo Focal, embora tenha participado ativamente dos três primeiros. De qualquer forma, a sua presença reforçou a necessidade de espaços de acolhida para as demandas de mulheres, mães, trabalhadoras e migrantes, como maneira de incidir sobre a significação de um passado, a compreensão do presente e a projeção de futuro.



O Grupo Focal pode representar, ainda que durante um curto período de tempo, esse espaço de escuta confiável de parte das suas demandas. Talvez a continuidade do trabalho pudesse ampliar essa intervenção, de modo a fortalecer vínculos e contribuir ainda mais na elaboração das angústias.

### 3.3. Sueli e Igor: doses diárias de controle

#### *Declaração de bens*

*Só tenho palavras  
para o indizível.*

*Só tenho voz  
para emudecer.*

*Só trago nome  
para o que nunca nasceu.*

*Uma única certeza  
demora em mim:  
o que em nós já foi menino  
não envelhecerá nunca.*

#### **Mia Couto**

Em toda a tese, avalio que a história de Sueli e Igor é a que mais se aproxima de um caso clássico de medicalização. Embora, consideremos que grande parte das crianças que são encaminhadas ao serviço de psicologia em decorrência de queixas escolares possa ser considerada vítima do processo de medicalização, esse processo não se efetiva em todos os casos. Vale considerar que medicalizar tem um sentido distinto do medicar, uma vez que nem todo caso de medicalização implica necessariamente na administração medicamentosa e nem toda prescrição de remédios é expressão do processo de medicalização da vida.

No desenrolar dessa pesquisa, a busca por uma definição precisa da medicalização foi se tornando uma questão cada vez mais complexa, de forma a não cair em explicações simplistas, que condenam qualquer fazer médico ou da área da saúde a práticas medicalizantes, bem como desconsideram a importância do uso de remédios na cura ou tratamento de doenças. No entanto, o que chama a atenção ao conhecermos a vida de Sueli e seu filho é que, desde muito cedo, a criança foi exposta a medicalização.

Conheci os dois no primeiro encontro do Grupo Focal. Igor ainda não tinha participado da Oficina de Estímulo à Leitura e eu não tinha encontrado sua mãe em grupos realizados por Haidê. Nesse dia, participaram os dois, que chegaram um pouco depois dos outros participantes. Sueli tinha 41 anos de idade, tinha a pele, os olhos e o cabelo claros. Seus olhos estavam sempre alertas, um pouco tímidos, mas bastante vivos e prontos para agir a qualquer sinal de perigo. Trazia no rosto uma constante expressão de preocupação, manifesta na testa franzida e nos olhos despertos, em contraponto com seu sorriso muito acolhedor.

Aquele foi meu primeiro e único encontro com Igor. Ele se apresentou como a pessoa “Mais legal de casa”, diferenciando-se das irmãs. Tinha 10 anos de idade, completaria 11 no mês seguinte. Era claro como a mãe e tinha outras características físicas que se assemelhavam a ela. A sua família era composta por sua mãe e seu pai, uma irmã mais velha, com 15 anos de idade, ele e outra mais nova, com 8 anos de idade. O pai era professor de uma arte marcial. Sueli cuidava da casa e das crianças. A condição de Igor demandava muita dedicação dela. A mãe nos conta que as duas filhas eram disciplinadas, estudiosas e nunca tiveram problemas na escola. Mas Igor sempre teve um comportamento agitado, irritadiço e diferente das irmãs.

Nesse dia, logo que eles entraram na sala, Sueli pediu licença, desculpou-se pelo atraso e sentando-se, entregou o *tablet* para o filho. Assim, começamos a conversar sobre o Grupo Focal, o seu contexto de realização, seus objetivos, formas de funcionamento etc.

Igor estava muito atento ao jogo<sup>35</sup>, que o mantinha entretido, tranquilizando a mãe para que ela pudesse participar do Grupo. Às vezes, ele falava alguma coisa, em geral, interjeições, que expressavam insatisfações ou conquistas no jogo. À primeira vista, parecia distante ou muito envolvido com a atividade realizada no aparelho eletrônico. Porém, em alguns momentos do Grupo, ele fez colocações muito pertinentes sobre o assunto debatido, o que leva a crer que ele não estivesse completamente alheio ao que as pessoas conversavam ao seu redor.

Quando solicitada, Sueli apresentou a demanda que a motivou a participar do Grupo. Aos 3 anos de idade, seu filho apresentava problemas de fala e foi encaminhado para o projeto de acompanhamento ao desenvolvimento infantil do município, que atendia crianças de 0 a 6 anos de idade. Lá, a fonoaudióloga que o acompanhava, observando o comportamento inquieto

---

<sup>35</sup> Ao final do encontro, perguntei o que ele jogava e a resposta foi: *Minecraft*, jogo eletrônico que consiste em criar “mundos” através da montagem de blocos, que podem ser dispostos de forma livre, resultando no que você quiser construir. No período da pesquisa, esse era dos jogos eletrônicos mais usados por crianças da sua faixa etária, havendo inúmeras publicações de vídeos na internet, impressões de revistas e livros sobre *Minecraft*, destinados, especialmente, a esse público.

do garoto, recomendou a mãe que buscasse atendimento de profissionais especializados, pois ela avaliava que tinha algo diferente no comportamento dele.

A partir daí, Sueli e o pai de Igor começaram uma longa caminhada com vistas a encontrar explicações sobre o que acontecia com o menino. Eles passaram por diversos serviços, médicos, exames, profissionais de saúde, hospitais, clínicas, em várias cidades da região.

Quando Igor tinha por volta de 6 anos de idade, veio o diagnóstico: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. A mãe relata que desde então, quase que de forma ininterrupta, Igor era medicado, com prescrição diária de metilfenidato, vendido comercialmente com o nome de Ritalina.

Depois disso, a família continuou à procura de profissionais que acompanhassem o caso, em diversos locais. Em um serviço público de psiquiatria infantil na Zona Sul de São Paulo, há uma distância considerável de onde moravam, conseguiam a droga prescrita gratuitamente. No período de realização da pesquisa, Igor era acompanhado por uma psiquiatra infantil, que trabalhava no ambulatório infantojuvenil.

Anteriormente, Igor tinha sido atendido na unidade em que realizei a pesquisa, quando outro psicólogo trabalhava no local. Porém, a família optou pelo acompanhamento de uma psicóloga em consultas particulares. Mas devido a algumas dificuldades financeiras, a família recorreu novamente ao posto de saúde e Sueli participou do Acolhimento com Haidê. A psicóloga, então, sugeriu a participação no Grupo Focal e eu pude conhecer a história dessa família, que traz alguns pontos em comum com uma grande parte das famílias que vivenciam processos de medicalização da educação.

Tal similaridade consiste no diagnóstico de TDAH. A maior parte das crianças encaminhadas aos serviços de saúde mental recebem esse diagnóstico e o número de casos tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (FARIAS; CORDEIRO, s/d). Segundo Caliman (2010), pesquisadores afirmam que passamos por uma epidemia do transtorno no Brasil e internacionalmente. Dados epidemiológicos indicam que o TDAH tem prevalência em de 4% a 10% da população infantil do mundo (LACET; ROSA, 2017). Se considerarmos esse dado, podemos entender que, em uma sala de aula com 40 crianças, de uma a quatro delas podem ser diagnosticadas com o transtorno.

Conforme indicamos no Capítulo 1, há inúmeras controversas em torno da existência ou não do TDAH, bem como sobre as causas dos sintomas que caracterizam o transtorno. A

despeito dessas questões, esse diagnóstico aumentou consideravelmente nos últimos anos no Brasil e no mundo, que vem acompanhado com a prescrição de terapia medicamentosa. A principal droga prescrita para esses casos é um estimulante, que tem como princípio ativo o metilfenidato, vendido comercialmente com o nome de Ritalina.

Na bula da Ritalina, está descrito a medicação a droga pode interferir no crescimento normal da criança e que a droga não é recomendada para menores de 6 anos. A administração de metilfenidato causou dor de garganta, insônia, tontura, tosse e problemas respiratórios, problemas de visão (visão turva), diminuição de apetite, náusea, dor abdominal e boca seca, em cerca de 10% ou mais dos usuários. Além disso, informa que o uso inadequado da medicação pode causar dependência e há a orientação que a utilização da medicação:

pode causar (...) alucinações ou outras reações adversas do sistema nervoso central, que podem afetar a concentração. Se você sentir estes sintomas, não deve dirigir veículos ou operar máquinas, ou envolver-se em qualquer outra atividade em que precisa estar atento. (RITALINA, 2014).

Por ser um remédio controlado, em vários trechos dos documentos, há a orientação de que o paciente deve procurar o seu médico em qualquer alteração ou na emergência de qualquer sintoma colateral. A bula ainda relata a incidência de nervosismo, após a administração do metilfenidato.

Isto posto, cabe avaliar as consequências do uso da medicação na vida da criança, pois desaconselha-se o envolvimento em ações que demandam atenção, pode se aumentar a irritabilidade, agressividade, insônia e sonolência de quem consome a droga.

Esta ordem do discurso está assentada em uma rede de práticas e saberes, poderes, leis, relatórios, cursos, editoras, distribuidoras, congressos, instituições, parlamentares, juristas, psicólogos, educadores, médicos, fonoaudiólogos, ONGs e indústria farmacêutica. No caso específico das anfetaminas, como o cloridrato de metilfenidato, muitos países criaram restrições à venda desta droga chamada lícita. (...) No entanto, no Brasil, ainda há bastante abertura para a venda e distribuição das anfetaminas, inclusive para crianças pequenas.” (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014a, p. 12)

A despeito das controvérsias, os favoráveis à terapia medicamentosa apontam que, após a administração da droga, “Cerca de 70% dos pacientes com TDAH, respondem adequadamente

aos estimulantes, com redução de pelo menos 50% dos sintomas básicos do transtorno e os toleram bem.”<sup>36</sup>.

A esse respeito, certas pesquisas (MEIRA; 2009; GUARIDO, 2006; GARRIDO, 2009) identificam uma forte correlação entre o aumento de diagnóstico de TDAH e os interesses da indústria farmacêutica, uma das mais poderosas do mundo. A crítica ao modelo medicalizante passa pelo questionamento do consumo exacerbado de medicamentos, enquanto forma de mediação com o mundo, que visa o lucro das grandes corporações, em detrimento da saúde das populações (GARRIDO, 2009).

Em meio a tantas controvérsias, encontrei Igor e a sua família. Diagnosticado com TDAH aos seis anos de idade, ele consumia Ritalina desde então. Sueli era uma mulher doce e uma mãe incrivelmente dedicada à família. Ela falava dos filhos com muito amor e paciência. Quando conversamos sobre as infâncias vividas, ela relatou que nasceu e sempre viveu naquele município. Seu pai faleceu quando ela era ainda criança. A partir de então, sua mãe assumiu a responsabilidade e educação dos quatro filhos de forma muito rígida. Apesar das durezas da vida, a mãe de Sueli sempre tentou garantir os estudos dos filhos.

Ela nos contou que teve muita dificuldade para aprender na escola, que foi uma criança extremamente tímida e calada. Ela não tinha amigas e fazia de tudo para ser aceita pelos colegas, porém, as crianças a apelidavam, zombavam do seu cabelo ou do seu corpo. Apesar disso, Sueli lembrou com muito carinho de suas professoras, em especial de uma que acreditou que ela era capaz. E assim foi, ela foi a única de seus irmãos que concluiu o ensino médio.

Casou nova. Logo engravidou da primeira filha, depois veio o Igor e, em seguida, a caçula. Mesmo mãe de três crianças, decidiu realizar seu sonho de ser professora e concluiu o curso de pedagogia em uma faculdade privada da região. Ela relatou as dificuldades de estudar nessas condições, mas reconhece o apoio do marido como fundamental para que fosse possível se formar. Sueli nos contou emocionada do orgulho de sua mãe ao ter uma filha formada como professora.

Além de movida pelo sonho de criança de ser professora, acredito que Igor também foi uma motivação para que ela estudasse a área da educação. Ela relatou que ele sempre foi diferente das outras crianças. Que ela e o marido insistiam, brigaram, colocaram de castigo,

---

<sup>36</sup> Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tdah-perguntas-mais-frequentes-e-suas-respostas.html>. Acesso em 01 jun. 2015.

tentaram de tudo para que o filho se comportasse, mas nada adiantava. E que as pessoas, vizinhos, amigos, parentes os julgavam por não conseguir impor limites ao garoto.

Sueli exemplificou: quando a família ia a uma festa de aniversário de outra criança, Igor abria os presentes do aniversariante, comia o bolo antes da hora e causava uma série de transtornos, que envergonhavam os pais. Chegou ao ponto de Sueli não sair mais de casa com Igor. O marido e as duas filhas participavam das festas de aniversários ou eventos sociais e os dois permaneciam em casa, para não serem mais criticado ou expostos a situações constrangedoras devido ao comportamento de Igor.

A mãe de Igor relatou que o diagnóstico e o início do tratamento aplacaram a angústia que ela sentia. Depois disso, ela e o marido puderam estudar o que era TDAH, compreendendo que Igor não agia dessa forma por uma falha deles, mas porque tinha uma condição diferente de existir. Depois de muito sofrimento, o transtorno foi uma forma de que eles pudessem entender o filho e amá-lo da maneira que ele era.

O laudo possibilitou nomear o que antes era uma grande indefinição, que causava tanto sofrimento a família. O diagnóstico ofereceu uma solução para o problema: a Ritalina. Assim, os pais puderam voltar a acreditar que Igor poderia ser uma criança “normal”, que poderia se comportar nas festas e aprender na escola.

Obviamente, que os sentimentos e as formas de encarar as dificuldades não são sempre harmônicos assim, havia inconstâncias, variações, contradições. Até porque a Ritalina não é a panaceia para todos os males. Logo que Igor começou a consumir a droga, ele ficava prostrado, dormia demasiadamente, não brincava, nem interagia. Mais uma vez, a família ficou preocupada, sem saber o que fazer e a mãe se sentiu culpada por estar sedando seu filho. Foi necessário alterar a dosagem, para que o menino voltasse a ter vida. Entre as primeiras administrações da droga e a adequação da dose, Sueli relatou muitas dúvidas e dor, por não saber se tinha tomado a decisão certa ao aceitar o tratamento medicamentoso.

Posteriormente, houve momentos de descontinuidade no tratamento. As interrupções no tratamento se deram mais por dificuldades de acesso a droga do que por decisão da família. Uma das vezes foi quando nos conhecemos, 2018, eles estavam enfrentando o desdobramento da falta da medicação no mercado. No mês de julho e intensificado em agosto, não era possível encontrar o remédio em farmácias da Grande São Paulo. O desabastecimento pode ser confirmado através da publicação de Carta Aberta à Novartis Biociências, assinada

pela ABDA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2018) e de resposta publicada pelo laboratório (NOVARTIS BIOCÊNCIAS, s/d).

A consequência objetiva disso foi que a família de Igor não conseguia retirar a medicação onde costumavam fazê-lo, uma vez que faltava droga no estado. Dessa forma, o menino não estava sendo medicado. A escola se recusava a recebê-lo sem a administração da droga e a mãe não sabia o que fazer, já que entendia a educação enquanto um direito do filho, mas se resignava frente à decisão da escola.

Três fatores chamam a atenção no relato de Sueli. O primeiro é que se Igor era medicado desde os 6 anos de idade e tinha 10 no período da pesquisa, a escola desconhecia de forma sistemática o comportamento do menino sem o uso da droga. Por se tratar de um psicotrópico, a interrupção brusca de seu consumo traz problemas imediatos no comportamento da criança<sup>37</sup>.

Entretanto, a imposição da administração da droga como condição para autorizar a frequência de Igor na escola fere o direito da criança e da família, bem como impossibilita qualquer alternativa ao remédio, já que a instituição de ensino se recusa a enxergar a criança para além do estigma legitimado por um laudo médico. Isso aponta para uma adesão ao padrão medicalizante desde a escola.

Em pesquisa anterior (REZENDE, 2015), foi possível identificar a tentativa de construção de hegemonia em torno da pauta da medicalização da educação. Os porta-vozes dessa ideologia assumem os professores e as escolas enquanto aliados importantes para a consolidação desse projeto, que expressa os interesses da indústria farmacêutica e diagnóstica. Além disso, o processo, descrito por Freitas (2018) como empresariamento da educação, reforça indica que a medicalização pode ser uma tática de silenciar as contradições, usada para o apassivamento das massas.

O segundo fator que a história de Igor e Sueli nos leva a refletir é sobre o consumo de drogas prescritas para a infância. No momento da pesquisa, além de Ritalina (que o menino não estava consumindo por falta no abastecimento), era prescrito outra droga, a Risperidona, produzida pela Biosintética Farmacêutica, empresa da Aché Laboratórios Farmacêuticos. Trata-

---

<sup>37</sup> O desabastecimento de Ritalina traz consequências severas aos usuários, uma vez que a privação repentina da droga desencadeia um desequilíbrio neuroquímico, que pode provocar problemas significativos de comportamento. A falta da medicação no mercado indica uma postura inconsequente da Novartis Biociências e uma falta de compromisso social para com os consumidores.

se de um antipsicótico de uso adulto e infantil – a partir dos 5 anos de idade, cujo o princípio ativo é a risperidona.

Para elucidar a ampla gama de sintomas para qual a droga é indicada, transcrevo literalmente a bula, apesar de ser uma citação extensa (RISPERIDONA, 2014):

Risperidona é um medicamento usado para tratar as assim chamadas psicoses (por exemplo, esquizofrenia). Isto significa que ele tem um efeito favorável sobre um certo número de transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade, ser excessivamente introvertido etc.

Risperidona também melhora a ansiedade, a tensão e o estado mental alterado por estes transtornos.

Risperidona pode ser usada tanto em quadros de início súbito (agudos) como nos de longa duração (crônicos).

Além disso, após o alívio dos sintomas, risperidona é usada para manter os distúrbios sob controle, isto é, para prevenir recaídas.

A substância ativa do medicamento é a risperidona.

Risperidona é usada, também, em outras condições, especificamente para controlar os transtornos do comportamento tais como agressão verbal e física, desconfiança doentia, agitação e vagar em pessoas que perderam suas funções mentais (isto é, pessoas com demência).

Outra condição para a qual você pode receber risperidona é a mania, caracterizada por sintomas como humor elevado, expansivo ou irritável, auto-estima aumentada, necessidade de sono reduzida, pressão para falar, pensamento acelerado, redução da atenção e concentração ou diminuição da capacidade de julgamento, incluindo comportamentos inadequados ou agressivos.

Risperidona também pode ser usada para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo sintomas de agressão a outros, como auto-agressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor.

Nota-se que essa droga é prescrita para casos de psicose, ansiedade, agressividade de pessoas com demência, mania e transtorno autista. Pelos relatos da mãe, Igor não parece apresentar nenhum dessas doenças ou transtornos. Mesmo assim, a criança é medicada com Risperidona. Essa receita de remédios controlados para uma criança em desenvolvimento soa como uma forma de sedar a criança.

Durante o Grupo Focal, Sueli estava muito ansiosa porque temia pelos prejuízos que as ausências nas aulas acarretariam para Igor. Ele ainda não sabia ler e escrever e o período longe da escola poderia dificultar ainda mais esse processo. Nesse sentido, ela procurou a psiquiatra infantil que o atendia e a médica sugeriu substituir a Ritalina por Sertralina. A última é uma droga que tem cloridato de sertralina como substância ativa, que é indicada para o tratamento



de sintomas de depressão (SERTRALINA, 2017)<sup>38</sup>. Essa gama de medicações (estimulantes, antipsicótico e antidepressivo) que uma criança diagnosticada com TDAH é submetida aponta diretamente no sentido da medicalização da vida.

A prescrição de mais de uma droga para casos de TDAH é um tema que merece ser melhor pesquisado, pois desconfio que isso aconteça de forma cada vez mais frequente. Devido a uma forte reação crítica ao metilfenidato, foram criados protocolos de uso da droga, que buscam controlar a sua prescrição e consumo indiscriminados, através do monitoramento de agências de saúde sobre a distribuição da droga. Esse fato pode encorajar profissionais de saúde a receitarem outras medicações psicotrópicas, que não tenham tanto debate.

Mesmo com a prescrição dessas drogas, Igor não aprendia na escola e iria para o 6º ano do ensino fundamental sem estar alfabetizado. O garoto era estigmatizado na instituição, o que pode ser observado na recusa da escola em recebe-lo sem estar medicado. Mas o uso dos remédios não garante que ele aprenda, o que aponta para um limite da ação da medicação, visto que ela não foi eficaz para garantir uma vida “normal” para a criança.

Talvez possa se argumentar que Igor apresentava comprometimentos no processo de desenvolvimento, que o impediam de adquirir conhecimentos na escola. No entanto, não é esse o princípio previsto na inclusão escolar e os defensores do TDAH afirmam que o tratamento adequado – com base na terapia medicamentosa – consegue alçar a vida do portador da doença a uma condição normal.

A existência de Igor no mundo era mediada por substâncias psicoativas há pelo menos cinco anos. Se considerarmos a exposição precoce a medicações, em fase de desenvolvimento da criança, avalio que o corpo e a subjetividade do menino já eram marcados pela medicalização. A identidade de Igor era atravessada pelo transtorno e pelas doses diárias de controle tomadas rotineiramente. Tal vivência pode desencadear uma cronificação dos sintomas indesejáveis.

Um episódio relatado por Sueli exemplifica as consequências desse processo. Durante o período em que faltou Ritalina em São Paulo, enquanto se arrumava para ir à escola, Igor disse a Sueli: “Mãe, hoje eu vou fazer bagunça, porque eu não tomei o remédio”. Essa fala materializa a compreensão do garoto de que ele só conseguia se comportar se tivesse feito o

---

<sup>38</sup> Por se tratar de um medicamento genérico, cloridato de sertralina é produzida e comercializada por mais de uma empresa farmacêutica no Brasil.

uso da droga. Ao dizer isso, Igor manifestou sua crença sobre a impossibilidade de ele viver sem a medicação, sintetizando o que a escola pensa a seu respeito.

Atribuir ao remédio a responsabilidade sobre o controle do seu comportamento é uma maneira de se tornar passivo frente a sua vida e de manter um controle externo sobre sua subjetividade. A falta de autocontrole e o impedimento do exercício dessa função forma uma criança que será uma transtornada crônica, sem perspectiva de cura ou superação. Tirar da criança a autonomia sobre os seus atos é perpetuar a necessidade de uma tutela, nesse caso, química sobre a sua vida, mesmo depois de crescer.

O uso contínuo dessas drogas pode interferir na forma de expressão da criança, limitando a sua criatividade e participação no mundo que a cerca. A consequência disso é o silenciamento das contradições envolvidas no processo de “adoecimento” da criança: seus aspectos sociais, políticos, econômicos etc., resultando em um apassivamento do menino.

Nesse sentido, consideramos que

Não é possível, por mais que se queira e se tente administrar a vida pelo cuidado prescrito por meio de rótulos e psicotrópicos. Para abrir e fomentar este debate e, então, para sairmos de lógicas binárias de contra e a favor ou de consensos rápidos, reducionistas e corporativistas, precisamos pensar uma política de resistência frente aos silenciamentos e amortecimentos da diferença realizados pela prescrição de psicotrópicos e terapias comportamentais. (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014a, p. 15)

O encarceramento químico tem sido uma forma de controle social, ao cercar a liberdade através da administração de drogas psiquiátricas. Esse fenômeno incide de uma maneira específica sobre as famílias da classe trabalhadora. Sob o pretexto de combater vulnerabilidades sociais, o Estado e organismos internacionais têm se valido da medicalização como estratégia de poder e de controle social (LEMOS; SANTOS; NOBRE, 2013; LEMOS; GALINDO; DAMASCENO, 2014).

Ao olhar para Igor, era possível enxergar uma potência (criadora ou destrutiva) enorme presa em limites químicos, que levam o ter um semblante triste, deslocado como se precisasse sempre se esforçar para ser aceito. Ao se despedir de Ryan, no final do primeiro encontro do Grupo Focal, Igor fez questão de cumprimenta-lo e de dizer que foi bom conhecer um amigo. Ryan nem se atentou muito às palavras do menino, pois eles não haviam conversado muito, talvez para ele, aquilo não significasse tanto. Mas a abordagem desajeitada de Igor me faz crer que ele só queria ter amigos.

Por todas essas razões, Sueli era uma mulher preocupada, tensa. Sofreu por ter um filho considerado pelos outros como insuportável. Depois de muita busca, conseguiu encontrar uma explicação para esse problema: o diagnóstico de TDAH, além da possibilidade de tratamento: a Ritalina, acompanhada por outros remédios tarja preta.

Apesar de amenizar a sua angústia familiar, o laudo e a droga não resolveram a questão. Igor está crescendo e não aprendia na escola. A instituição de ensino parecia não compreender a situação do menino e se negava a recebê-lo pela falta da medicação. O sofrimento psíquico e a humilhação social pareciam persistir na sua vida.

Nesse sentido, ao contrário das outras histórias que participaram do Grupo Focal, a nossa intervenção não conseguiu contribuir tanto na condução da questão. Avalio que os encontros do Grupo foram importantes para acolher e ouvir as demandas de Sueli. Por viver dedicada aos cuidados dos filhos, tive a impressão que faltava espaço em que ela pudesse falar abertamente sobre a questão, sem receio de julgamentos.

Creio que as dificuldades vivenciadas por Igor a afligiam duramente, por serem permeadas por um sentimento de culpa e impotência, já que ela, uma pedagoga formada, não conseguia ajudar o próprio filho. As dúvidas sobre a necessidade de medicar o garoto foram substituídas por uma crença de que aquele sacrifício era para o bem dele. Portanto, questionar o processo de medicalização de Igor poderia desencadear mais culpa e sofrimento para a família. Por isso, a conversa sobre medicalização, realizada no quarto encontro do Grupo, foi um espaço de ouvir as queixas, acolher os sofrimentos e tentar fortalecer Sueli a compreender o filho e a acreditar na capacidade dele de aprender.

No entanto, para uma “desmedicalização” da vida de Igor, seria necessário mobilizar a família, os serviços de saúde que o atendiam e a escola na construção de um plano terapêutico, que buscasse: articular uma conduta na relação com Igor, através do estabelecimento de rotina, limites, desafios, através do reconhecimento de suas potencialidades, bem como, analisar as drogas prescritas, avaliar os efeitos de cada uma delas e das suas dosagens e, se possível, considerar a diminuição gradual de seu consumo. Essa responsabilidade é muito difícil de ser assumida sozinha e precisa de ser compartilhada pelas pessoas e instituições que convivem com o garoto. No entanto, durante o tempo da pesquisa não foi possível avançar nesse sentido.

Em retribuição pela confiança e generosidade que Sueli depositou em mim, dispus-me a disponibilizar artigos e materiais que discutiam TDAH de uma perspectiva crítica. Conhecer

a história de Sueli e Igor me permitiu compreender a complexidade da manifestação da medicalização sobre a vida das pessoas. Por se tratar de uma construção hegemônica, desconstruir sua prática pode levar imediatamente a mais sofrimento. Desvelar os mecanismos de atuação da medicalização é importante, porém, a sua explicação não contribuiria diretamente para que Igor se comportasse ou aprendesse na escola.

Esse foi um limite na realização desse estudo e terminei o trabalho de campo compartilhando um pouco da angústia e impotência de Sueli, por identificar a restrição da possibilidade de intervenção nesse caso. Depois da conclusão da pesquisa de campo, Haidê foi transferida para outra unidade de saúde, em decorrência de uma redistribuição dos profissionais da RAPS nos territórios. Nesse sentido, espero que Sueli e Igor possam ter suas histórias ouvidas e acolhidas pelo novo psicólogo da unidade, a fim de se fortalecerem no enfrentamento da medicalização de suas vidas.

## CAPÍTULO 4 – O ENFRENTAMENTO AO FRACASSO ESCOLAR E À MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: histórias são essenciais

*O vento apaga as pegadas das gaiivotas.  
As chuvas apagam as pegadas dos passos humanos.  
O sol apaga as pegadas do tempo.  
Os contadores de histórias procuram  
as pegadas da memória perdida,  
do amor e da dor; que não são vistas,  
mas que não se apagam.*

**Eduardo Galeano**

Notamos que a medicalização da educação é um tema polêmico, um campo de discussão que não apresenta consensos. Principalmente porque implica em um posicionamento político com relação a concepção de saúde, de educação e de um projeto de sociedade, ou seja, não há neutralidade no debate sobre o tema. A redução de processos sociais a aspectos orgânicos, que tem se tornado hegemônica na atenção à saúde, em especial, na concepção dominante de Psiquiatria, deslegitima outras formas de compreender a questão.

O padrão medicalizante envolve interesses da indústria farmacêutica e diagnóstica, que são o pano de fundo dos projetos de leis que visam a institucionalização da medicalização. Além disso, há indícios de que a medicalização e a terapia medicamentosa têm sido usadas no sentido de disciplinamento da população e silenciamento das contradições sociais. Por essas razões, a produção de conhecimento na área implica em uma tomada de partido. Nesse sentido, destacamos que existe produções que assumem uma posição crítica à medicalização, que tem estimulado discussões nessa área.

Com base nas aproximações realizadas sobre o tema da medicalização da infância, identificamos a tentativa de institucionalização do padrão medicalizante, baseada na busca pela construção de um discurso biomédico hegemônico, que desqualifica outras áreas do conhecimento. Dessa forma, a produção de pesquisas que abordem a questão em uma perspectiva crítica é fundamental para a superação dessa tendência.

Percebemos que, nos últimos anos, houve um aumento no número de pesquisas sobre medicalização. A atenção maior a questão provavelmente está relacionada à reação de uma parcela da sociedade contra os projetos de leis que visam essa institucionalização. O fato de o termo “medicalização” assumir status de palavra-chave nos bancos de dados, pode ser considerado um indício do fortalecimento da área de pesquisa que visa problematizar o padrão medicalizante.

No entanto, observamos que os estudos ainda se restringem a determinadas áreas do conhecimento, em especial, à psicologia. A partir da revisão bibliográfica, notamos que importantes áreas envolvidas no processo de medicalização, como educação, pediatria, psiquiatria, farmácia, entre outras, ainda apresentam poucas publicações sobre o tema.

Além disso, percebe-se que uma parcela considerável das produções são estudos teóricos. Provavelmente, por se tratar de uma área de estudo recente, que ainda há necessidade de conceituar sobre a temática. Todavia, as formas de expressão da medicalização ainda não são plenamente conhecidas pelas pesquisas realizadas, havendo um vasto campo empírico a ser explorado.

Dessa forma, apresenta-se o desafio de enfrentar o processo de medicalização através da sua manifestação no cotidiano das famílias, das escolas e postos de saúde. No sentido de divulgar o conhecimento produzido na área, orientar mães e pais que lidam com a questão, desconstruir a hegemonia medicalizante que tem sido consolidada entre os professores e problematizar a concepção de saúde reduzida à fatores biológicos, que tem orientado a formação de profissionais de saúde. Portanto, é importante que esse debate extrapole o contexto acadêmico e dialogue com os envolvidos no processo, como forma de construir outras maneiras de resolver o problema da não-aprendizagem ou do comportamento considerado desadaptado na escola e da vida.

A tentativa de compreender como esse fenômeno se manifesta entre crianças da classe trabalhadora e, além disso, conhecer as histórias forjadas nesse sentido, parece uma forma de se aproximar dessa realidade. Inclusive, pode ser uma estratégia para enfrentar a questão, a fim de reunir elementos para a produção de material e construção de diálogo sobre o tema.

O recorte de pesquisa que define o processo de medicalização da educação vivenciado por famílias da classe trabalhadora se deu por compreender que, embora esse seja um processo comum a toda a sociedade contemporânea, ele se manifesta de forma distinta entre os mais pobres. Conforme apontado pela pesquisa, o padrão medicalizante tem sido adotado como forma de disciplinamento de uma parcela da população que não se submete docilmente aos ditames sociais. Ou seja, a medicalização da vida tem se mostrado uma estratégia de silenciamento das contradições e naturalização das desigualdades.

Isto posto, é importante considerar o sofrimento psíquico gerado por esse desajuste social, manifesto na adesão ou resistência ao modelo medicalizante. Conhecer como a

medicalização é sentida e elaborada por quem a vivência parece ser uma maneira de contribuir na construção de uma contra-hegemonia, que pode ajudar no fortalecimento de experiências de educação, cuidado à saúde e formas de relação comunitárias que estabeleçam outros parâmetros de bem viver.

Nesse sentido, a observação participante, realizada através do acompanhamento do trabalho desenvolvido pela psicóloga Haidê em uma UBS da periferia da Grande São Paulo, mostrou-se uma fonte de informações e vivências importantes para a pesquisa sobre o tema. Ao entrar em contato com diversas histórias de crianças e famílias, ora submetidas, ora resistentes a processos de medicalização da vida, foi possível reconhecer a complexidade de manifestação desse processo, suas contradições e sofrimentos gerados.

Durante os Acolhimentos, os Grupos de Crianças, Adolescentes, Cuidadores e, em especial, a Oficina de Estímulo à Leitura, pudemos conhecer e se relacionar com crianças e adultos que sentem na pele as consequências das dificuldades de aprendizagem e as tentativas, às vezes simplistas, de buscar no encaminhamento ao serviço de psicologia a solução mágica para os problemas enfrentados. Mais do que um campo empírico, a vivência na unidade e na brinquedoteca permitiu construir, conjuntamente com Haidê, caminhos de uma prática desmedicalizante, a partir das histórias contadas de literatura infantil, ao final de cada encontro, e das histórias aprendidas a partir do contato com aqueles meninos e meninas.

A função do brincar, do exercício do faz de conta e da abstração são elementos essenciais para a aprendizagem. A Oficina tinha esse potencial de aliar leitura com jogos e brincadeiras, de aproximar os livros e as histórias como brinquedos, desmistificando o processo de decodificação da escrita.

O Grupo Focal consistiu em um momento em que aspectos dos desafios e angústias dos cuidadores das crianças medicalizadas ficaram ainda mais explícitos. A organização de um espaço em que os problemas escolares enfrentados pelas crianças e repercutidos em toda a organização familiar possam ser expostos, discutidos, em que pais e mães se sintam acolhidos e não julgados, pareceu ser uma forma importante de lidar com o sofrimento gerado pela “inadequação” dos filhos e “incompetência” dos pais.

Refletir sobre as infâncias e processos de escolarização vivenciados pelos pais e como compreendiam a vivência de seus filhos pareceu dar mais elementos para debater a questão do fracasso escolar e da medicalização, no sentido de desnaturalizar explicações prontas e que

assumem a patologização como única saída para problemas de aprendizagem. Assim, o Grupo Focal pode ser uma experiência interessante no desvelamento das histórias que dão cores, faces e algumas das dores desse processo.

Nesse sentido, percebemos que existem dimensões objetivas que perpassam a construção e expressão da medicalização na vida das crianças, tais como: a desigualdade entre as classes sociais; as questões de gênero; o racismo; o território e a violência urbana; a organização familiar e os preconceitos decorrentes de uma visão estereotipada do que é uma família desestruturada; o estigma e a rotulação da criança diagnosticada; o processo de desenraizamento, aspectos que materializam a humilhação social na vida das famílias. Esses aspectos permearam as histórias narradas ao longo da tese.

Dentre tantas histórias distintas, um ponto compartilhado entre Isaías, Luzinete, Laércio, Larissa, Luísa, Gustavo, Cíntia, Michael, Adailton, Luana, Felipe, Tainá, Kelvin, Vinícius, Luís, Cláudio, Ryan, Iasmin, Cecília, Sueli e Igor é o pertencimento à classe trabalhadora e sentirem cotidianamente os impactos das contradições e desigualdades sociais nas suas vidas. A classe social parece ser um aspecto importante no processo de medicalização da educação, visto que ricos e pobres tem recursos e condições distintos para lidar com essa questão.

A medicalização parece ser um mecanismo de controle dos corpos e silenciamento das contradições sociais, em especial do povo pobre. Ao atribuir à criança a “culpa” por seu fracasso escolar, desresponsabiliza-se o Estado e as inconsistências do sistema de ensino da obrigação de educar. O consumo indiscriminado de remédios contribui para o apassivamento das massas. No entanto, tais “soluções” seguem produzindo sofrimento e desajustes.

Outra disparidade, que resulta em uma educação desigual entre meninas e meninos também interfere na forma como a medicalização é sentida pela criança, uma vez que os sintomas e as formas de se relacionar com as dificuldades são diferentes conforme o gênero. O TDAH é uma expressão disso, pois os meninos tendem a ser mais diagnosticados que as meninas, sendo que eles, em geral tem a prevalência dos sintomas de hiperatividade, enquanto elas, o de desatenção. Apesar disso, os defensores da existência do transtorno não compreendem os sintomas considerados patológicos como resultantes dos processos de socialização de garotas e garotos.

As falhas, maus comportamentos e fracassos são mais condenáveis quando fazem parte do repertório feminino. Desde cedo, elas são educadas para o cuidado, a meiguice, a compaixão.



Para que sejam notadas, a exigência é a excelência, caso contrário, tendem a ser invisibilizadas. Seus desconfortos ou inquietações costumam ser silenciados ou desqualificados. Talvez, por isso, Cíntia e Iasmin eram tão tímidas e pela mesma razão, a agressividade de Larissa seja considerada inadmissível ou as peraltices de Iasmin sejam taxadas como inconvenientes.

A medicalização traz consigo a marca do racismo, pois tende a patologizar as diversidades culturais e sociais, atribuindo a determinados grupos diagnósticos que penalizam as diferenças. Dessa maneira, a ciência pode legitimar preconceitos raciais ao justificar a discriminação e escamotear as desigualdades através de explicações que se autoproclamam “neutras”. Gustavo, ao que tudo indica, foi diagnosticado com base em exames que desconsideram sua origem social e sua condição de vida, bem como as marcas do racismo estrutural, que aprofundam, todos os dias, as injustiças históricas vividas pelos negros e negras no Brasil.

O contexto em que essas crianças e suas famílias é outro fator que implica diretamente na forma de organização dessa população. A violação de direitos se inicia pela omissão estatal em garantir direitos básicos, como moradia digna, educação e saúde de qualidade, segurança pública etc. Esse cenário somado à extrema desigualdade social propicia condições para o acirramento da violência urbana, expressos no extermínio da juventude negra, do qual o irmão de Cíntia foi mais uma das vítimas. A escola da periferia é permeada por esse contexto de violência e violações, que é impossível de ser ignorado, caso queira se construir uma educação efetiva.

Conforme afirmamos anteriormente, escrever não é uma correspondência direta do falar, não falamos como escrevemos e não escrevemos como falamos. Nesse sentido, no processo de alfabetização a “apreensão significativa da escrita” deve prevalecer sobre “o domínio mecânico das técnicas da escrita” como forma de interação e representação da realidade. As linguagens oral e escrita são determinadas culturalmente, sendo impossíveis de serem apreendidas fora desse contexto (COELHO, 2011).

Vigotski (2001) compreende que o processo de aquisição da escrita desenvolve no aprendiz uma alta capacidade de abstração, visto que atribuir códigos escritos aos sons da fala exige bastante elaboração mental. Desse modo, o desenvolvimento da escrita aprimora as funções mentais superiores, em especial, do pensamento e da linguagem.

Antônio Cândido (2011, p. 177) afirma que a leitura literária oferece a oportunidade de organização dos pensamentos. Segundo ele:

o caráter de coisa organizada da obra literária torna-se um fator que nos deixa mais capazes de ordenar a nossa própria mente e sentimentos; e, em consequência, mais capazes de organizar a visão que temos do mundo. (...) A organização da palavra comunica-se ao nosso espírito e o leva, primeiro, a se organizar; em seguida, a organizar o mundo.

Dessa feita, o crítico literário defende a literatura, como um direito humano essencial. De acordo com o autor, trata-se de um “bem incompressível”, que o ser humano não consegue viver sem, ou seja, “necessidades que não podem deixar de ser satisfeitas sob pena de desorganização pessoal, ou pelo menos de frustração mutiladora” (CÂNDIDO, 2011, p. 174). Nas suas palavras, a literatura está presente no nosso cotidiano diariamente:

durante a vigília a criação ficcional ou poética, que é a mola da literatura em todos os seus níveis e modalidades, está presente em cada um de nós, analfabeto ou erudito, como anedota, caso, história em quadrinhos, noticiário policial, canção popular, moda de viola, samba carnavalesco. Ela se manifesta desde o devaneio amoroso ou econômico no ônibus até a atenção fixada na novela de televisão ou na leitura seguida de um romance. (CÂNDIDO, 2011, p. 174-175)

Na defesa contundente do direito à literatura, Antônio Cândido (2011, p. 175) continua: “talvez não haja equilíbrio social sem a literatura”, uma vez que a literatura “confirma o homem na sua humanidade”. A literatura permite que vivenciemos os problemas de forma dialética, humanizando-nos porque nos faz viver e enriquece nossa percepção e visão de mundo.

No entanto, ele denuncia que tal direito só se efetiva em uma sociedade igualitária:

Em princípio, só numa sociedade igualitária os produtos literários poderão circular sem barreiras, e neste domínio a situação é particularmente dramática em países como o Brasil, onde a maioria da população é analfabeta, ou quase, e vive em condições que não permitem a margem de lazer indispensável à leitura. Por isso, numa sociedade estratificada deste tipo a fruição da literatura se estratifica de maneira abrupta e alienante. (CÂNDIDO, 2011, p. 186-187)

Nesse sentido, ele afirma:

O que há de grave numa sociedade como a brasileira é que ela mantém com a maior dureza a estratificação das possibilidades, tratando como se fossem compressíveis muitos bens materiais e espirituais que são incompressíveis. Em nossa sociedade há fruição segundo as classes na medida em que um homem do povo está praticamente privado da possibilidade de conhecer e aproveitar a leitura de Machado de Assis ou Mário de Andrade. (CÂNDIDO, 2011, p. 186)

A partir dessa perspectiva, identificamos a perversidade social de negar o direito do acesso à literatura, recusando a uma parcela considerável da população a possibilidade de se alfabetizar plenamente. Algumas das crianças que participaram dessa pesquisa, podem fazer parte desse grupo que não terá domínio da leitura e escrita. A maioria delas, provavelmente, tem sido excluída do direito à literatura, uma vez que quando questionadas, elas relatavam que tinham pouco acesso a livros.

Avalio que essa dificuldade parte da produção social do fracasso escolar, que assume novas facetas, atualizando-se através da prática medicalizante. Nos últimos anos, muitos estudantes estudam até o ensino médio e saem de lá sem domínio da leitura e da escrita (FREITAS, 2018). Além de não serem instrumentalizadas para a fruição literária. A literatura, ainda mais a infantil, é uma realidade distante para grande parte dos brasileiros, que não tem acesso aos livros, tampouco desenvolve o hábito da leitura.

De acordo com Antônio Cândido, essa parcela da população, em geral, a classe trabalhadora, tem sua humanidade mutilada cotidianamente, em decorrência da desigualdade material e imaterial que é sujeita. Arrisco afirmar que as crianças que participavam da Oficina fazem parte dessa parcela da população, por sofrerem as consequências de uma sociedade injusta e desigual.

Durante o período que acompanhei a Oficina, lemos livros simples, histórias mais complexas, curtas ou longas – em geral, tentávamos concluir a leitura no mesmo dia, mas em algumas ocasiões, tivemos que terminar no encontro seguinte. Contamos histórias escritas e desenhadas, fábulas, poesia, músicas, trava-línguas e até livros faltando páginas. Desvelamos o mundo do faz de conta, da fantasia, em narrativas fantásticas ou mais realistas, tentando exercitar com as crianças o direito à literatura, entendido como recurso de humanização.

Negar o direito de uma pessoa a se alfabetizar e usufruir da literatura é uma mutilação no processo de formação humana. Mais uma vez, destacamos que as crianças que não têm esse direito garantido, mesmo frequentando a escola, são da classe trabalhadora.

Tanto os serviços de saúde e de educação, muitas vezes, são reprodutores de preconceitos, ao partir de conceitos idealizados sobre a população que atendem, discriminando que foge a esse padrão. O ideal de família, de criança, de menino ou menina leva a taxar o desviante e reforçar um padrão único e inatingível. Limitar a compreensão da vida a explicações que se reduzem a aspectos orgânicos e desconsideram a diversidade social é uma maneira de naturalizar as desigualdades, individualizando suas explicações sobre o fracasso escolar e problemas de aprendizagem.

Destacamos os impactos que o diagnóstico no sentido de determinar e limitar possibilidades de construção de futuros para crianças, como Gustavo e Igor, que passam a ter um CID como elemento identitário. O caso de Igor aponta sobre a gravidade da prescrição indiscriminada de drogas, que não promovem a aprendizagem, mas atuam como forma de apassivamento e controle dos corpos. O sofrimento e a culpa presentes na fala de Sueli demonstram que os remédios não resolvem o problema e a criança pode seguir deslocada e não alfabetizada mesmo frequentando a escola.

A perversidade do processo de medicalização da educação consiste em individualizar a causa da inadequação de comportamento e do fracasso escolar na criança, o que limite as possibilidades de intervenção. Por outro lado, as formas de enfrentamento ao processo de medicalização da vida não são simples, visto que as causas das desigualdades sociais, do exercício do controle sobre as classes populares não são superadas ou resolvidas de forma desarticulada. Portanto, a construção de alternativas à medicalização depende de uma disputa de hegemonia sobre as concepções de saúde e de educação, além do fortalecimento de vínculos comunitários, de forma a quebrar a perspectiva individualizante, que tem orientado as relações sociais nas grandes cidades.

O homem não nasce, portanto, dotado das aptidões e habilidades históricas da humanidade, pois elas foram conquistadas e criadas. O homem nasce candidato a essa humanidade, humanidade esta que está no mundo material, cristalizada nos objetos, nas palavras e nos fenômenos da vida humana. (...) As características humanas e o mundo psicológico (...) surgem agora como aquisições da humanidade e precisam ser resgatadas do mundo material para que o mundo psicológico se desenvolva, se humanize. (BOCK, 2004, p. 31)

Nesse sentido, destacamos que existem aspectos subjetivos fundamentais no processo de aprendizagem. A realidade em que a criança está inserida e ter sensibilidade para conhecê-la foi muito relevante na história de Cíntia e Michael. Considerar que as crianças aprendem de

formas distintas o ritmo de aprendizado e as diferenças favoreceu que Cíntia, Luísa, Gustavo, Adailton, Iasmin e Ryan se interessassem e tivesse um desempenho maior com relação à leitura.

O afeto, expresso no elogio à Michael ou em ouvir e enxergar Luísa, mostra-se como uma dimensão determinante no processo de aprendizagem. A tentativa de desvendar o fracasso escolar e a medicalização da educação pareceu contribuir para que Cláudio, Cecília e Sueli compreendessem seus filhos de outra forma, de modo a acolher as diferenças e identificar as potencialidades.

Em suma, o acompanhamento da Oficina de Estímulo à Leitura e a realização do Grupo Focal, baseados no diálogo e acolhimento, bem como, no fortalecimento da autoestima e confiança nas potencialidades de aprendizagem, podem ser utilizados como formas de enfrentamento ao processo de medicalização. A condução coletiva permite identificar que as crianças e das famílias não estão sozinhas e esses problemas são partilhados, na tentativa de dissolver estigma e, a partir da singularidade de cada um, reconhecer a totalidade.

Por fim, defendemos que as histórias são essenciais, as contadas nos livros literários, conforme defende Antônio Cândido, por oferecer a possibilidade de organização e compreensão do mundo, e as histórias de vida dessas e de tantas outras famílias, silenciadas e invisibilizadas pelo curso do capital que atropela tantas necessidades humanas. O direito à literatura e de ter histórias faz parte do processo de humanização descrito por Bock (2004). Nesse sentido, a socialização dos bens culturais, produto histórico do trabalho humano, e das histórias construídas nesse sentido, potencializa a resistência dos setores subalternos da sociedade de classe.

Assim, as palavras de Thiago de Mello, poeta amazônico, talvez exprima o potencial transformador compartilhado nos grupos:

*Não, não tenho caminho novo.  
O que tenho de novo  
é o jeito de caminhar.  
Aprendi  
(o caminho me ensinou)  
a caminhar cantando  
como convém a mim  
e aos que vão comigo.  
Pois já não vou mais sozinho.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Máira Lopes; FREIRE, Joyce Gonçalves; PRÓCHNO, Caio César Souza Camargo. O sintoma da criança na história da Psicanálise e na contemporaneidade: contribuições para uma prática despatologizante. **Estilos clín.**, v. 21, n. 2, p. 302 -320, mai.-ago. 2016.
- ALTMANN, Helena. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero. **Cadernos Pagu**, (21), 2003: 0. 281-315, 2003.
- ALVES, João Batista; REBOUÇAS, Fernanda; LIMA, Mônica. Atendimento coletivo de crianças e cuidadoras/res na Saúde da Família: apoio matricial contra a medicalização. In: V Seminário Internacional A Educação Medicalizada: “Existirmos, a que será que se destina?”, 2018, Salvador. **Anais de resumos**, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et. al. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARELARO, Lisete Regina Gomes. Não só de Palavras se escreve a educação infantil. In: **O Mundo da Escrita no Universo da Pequena Infância**. Campinas: Autores Associados, 2005. p. 23-50.
- ARELARO, Lisete Regina Gomes; JACOMINI, Márcia Aparecida; KLEIN, Sylvie Bonifácio. O ensino fundamental de nove anos e o direito à educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.37, n.1, 220p. 35-51, jan./abr. 2011
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Carta aberta à Novartis Biociências**. 20 ago. 2018. Disponível em: <https://tdah.org.br/carta-aberta-a-novartis-biociencias/>. Acesso em: 15 set. 2018.
- BARBARINI, Tatiana de Andrade. **O controle da infância: caminho da medicação**. 01/09/2011. Mestrado acadêmico em Sociologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- BARDI, Giovanna; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Pedrinho, religiosidade e prostituição: os agenciamentos de um ser ambivalente. **Saúde Soc.**, 23 (1), p. 53-63, jan.-mar. 2014.
- BARROS, José Augusto Cabral de. A “medicalização” da diarreia: um estudo de caso no Recife, Pernambuco, Brazil. **Rev. Farm. Bioquim.**, 11 (1/2), p. 63-71, 1990.
- BASTOS, Helivalda Pedroza. **Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização**. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BAUTHENEY, Katia Cristina Silva Forli. **Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal da escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico**. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BECKER, Ana Laura Martins M. M.; SOUZA, Paulo Haddad de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi B. A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização. **Revista Paulista de Pediatria**, 32 (3), p. 247-251, 2014.

BELTRAME, Marina Maria; BOARINE, Maria Lúcia. Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33 (2), p. 336-349, 2013.

BENEDETTI, Ieda Maria Munhós; ANACHE, Alexandra Ayach. TDA/H – Análise documental sobre a produção do conceito. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 18, n. 3, p. 439-446, set.-dez. 2014.

BIANCHI, Eugenia. Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud**, 14 (1), p. 417-430, 2016.

BIANCHI, Eugenia; FARAONE, Silvia A. El Transtorno por Déficit de Atención e Hiperatividade (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 25 (1), p. 75-98, 2015.

BIANCHI, Eugenia; ORTEGA, Francisco; FARAONE, Silvia; GONÇALVES, Valéria Portugal; ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al transtorno por déficit de atención e hiperactividad em Argentina y Brasil (1998-2014). **Saúde Soc.**, 25 (2), p. 452-462, 2016.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia e desigualdade social. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. 5 (2): 255-262, dez. 2016.

\_\_\_\_\_. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cadernos do CEDES (UNICAMP)**, Campinas, v. 24, n.62, p. 26-43, 2004.

BOSI, Ecléa. **O Tempo Vivo da Memória: Ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

BRAGA, S. G. **Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial (Série B: textos básicos de saúde)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei Federal nº 11.247**. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm). Acesso em: 18 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 12.796**. Altera a Lei nº 9,394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12796.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12796.htm). Acesso em: 18 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 11.114**. Altera os arts. 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm). Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Comissão de Educação e Cultura. **Projeto de Lei 7.081/2010** (Projeto de Lei nº 3.040, de 2008; Projeto de Lei nº 4.933, de 2009; e Projeto de Lei nº 5.700, de 2009, apensados). Dispõe sobre o diagnóstico e tratamento da dislexia e do Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica. 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>. Acesso em: 26 fev. 2017.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, vol. 14, n. 35, p. 891-904, out.-dez. 2010.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(1), p. 208-221, 2013.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/ hiperatividade TDAH. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, 30 (1), 45-61.

CANDIDO, Antonio. O direito à literatura. In: \_\_\_\_\_. **Vários Escritos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul/ São Paulo: Duas Cidades, 2011.

CARDOSO SILVA, Jerto; SCHÄFER, Caroline; BONFIGLIO, Mariane Silveira. A medicalização da infância e o processo psicoterápico. **Barbarói**, n. 39, p. 70-86, jul.-dez. 2013.

CARMINATI, Mariana Carvalho. **A propaganda de medicamentos no Brasil**: subsídios teóricos, reflexões críticas e contribuições para o estudo do tema. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CARVALHO, Marília. Quem é negro, quem é branco: desempenho escolar e classificação racial de alunos. *Revista Brasileira de Educação*, **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2005, n.28, pp.77-95. ISSN 1413-2478. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782005000100007>.

CARVALHO, Marília Pinto de. Quem são os meninos que fracassam na escola? **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004, p. 11-40.

CARVALHO, Tales Renato Ferreira; BRANT, Luiz Carlos; MELO, Marilene Barros de. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, jul.-set. 2014.

CASTIEL, Luis Davis; PÓVOA, Eduardo Conte. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n. 11, p. 117-132, ago. 2002.

CHARLOT, Bernard. Prefácio. In: ABRAMOVAY, Miriam (Coord.). **Cotidiano das escolas**: entre violências. Brasília: UNESCO, Observatório de Violência, Ministério da Educação, 2005. 404 p.



CHECCHIA, Ana Karina A. **Contribuições da Psicologia Escolar para a formação de professores:** um estudo sobre a disciplina Psicologia da Educação nas Licenciaturas. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Cláudia Rodrigues de; BAPTISTA, Cláudio. Medicalização dos modos de ser de aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out.-dez.2015.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol (2017). Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 37(4), 883-896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>

COELHO, Sônia Maria. A Alfabetização na Perspectiva Histórico-Cultural. In: **Caderno de formação:** formação de professores didática dos conteúdos /Universidade Estadual Paulista. Pró-Reitoria de Graduação; Universidade Virtual do Estado de São Paulo. – São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. v. 2; 192 p. (Curso de Pedagogia).

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Transformação do espaço pedagógico em espaço clínico** (A Patologização da Educação). Série Idéias n. 23. São Paulo: FDE, 1994, 25-31. Disponível em: [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_23\\_p025-031\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf). Acesso em: 25 nov. 2014.

CONCERTA. Responsável técnico Marcos R. Pereira. São Paulo: Jassen- Cylag Farmacêutica LTDA., 2014. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.janssen-cilag.com.br/bulas/concerta%C2%AE>. Acesso em 01 jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – CRP; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR – GIQE (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

CORD, Denise; GESSER, Marivete; NUNES, Alana de Siqueira Branis; STORTI, Moisés Martins Tosta. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 35 (1), p. 40-53, 2015.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTINHO, Luciana Gageiro; CARNEIRO, Cristiana. Infância, Adolescência e Mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação. **Psic. Clín.**, vol. 28, n. 2, p. 109-130, 2016.

CRUZ, Maria Ângela Santa. A clínica grupal com adolescentes e jovens: uma clínica da afetabilidade. **Psicol. Rev.** 17 1/2), p. 59-76, 2008.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; OKAMOTO, Mary Yoko; FERRAZZA, Daniele de Andrade. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 20 (58), p. 703-714, 2016.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Castanho de. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – notas sobre clínica e política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33 (2), p. 446-459, 2013.

DELVAN, Josiane da Silva; PORTES, João Rodrigo Mariel; CUNHA, Maiara Pereira; LEGAL, Eduardo José. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**, 2010; 20 (2): 228-237.

DIAS, Elisa Oliveira. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. **Natureza Humana**, 2 (1): 9-48, 2000.

EDINGTON, Vera Lucia Tourinho. **A medicalização da infância**: uma leitura psicanalítica, 01/08/2012, 100 f., Mestrado em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FARAONE, Silvia; BARCALA, Alejandra; TORRICELLI, Flavia; BIANCHI, Eugenia; TAMBURRINO, Maria Cecilia. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. **Interface Comunicação Saúde Educação**, vol. 14, n. 34, p. 485-497, jul.-set. 2010.

FARIA, Ana Lúcia Goulart. Políticas de regulação, pesquisa e pedagogia na educação infantil, primeira etapa da educação básica. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 92, p. 1013-1038, Especial - Out. 2005

FARIAS, Antônio Carlos de; CORDEIRO, Maria Lúcia. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)**: Diagnóstico, Etiologia, Tratamento, Prognóstico e Mitos. S/d. Disponível em: [http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=124:tdah-diagnostico-etilogia-tratamento-prognostico-e-mitos&catid=60:tdah&Itemid=147](http://www.neuropediatria.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=124:tdah-diagnostico-etilogia-tratamento-prognostico-e-mitos&catid=60:tdah&Itemid=147). Consultado em 13 ago. 2014.

FAVORITO, Mario Orlando. **Mal-estar na escola**: tensões entre o singular e o coletivo. 01/07/2011. Doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FERRAZ, Regina Coeli Franco. A medicalização da infância e da mulher no século XVIII: o discurso da Encyclopédie sobre a infância e as mães. **Revista Feminina**, 1993.

FERREIRA, Rodrigo Ramires. A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada. **Psicol. Estud.**, 20 (4), p. 587-598, out.-dez. 2015.

FIGUEIRA, Paula Lampé; CALIMAN, Luciana Viera. Considerações sobre os Movimentos de Medicalização da Vida. **Psic. Clin.**, vol. 26, n. 2, p. 17-32, 2014.

FIGUEIRA, Paula Lampé. **"É tudo problema de cabeça"?** Sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar no CRAPNEE em Vila Velha-ES. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FONTANA, Rosiane da Silva; VASCONCELOS, Márcio Moacyr de; WERNER JUNIOR, Jairo; GOES, Fernanda Veiga de; LIBERAL, Edson Ferreira. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq Neuropsiquiatr**, 2007; 65 (1): 134-137.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**, 2010. Disponível em:

<http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>. Acesso em: 11 jan. 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Luiz Carlos de. **A reforma empresarial da educação: nova direita, velhas ideias**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

\_\_\_\_\_. Os reformadores empresariais da educação: da desmoralização do magistério à destruição do sistema público de educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 119, p. 379-404, abr.-jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Qualidade negociada: avaliação e contra-regulação na escola pública. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 92, p. 911-933, Especial - Out. 2005.

\_\_\_\_\_. A internalização da exclusão. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 301-327, out. 2002.

FREITAS, Maria Carolina de Andrade. **Nas encruzilhadas da língua: narrativas de meninos e movimentos de medicalização na educação**. 01/05/2012. Mestrado Acadêmico em Psicologia Institucional. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

FRIAS, Lincoln; JÚLIO-COSTA, Annelise. Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”. **Psicologia em Pesquisa**, 7(1) p. 3-12, jan.-jun. 2013a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Ciência Baseada em Evidência? Resposta aos comentários ao artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'”. **Psicologia em Pesquisa**, 7(2), p. 277-280, jul.-dez. 2013b.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação básica no Brasil: entre o direito social e subjetivo e o negócio**. Set. 2014. Disponível em: <http://educacaopublica.cederj.edu.br/revista/artigos/37724>. Acesso em 14 mai. 2015.

GARRIDO, Juliana. Questionando a medicalização de crianças com dificuldade de escolarização – o estado da arte da produção acadêmica sobre o tema nas áreas de educação, medicina e psicologia. In: REUNIÃO ANUAL ANPED, 32, 2009, Caxambu. **Anais 32ª Reunião Anual da ANPED**, Caxambu, 2009. Disponível em: <http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/posteres/GT20-5518—Int.pdf>. Acesso em 25 abr. 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, Fernanda Márcia de Azevedo; CINTRA, Ana Maria de Oliveira; RICAS, Janete; DALLA VECCHIA, Marcelo. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 244-258, 2015.

GOMES, Fernanda Marcia de Azevedo. **Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos**. 01/12/2012, 125 f. Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de São João del Rei, São João Del Rei.

GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; NJAINE, Kathie. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Clínica & Saúde Coletiva**, 4(11), p. 171-181, 1999.

GONÇALVES FILHO, José Moura. A memória da casa e a memória dos outros. In: **Travessia – revista do migrante**. Centro de Estudos Migratórios, Ano XI, n. 32, setembro-dezembro/1998a.

\_\_\_\_\_. Humilhação Social – Um problema político em Psicologia. **Revista Psicologia USP**, vol. 9, n. 2. São Paulo. 1998b.

\_\_\_\_\_. Problemas de método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, A. (org.) **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo: Cortez. 2003.

\_\_\_\_\_. A invisibilidade pública (prefácio). In: COSTA, F. B. da. **Homens invisíveis** – relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

\_\_\_\_\_. Humilhação Social: Humilhação Política. In: SOUZA, B. P. (org.) **Orientação à queixa escolar**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007.

GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

\_\_\_\_\_. **A questão meridional**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere**. Caderno 13: Maquiavel a política e o estado moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 6 v.

GUARIDO, Renata. A presença do discurso médico na educação. **Psicanálise, Educação e transmissão**, 6, 2006, São Paulo. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032006000100059&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032006000100059&script=sci_arttext). Acesso em 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **“O que não tem remédio, remediado está”**: Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, vol. 33, n. 1, p. 151-161, jan.-abr. 2007.

GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, vol. 25, n. 01, p. 239-263, abr. 2009.

HARAYAMA, Rui. Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário sobre o Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida’”. **Psicologia em Pesquisa**, 7(2), p. 261-265, jul.-dez. 2013.

HECKERT, Ana Lucia Coelho; ROCHA, Marisa Lopes da. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & Sociedade**, 24(n.spe.), p. 85-93, 2012.

HERKOVITS, Damián. Las fronteras de la medicalización: tensiones em torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil em un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol. 17, n. 9, jan.-set. 2012.

KAMERS, Michele, A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos Clin.**, v. 18, n.1, p. 153-165 jan.-abr. 2013.

KYRILLOS NETO, Fuad; SANTOS, Rodrigo Afonso Nogueira. TDA/H e o neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades. *Vínculo – Revista do NESME*, v. 10, n. 1, p. 38-44, 2013.

LACET, Cristine. **A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

LACET, Cristine; ROSA, Miriam Debiex. Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 26, n.2, 231-253, 2017.

LEHER, Roberto. Atualidade da política pública educacional e desafios da educação dos trabalhadores. In.: PALUDO, C. (Org.). **Campo e cidade: caminhos comuns**. Pelotas: UFPel, 2014.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; CRUZ, Franco Farias da; SOUZA, Giane Silva. Medicalização da produção da diferença e racismos em algumas práticas educativas pacificadoras. **Revista Profissão Docente**, Uberaba, v. 14, n.30, p. 7-20, Jan.-Jun, 2014a.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 18, n. 3, p. 485-492, set.-dez. 2014b.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; SANTOS, Cristiane de Souza; NOBRE, Diana da Silva; PAULO, Francidalva Costa. O UNICEF e a gestão das famílias: uma análise a partir das ferramentas legadas por Michel Foucault. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 745-760, 2013.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores; DAMASCENO, Robert. Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios da UNICEF. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 9 (2), jul.-dez. 2014.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 28, n. 1, p. 46-54, 2016.

LIMA, Ana Costa; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 21(4), p. 1315-1330, 2011.

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, classe e etnia: trajetória de vida de mulheres migrantes**. Florianópolis: Ed. da UFSC; Chapecó: Argos, 2003.

LOPES, Luiz Fernando. **Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2013.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2010.

MALFITANO, Ana Paula Serrata; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; LOPES, Roseli Esquerdo. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, vol.15, n.38, p.701-714, 2011.

MANACORDA, Mario Alighiero. **Marx e a pedagogia moderna**. Campinas: Alínea, 2007.

MARAFON, Giovanna; SCHEINVAR, Estela; NASCIMENTO, Maria Livia do. Conflitos enquadrados como *bullying*: categoria que aumenta tensões e impossibilita análises. **Psic. Clin.**, vol. 26, n. 2, p. 87-104, 2014.

MARQUES, Carlos Alberto; PEREIRA, Raquel Rinco; MOURA, Simone Moreira de. A educação especial na década de 1950: um estado da questão. **Temas desenvolv.** 8 (46), p. 5-14, set.-out., 1999.

MARTIN-BARÓ, Ignacio. O papel do Psicólogo. **Estud. Psicol.** Natal, 1997, vol. 2, n. 1, p. 7-27.

MARX, Karl. **Introdução à Crítica da Economia Política** (1859). Disponível em: [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/141057/mod\\_resource/content/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/141057/mod_resource/content/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf). Acesso em: 05 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Crítica à filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

\_\_\_\_\_. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, Lucy Duró. *Mind Map* como instrumento psicopedagógico de mediação para o desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores. **Rev. Psicopedagogia**, 27 (84), p. 395-404, 2010.

MATTOS, Marcelo Badaró. **E. P. Thompson e a tradição de crítica ativa do Materialismo Histórico**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2012.

MATTOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria Antônia; ROHDE, Luis Augusto; PINTO, Diana. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Rev. Psiquiatr. RS**, set/dez 2006; 28 (3): 290-297.

MEIRA, Marisa Eugênia Melilo. **A medicalização e a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural**. In: Encontro Nacional da ABRAPSO, XV, 2009, Maceió. Anais de Trabalhos completos – XV Encontro Nacional da ABRAPSO, Maceió, 2009. Disponível em:

[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/3.%20a%20medicaliza%C7%C3o%20e%20a%20produ%C7%C3o%20da%20exclus%C3o%20na%20educa%C7%C3o%20brasileira%20%C0%20luz%20da%20psicologia%20hist%D3rico-cultural.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/3.%20a%20medicaliza%C7%C3o%20e%20a%20produ%C7%C3o%20da%20exclus%C3o%20na%20educa%C7%C3o%20brasileira%20%C0%20luz%20da%20psicologia%20hist%D3rico-cultural.pdf). Acesso em 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 16, n. 1, jan.-jun. 2012, p. 135-142.

MELLO, S. L. Famílias das Classes Populares: Tradição e Mudança. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, São Paulo, IV(1), 1994, p. 27-33).

MENDONZA, Ana Maria Tejada. **Escolarização em diagnóstico: Crianças em concreto**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MÉSZAROS, István. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

MORAES, Rodrigo Bombonati de Souza. **"...Como se fosse lógico": considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade**

**normalizadora**, 01/06/2012, 401 f. Doutorado em Administração Pública e Governo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

MONTERO, Maritza. Origen y desarrollo de la psicología comunitária. In.: **Introducción a la psicología comunitária**. Buenos Aires: Paidós, 2007.

\_\_\_\_\_. **Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, n. 1, ano 1, dez. 2013.

MULLER, Laura. Linguística e psicopedagogia: contribuições para uma prática não medicalizante. **Construção Psicopedagógica**, v. 22, n. 23, p. 104-120, 2014.

NAKAMURA, Mariana Sathie; LIMA, Vanessa Aparecida Alves de; TADA, Iracema Neno Cecilio; JUNQUEIRA, Maria Hercília. Desvendando a queixa escolar: um estudo no Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 12, n. 2, jul. - dez. 2008, p. 423-429.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; LACAZ, Alessandra Speranza; ALVARENGA FILHO, José Rodrigues de. Entre efeitos e produções: ECA, abrigos e subjetividades. **Barbarói**, n. 33, ago.-dez, 2010.

NASSIFF, Ruth. Sujeito como sintoma (TDAH) na sociedade, escola, família e a psicopedagogia. **Constr. Psicopedag.**, vol. 24, n. 25, 2016.

NAZAR, Terezinha Regina Nogueira. Representações sociais de professores dos anos finais do ensino fundamental sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). 2011. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

NOVARTIS BIOCIEÊNCIAS. **Carta da Novartis Biociências em resposta à Carta aberta da ABDA**. s/d. Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/Carta-da-Novartis.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

PAIS, Sofia Castanheira; MENEZES, Isabel; NUNES, João Arriscado. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cad. Saúde Pública**, 32 (9), set. 2016.

PASSONE, Eric Ferdinando Kanai. Produção do fracasso escolar e o furor avaliativo: o sujeito resiste? **Estilos clín.**, v. 20, n.3, set.-dez. 2015.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Intermeios, 2015.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, Isabella da Silva Arantes; SILVA, Janaina Cassiano. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2011.

PIAGET, Jean. **A Formação do Símbolo na Criança**. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

PRIMO, Ednéia; FRESCHI, Solange Arlete; FERNANDES, Benedito Scaranci; MARQUES, Angela Menezes; KIMURA, Silvia Mayumi; YAMAMOTO, Teresa Setsuko. Uma experiência

com a questão do “aluno problema” em uma escola de primeiro grau da rede estadual de ensino. **Pediatria (São Paulo)**, 9 (1), p. 17-21, 1987.

RAMOS, Márcia Mara. **Educação, Trabalho e Infância: contradições, limites e possibilidades no Movimento dos Trabalhadores Sem Terra**. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

REY, Fernando Gonzáles. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

REZENDE, Janaína Ribeiro de. **Hiperatividade ou desatenção? Diagnósticos de uma educação que medicaliza os processos de aprendizagem**. Monografia (Especialização em Trabalho, Educação e Movimentos Sociais), Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz e Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2015.

RISPERIDONA. Responsável técnico Gabriela Mallmann. Guarulhos: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2014. Bula de remédio. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1826932015&pIdAnexo=2487109](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1826932015&pIdAnexo=2487109). Acesso em 15 fev. 2019.

RICHTER, Barbara Rocha. **Hiperatividade ou indisciplina? O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola**. 01/06/2012. Mestrado acadêmico em Educação em Ciências Química da Vida e Saúde (UFSM – FURG). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RITALINA. Responsável técnico Flávia Regina Pegorer. São Paulo: Novartis Biociências S.A., 2014. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/1518.pdf>. Acesso em 01 jun. 2015.

RODRIGUES, Arnaldo Oliveira. A medicação enquanto impasse na clínica com crianças. **Reverso**, ano 34, n. 64, p. 25-30, dez. 2012.

ROSA, Carlos Mendes; VERAS, Lana; VILHENA, Junia. Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização. **Estilos clín.**, vol. 20, n. 2, p. 226-245, mai.-ago. 2015.

ROSEMBERG, Fúlvia. Crianças pobres e famílias em risco: as armadilhas de um discurso. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, IV(1), 1994, p. 34-39.

ROTONDARO, Tatiana. Novos projetos de Cidadania Biológica: a (re)construção racial dos selves neuroquímicos. *Revista Sociedade e Estado*. Vol. 28, nº 1, Jan/Abr 2013, p. 163-168.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, jul.-set. 2014.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro**. 01/03/2011, 208 f. Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SÃO PAULO. Câmara Municipal dos Vereadores. **Projeto de Lei PL 0086/2006**. Dispõe sobre o Programa de Apoio ao Aluno Portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia. Disponível em:



<http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/projeto/PL0086-2006.pdf>. Acesso em 26 fev. 2017.

SCARIN, Ana Carla C. F. **Linha do Tempo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Disponível: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/index.html>. Acesso em 08 mai. 2016.

SERRALHA, Conceição Aparecida. Tendência antissocial e novos diagnósticos: a medicalização como alternativa às falhas do ambiente. **Winnicott e-prints**, vol.5, n.2, p. 69-86, 2010.

SERTRALINA. Responsável técnico: Rafaella C. A. Chimiti. Anápolis: Geolab Indústria Farmacêutica S.A., 2017. Bula de remédio. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4538922017&pIdAnexo=5440088](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4538922017&pIdAnexo=5440088). Acesso em 16 fev. 2019.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educ. Pesqui. - SP (online)**, 2016.

SIGNOR, Rita de Cássia Fernandes; SANTANA, Ana Paula de Oliveira. A outra face do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Distúrb. Comum.**, 27 (1), mar. 2015.

SILVA, Caroline Gonçalves Carneiro da; SERRALHA, Conceição Aparecida; LARANJO, Ana Cristina Silveira, Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 281-291, abr.-jun. 2013.

SILVA, Davi Cavalcante Roque da. Medicalização e controle na educação: o autismo como analisador das práticas inclusivas. **Psic. da Ed.**, 41, p. 109-117 jul.-dez. 2015.

SILVA FILHO, José Adelmo da; BEZERRA, Adriana de M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2018, vol.12, n.40, p.613-627. ISSN: 1981-1179.

SILVA, Maria Aparecida Moraes. **A Luta pela Terra: experiência e memória**. São Paulo: UNESP, 2004.

SILVA, Marianna da Gama. **O “TDAH” e os professores de escola particular: contribuições da Psicanálise**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

SILVA, Patricia Nogueira da. **Silenciamento de singularidades: o discurso sobre o aluno**. 01/02/2011. Mestrado Acadêmico Em Linguística Aplicada. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SILVA, Renata da. **A biologização das emoções e a medicalização da vida: contribuições da psicologia histórico-cultural para a compreensão da sociedade contemporânea**. 01/03/2011. Mestrado Acadêmico em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá.

SOUZA, Marilene Proença Rebelo de. **Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente - Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo**. 2008. Disponível em:

[http://31reuniao.anped.org.br/4sessao\\_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebello%20de%20souza%20-%20participante.pdf](http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20marilene%20proena%20rebello%20de%20souza%20-%20participante.pdf). Acesso em: 23 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE QUEIXA ESCOLAR (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. 1, p. 57-68.

SUZUKI, Mariana Akemi. **A medicalização dos problemas de comportamento e da aprendizagem: uma prática social de controle**. 01/03/2012. Mestrado Acadêmico em Psicologia. Universidade Estadual De Maringá, Maringá.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

TERRA-CANDIDO, B.M. **Não-aprender-na-escola: a busca pelo diagnóstico nos (des)encontros entre saúde e educação**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VIÉGAS, Lygia de Sousa; GOMES, Jason; OLIVEIRA, Ariane Rocha Felício de. Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida’”. **Psicologia em Pesquisa**, 7(2), p. 266-276, jul.-dez. 2013.

VIÉGAS, Lygia de Sousa; HARAYAMA, Rui Massato; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (9), p. 2683-2692, 2015.

VIGOTSKI, Lev. **Construção do Pensamento e da Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VILARINS, Natália Pereira Gonçalves. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (3), p. 891-898, 2014.

VULEJ, Mônica Regina N. S. **Desejo e Aprendizagem**. 01/12/2011 95 f. Profissionalizante em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Instituição de Ensino: Universidade Veiga De Almeida, Rio de Janeiro, 2011.

WALLON, Henri. **Origens do pensamento na criança**. São Paulo: Manole, 1989.

WEIDERPASS, Elisabete; BÉRIA, Jorge U.; BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G.; TOMASI, Elaine; HALPERN, Ricardo. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 32, n. 4, jun. 1998, p. 335-344.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, 17(1), p. 136-145, 2007.

## APÊNDICE A

**Quadro 1:** Relação das instituições que os autores dos artigos analisados citaram estar vinculados no período da publicação. O valor entre parênteses é referente ao número de instituições de cada região e estado.

Região	Estado	Nacional	
		Instituição	Caráter
Sudeste (20)	Minas Gerais (8)	Escola de Sapude Pública do Estado de Minas Gerais - ESPMG	Instituição de ensino e pesquisa em saúde
		Faculdade de Filosofia Ciências e Letras do Alto São Francisco - FASF	Faculdade particular
		Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL	Universidade pública
		Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG	Universidade pública
		Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ	Universidade pública
		Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM	Universidade pública
		Universidade Federal de Uberlândia –UFU	Universidade pública
		Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes	Universidade pública
	São Paulo (6)	Associação Brasileira de Psicopedagogia – SP	Organização da sociedade civil
		Universidade Estadual de Campinas – Unicamp	Universidade pública
		Universidade Federal de São Paulo – Unifesp	Universidade pública
		Universidade Federal de São Carlos – UFSCar	Universidade pública
		Universidade Estadual Paulista - Unesp	Universidade pública
		Universidade de São Paulo – USP	Universidade pública
	Rio de Janeiro (5)	Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz	Instituição de ensino e pesquisa em saúde
		Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ	Universidade particular
		Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ	Universidade pública
Universidade Federal Fluminense – UFF		Universidade pública	
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ		Universidade pública	
Espírito Santo (1)	Universidade Federal do Espírito Santo – UFES	Universidade pública	
Sul (7)	Rio Grande do Sul (3)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS	Universidade pública
		Universidade Federal de Pelotas - UFPel	Universidade pública
		Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC	Universidade particular
	Paraná (2)	Universidade Estadual de Maringá – UEM	Universidade pública
		Universidade Tuiuti do Paraná - UTP	Universidade particular
	Santa Catarina (2)	Universidade Regional de Blumenau – FURB	Universidade particular
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC		Universidade pública	
Centro-Oeste (4)	Distrito Federal (1)	Universidade de Brasília – UnB	Universidade pública
	Goiás (1)	Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara – ILES/ULBRA	Faculdade particular
	Mato Grosso (1)	Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT	Universidade pública
	Mato Grosso do Sul (1)	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS	Universidade pública
Norte (3)	Tocantins (1)	Universidade Federal de Tocantins – UFT	Universidade pública
	Pará (1)	Universidade Federal do Pará – UFPA	Universidade pública
	Rondônia (1)	Universidade Federal de Rondônia – UNIR	Universidade pública
Nordeste	Bahia (1)	Universidade Federal da Bahia – UFBA	Universidade pública

<b>(2)</b>	Piauí (1)	Universidade Federal do Piauí – UFPI	Universidade pública
	<b>Entidade Nacional (1)</b>	Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade	Organização da sociedade civil
		<b>Internacional</b>	
	<b>País</b>	<b>Instituição</b>	<b>Caráter</b>
	<b>Argentina (3)</b>	Universidad de Buenos Aires	Universidade pública
		Fundação Prosama	Instituição de pesquisa
		Instituto de Investigaciones Gino Germani	Instituição de pesquisa
	<b>Portugal (1)</b>	Universidade de Coimbra	Universidade pública

## APÊNDICE B

**Quadro 2:** Categorias de análise e informações dos artigos estudados, tendo em vista ano de publicação, autores, revista, título do texto, orientação teórica, metodologia e seleção de trecho do resumo.

Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições foucaultianas						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2007	GUARIDO, Renata (USP)	Educação e Pesquisa – SP vol. 33, n. 1, p. 151-161, jan.-abr. 2007	A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação	Michel Foucault	Teórica/ Analisa criticamente as mudanças observadas no tratamento do sofrimento psíquico, apontando as contribuições DSM, desenvolvimento da neurociência e o grande desenvolvimento dos psicofármacos	<i>Revê a evolução do tratamento da criança, marcando a interação da pedagogia e da medicina na constituição da psiquiatria infantil. Além disso, busca evidenciar os efeitos dessa verdade sobre os sujeitos, identificando a forma como o discurso técnico (especialmente influenciado pelo discurso médico-psicológico) tem tido lugar no mundo contemporâneo e como este tem influenciado a Educação. (...) Argumenta que a psicologização da escola pode ceder lugar hoje à psiquiatrização do discurso escolar.</i>
2013	DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Castanho de (UFRJ)	Psicologia: Ciência e Profissão, 33 (2), p. 446-459, 2013	A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – notas sobre clínica e política	Biopolítica	Teórica/ reflexão acerca do não aprender, analisando de que forma isso é tomado como um problema, sendo a infância, ela mesma, forjada e apreendida sob o escopo da Medicina	<i>a Psicologia (...) incide nessa seara corroborando os processos de medicalização da vida. Propomos uma outra prática, imersa na problemática gênese biopolítica: uma clínica-política, na qual a Psicologia possa reapropriar-se das constituintes cognitivas e coletivas que compõem essa temática.</i>
2014	LEMONS, Flávia Cristina Silveira (UFPA)	Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – SP vol. 18, n. 3, p. 485-492, set.-dez. 2014	A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança	Michel Foucault e Robert Castel	Estudo teórico de cunho documental e histórico	<i>debate a medicalização intensiva da existência verificada na atualidade, sobretudo quando esta ocorre pelo silenciamento da resistência, seja pelas disciplinas, seja pelas biopolíticas seja ainda pelas estratégias de segurança. Estas são cada vez mais refinadas, sendo utilizadas de modo tático, em um conjunto de instituições que são administradas por especialistas peritos em diagnosticar os desvios sociais e as divergências pelas racionalidades biomédicas, psicologizantes e patologizantes da educação inventiva e da dissidência política.</i>
2015	CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Cláudia Rodrigues de;	Educação & Realidade – RS	Medicalização dos modos de ser de aprender	Foucault	Teórica	<i>A análise, ao problematizar as práticas escolares e os discursos patologizantes,</i>

	BAPTISTA, Claudio Roberto (UFRGS)	v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out.-dez.2015				<i>investe na compreensão da condição humana considerada em permanente transformação.</i>
2015	FERREIRA, Rodrigo Ramires (JEM)	Psicol. Estud. 20 (4), p. 587-598, out.-dez. 2015	A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada	Michel Foucault, Ivan Illich, Peter Conrad, Ian Hacking	revisão bibliográfica/ compreender os processos de medicalização na sociedade, pautados principalmente nas relações de poder-saber	<i>os processos medicalizantes delimitam o indivíduo, normatizam-no, minando sua possibilidade de posicionar-se histórica e politicamente</i>
Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições psicanalíticas						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2010	SERRALHA, Conceição Aparecida (UFTM)	Winnicott e-prints vol.5, n.2, p. 69-86	Tendência antissocial e novos diagnósticos: a medicalização como alternativa às falhas do ambiente	Winnicott	Teórica/ Crítica à medicalização	<i>Ao se referir à tendência antissocial de um indivíduo, não como um diagnóstico, (...) Winnicott reconhece, na origem dessa tendência, certo grau de privação que poderia ser tratada por cuidados oferecidos pelo ambiente. Destaca ainda o “valor de incômodo” dos sintomas como um indicativo dessa tendência, que tem em si a esperança de que enfim a necessidade desse indivíduo possa ser compreendida e atendida.</i>
2012	RODRIGUES, Arnaldo Oliveira	Reverso – MG ano 34, n. 64, p. 25-30, dez. 2012	A medicação enquanto impasse na clínica com crianças	Psicanálise	teórica	<i>considerações sobre a medicação enquanto impasse na clínica com crianças, situando a medicalização da vida e a mercantilização da saúde como os principais fatores.</i>
2015	PASSONE, Eric Ferdinando Kanai (USP)	Estilos clín. - SP v. 20, n.3, set.-dez. 2015	Produção do fracasso escolar e o furor avaliativo: o sujeito resiste?	Produção do fracasso escolar/ Psicanálise	Reflexão teórica	<i>Pensar o fracasso escolar como acontecimento do sujeito subverte o discurso do fracasso produzido (...) [pela] avaliação “standard” na gestão do ensino. Nessa perspectiva, interrogam-se o furor avaliativo e os discursos acerca da eficácia e qualidade dos sistemas educacionais enquanto dispositivos de domesticação social dos mais novos que acabam por aumentar a psicologização e a medicalização no cotidiano escolar.</i>
2015	ROSA, Carlos Mendes (UFT); VERAS, Lana (UFPI); VILHENA, Junia (PUC-Rio)	Estilos clín. - SP vol. 20, n. 2, p. 226-245, mai.-ago. 2015	Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização	Psicanálise	Teórica/ Processos de judicialização, medicalização e mercantilização dos primeiros estágios da vida	<i>as maneiras com as quais os grupos sociais lidam com suas diferentes crianças exercerão influências no projeto de futuro de cada sociedade. (...) confirma-se a relevância de pensar sobre o tema “sofrimento psíquico na infância e seus desdobramentos”.</i>

2016	ALMEIDA, Maíra Lopes; FREIRE, Joyce Gonçalves; PRÓCHNO, Caio César Souza Camargo (UFU)	Estilos clín. - SP, v. 21, n. 2, p. 302 -320, mai.-ago. 2016	O sintoma da criança na história da Psicanálise e na contemporaneidade: contribuições para uma prática despatologizante	Psicanálise	Revisão da história do sintoma (abordagem psicanalítica) e noção de desordem (paradigma da medicalização)	<i>as contribuições da psicanálise para essa compreensão hodierna que implica amordaçamento e exílio do sujeito de seu próprio adoecimento.</i>
Reflexões teóricas sobre medicalização: contribuições da Psicologia Sócio-histórica						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2007	ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale (UFBA)	Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum., 17(1) p. 136-145	O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar	Produção do fracasso escolar	Análise histórica da relação medicina e educação no séc. XIX, teorias higienistas	<i>as origens históricas da patologização dos problemas de escolarização das crianças das classes populares estão na defesa da importância da medicina para a escola, importância da presença médica nesta instituição e na concepção preconceituosa de povo brasileiro (...) Trata-se da constituição de um discurso médico sobre a educação que vai ser aprofundado e concretizado em teorias e ações ao longo do século XX.</i>
2012	MEIRA, Marisa Eugênia Melillo	Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – SP vol. 16, n. 1, jan.-jun. 2012, p. 135-142	Para uma crítica da medicalização na educação	Psicologia Histórico-Cultural	teórica	<i>a compreensão da medicalização como um desdobramento inevitável do processo de patologização dos problemas educacionais exige um trabalho intelectual crítico e o desenvolvimento de novos posicionamentos de psicólogos, educadores e profissionais da saúde em relação à sociedade, à educação e ao desenvolvimento humano.</i>
Reflexões teóricas sobre medicalização: aspectos históricos e gerais						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2009	GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo (USP)	Educação em Revista – MG vol. 25, n. 01, p. 239-263, abr. 2009	O que não tem remédio, remediado está?	Não identificada	Teórica	<i>se a bioquímica responde ao porquê o menino aprende ou não aprende, e o remédio se torna um instrumento imprescindível na aprendizagem da criança, o professor “não tem mais nada a ver com isto”, no duplo sentido que a expressão indica: o de desresponsabilização e o de impotência.</i>
2011	LIMA, Ana Costa; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de (UFSC)	Physis Revista de Saúde Coletiva – RJ 21(4), p. 1315-1330, 2011	A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento	Não identificada	Análise do vídeo institucional do projeto do Instituto nacional de Ciência e tecnologia de Psiquiatria do desenvolvimento para a Infância e adolescência	<i>estamos diante de um superdimensionamento do poder de solução dos fatos da vida, por uma medicina psiquiátrica e sua verdade científica, que lança mão de diagnósticos de doenças não manifestadas, baseados em comportamentos, a serem contidos por psicofármacos e orientação de condutas. É um projeto em fase</i>

						<i>de implantação, que conta com amplo financiamento, público e privado, e credibilidade institucional para sua implantação. É uma medicalização do social e do psíquico, que serve mais à indústria da doença do que à saúde da população.</i>
2012	HECKERT, Ana Lucia Coelho (UFES); ROCHA, Marisa Lopes da (UERJ)	Psicologia & Sociedade 24(n.spe.), p. 85-93, 2012	A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida	Não identificada	teórica	<i>a medicalização do aprender e a judicialização das questões escolares têm se constituído como um dispositivo biopolítico de controle dos modos de existência (...) as mudanças no processo educacional requerem interferências no modo de funcionamento das políticas e no regime de enunciação do que tem sido configurado como problema e desafio a ser enfrentado pela escola pública</i>
2013	BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de (UFSC)	Psicologia: Ciência e Profissão, 33(1), p. 208-221, 2013	Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: aspectos positivos e negativos	Não identificada	Teórica/ refletir sobre (...) as dificuldades de aprendizagem (...) apresentamos como se dá a relação entre medicalização e infância (...) discutimos alguns aspectos considerados positivos e negativos da medicalização	<i>consideramos que enquadrar uma criança em um diagnóstico psiquiátrico apresenta sérias consequências indesejáveis, e acaba sendo mais útil para a sociedade e para o entorno da criança do que para a própria criança</i>
2013	KAMERS, Michele (FURB - SC)	Estilos Clin. - SP v. 18, n.1, p. 153-165 jan.-abr. 2013	A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança	Não identificada	Teórica/ história da psiquiatria infantil e da clínica médica com crianças/	<i>o discurso médico psiquiátrico, através de seus dispositivos disciplinares, vem sendo convocado a responder sobre o mal-estar que a infância introduz no projeto social na atualidade.</i>
2013	MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima (Unicamp)	Desidades n. 1, ano 1, dez. 2013	Controle e medicalização da infância	Não identificada	teórica	Sem resumo
2014	FIGUEIRA, Paula Lampé; CALIMAN, Luciana Viera (UFES)	Psic. Clin. - RJ vol. 26, n. 2, p. 17-32	Considerações sobre os Movimentos de Medicalização da Vida	Não identificada	Análise histórica da relação entre diagnósticos psiquiátricos e escolarização	<i>a combinação entre as ciências biomédicas e a educação marcou e tem marcado as práticas de intervenção sobre os problemas enfrentados pelas crianças ao ingressarem na escola.</i>
2015	VIÉGAS, Lygia de Sousa (UFBA); HARAYAMA, Rui Massato (Fórum sobre Medicalização da	Ciência & Saúde Coletiva 20 (9), p. 2683-2692, 2015	Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia	Não identificada	Teórica	<i>importância do rigor ético nas pesquisas em ciências sociais e humanas, focalizando não apenas a construção do projeto e os procedimentos metodológicos de coleta de dados, mas também as interpretações da</i>



	Educação e da Sociedade); SOUZA, Marilene Proença Rebello de (USP)					pesquisa e as publicações de relatórios e artigos científicos delas resultantes.
2016	BIANCHI, Eugenia (Universidad de Buenos Aires)	Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud, 14 (1), p. 417-430	Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad?	Não identificada	Métodos analíticos e interpretativos sobre bibliografia específica	las reformulaciones acaecidas en el manual de clasificación psiquiátrica DSM-5 en el TDAH y TEA, pueden entenderse a la luz de las características más amplias de los procesos de medicalización y biomedicalización que recaen con énfasis en las infancias.
Reflexões teóricas: críticas à Campanha “Não à Medicalização da Vida” e respostas às críticas						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2013a	FRIAS, Lincoln (UFAIfenas); JÚLIO - COSTA, Annelise (UFMG)	Psicologia em Pesquisa – MG 7(1) p. 3-12 jan.-jun. 2013	Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”	Não identificada	Teórica/ crítica aos argumentos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'	A análise desses [da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'] argumentos conclui que todos eles são falhos e que a campanha mistura uma preocupação terapêutica legítima em relação à medicação excessiva e mal-informada (uso não-racional) com suposições incompatíveis com a ciência
2013	HARAYAMA, Rui (UFMG)	Psicologia em Pesquisa – MG 7(2), p. 261-265 jul.-dez. 2013	Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário sobre o Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida”	Não identificada	Teórica/ Antropologia resposta à crítica à Campanha “Não à Medicalização da Educação e da Sociedade”	Sem resumo
2013	VIÉGAS, Lygia de Sousa (UFBA); GOMES, Jason (Unifesp); OLIVEIRA, Ariane Rocha Felício de (Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade)	Psicologia em Pesquisa – MG 7(2), p. 266-276 jul.-dez. 2013	Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida”	Não identificada	Teórica/ Crítica ao artigo que aponta “equivocos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'	Sem resumo
2013b	FRIAS, Lincoln (UFAIfenas); JÚLIO - COSTA, Annelise (UFMG)	Psicologia em Pesquisa – MG 7(2), p. 277-280 jul.-dez. 2013	Ciência Baseada em Evidência? Resposta aos comentários ao artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida”	Não identificada	Teórica/ Resposta aos comentários ao artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'	Sem resumo

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2010	BRZOZOWSKI, Fabíola ; BRZOZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra (UFSC)	Interface Comunicação Saúde Educação vol. 14, n. 35, p. 891-904, out.-dez. 2010	Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil	Não identificada	Teórica/ refletir sobre as dificuldades de aprendizagem apresentar a relação entre medicalização e infância, discutir alguns aspectos considerados positivos e negativos da medicalização	<i>enquadrar uma criança em um diagnóstico psiquiátrico apresenta sérias consequências indesejáveis, e acaba sendo mais útil para a sociedade e para o entorno da criança do que para a própria criança</i>
2011	PEREIRA, Isabella da Silva Arantes (ILES/ULBRA); SILVA, Janaina Cassiano (UFSCar)	Psicologia em Revista – MG v. 17, n. 1, p. 117-134 abr. 2011	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso	Psicologia Histórico-cultural	Estudo de caso de criança de 6 anos diagnosticada com TDAH	<i>a atenção não deve ser concebida como uma capacidade meramente inata e cerebral, mas como fruto da relação dialética entre um organismo biológico e seu meio histórico-cultural. No tocante à escola, percebemos que esta, ao biologizar comportamentos indesejáveis do aluno, tem contribuído sobremaneira para a perpetuação de ideologias do sistema dominante, geradoras de preconceitos, exclusão e ideias reducionistas do ser humano.</i>
2013	KYRILLOS NETO, Fuad; SANTOS, Rodrigo Afonso Nogueira (UFSJ)	Vínculo – Revista do NESME v. 10, n. 1, p. 38-44	TDAH e o neurocentrismo: reflexões acerca dos sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades	Psicanálise	Análise histórica do surgimento e alterações da classificação de TDAH no DSM	<i>o corpo se constitui no refúgio da razão diagnóstica sustentada pelo DSM e apresenta-se a proposta de uma clínica que valorize a escuta do sintoma da criança como forma de produção que é singular, em alternativa à medicalização das manifestações desatentas e hiperativas na infância.</i>
2014	CARVALHO, Tales Renato Ferreira (FASF); BRANT, Luiz Carlos (UFMG); MELO, Marilene Barros de (ESPMG)	Educ. Soc. - SP v. 35, n. 127, p. 587-604, abr.-jun. 2014	Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato	Não identificada	ensaio teórico sobre estudos abordando as condições de produção do diagnóstico do TDAH e a eleição do metilfenidato como principal terapêutica	<i>o não cumprimento das exigências de bom desempenho na escola e no trabalho tem contribuído para a configuração do diagnóstico de TDAH. (...) ocorre a busca pelo fármaco como estratégia para melhorar o desempenho cognitivo.</i>
2014	BENEDETTI, Ieda Maria Munhós; ANACHE, Alexandra Ayach (UFMS)	Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional – SP vol. 18, n. 3, p. 439-446, set.-dez. 2014	TDAH – Análise documental sobre a produção do conceito	Não identificada	Revisão bibliográfica sobre construção do conceito de TDAH/H publicada entre os anos de 2003 a 2013, nas principais revistas científicas do ramo	<i>a conceituação hegemônica sobre o transtorno e as vertentes críticas desse posicionamento teórico. Conclui que não há consenso nas pesquisas apresentadas e que as nuances desta temática estão estreitamente ligadas ao processo de construção do conceito, ou seja, a metodologia e as bases epistemológicas utilizadas pelos pesquisadores que estudam o</i>

						<i>transtorno influenciam e definem posições, opções de terapêuticas, condutas éticas e até mesmo a convicção da existência desse transtorno.</i>
2015	BIANCHI, Eugenia; FARAONE, Sílvia A. ( Instituto de Investigaciones Gino Germani. Argentina)	Physis Revista de Saúde Coletiva – RJ 25 (1), p. 75-98	El Transtorno por Déficit de Atención e Hiperatividade (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica	Não identificada	métodos analítico e interpretativos para triangulação dos dados: revisão bibliográfica; análise de artigos; dados numéricos oficiais e de organizações profissionais; análise de 65 entrevistas com profissionais de saúde	<i>Se concluye un crecimiento del diagnóstico de TDA/H en niños en las dos últimas décadas, y la expansión del marketing farmacéutico a actores no médicos.</i>
2015	SIGNOR, Rita de Cássia Fernandes; SANTANA, Ana Paula de Oliveira (UFSC)	Distúrb. Comum. 27 (1), mar. 2015	A outra face do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	Organicista / socio-história	Teórica	<i>discussão em torno da visão organicista e sócio-históricosobre o TDAH e suas implicações para os processos de apropriação da linguagem escrita por escolares</i>
2016	BIANCHI, Eugenia (Universidad de Buenos Aires); ORTEGA, Francisco (UERJ); FARAONE, Sílvia (Universidad de Buenos Aires); GONÇALVES, Valéria Portugal (UERJ); ZORZANELLI, Rafaela Teixeira (UERJ)	Saúde Soc. - SP 25 (2), p. 452-462	Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al transtorno por déficit de atención e hiperactividad em Argentina y Brasil (1998-2014)	Não identificado	entrevista semiestruturada individual e grupal com professores e profissionais de saúde, estatísticas oficiais e de organizações profissionais, revisão bibliográfica/ descrever e analisar os modos que a indústria farmacéutica transnacional penetra nos diversos espaços sociaispara consolidar os processos medicalizadores na Argentina e Brasil	<i>los fenómenos documentados en Argentina y Brasil ponen de relieve la importancia de efectuar investigaciones que contemplen aspectos singulares de los casos empíricos, y sus múltiples vinculaciones con entramados más amplios y en tensión de saberes, dispositivos, normativas y actores involucrados en la medicalización en el siglo XXI.</i>
2016	CRUZ, Murilo Galvão Amancio (UERJ); OKAMOTO, Mary Yoko (Unesp); FERRAZZA, Daniele de Andrade (UEM)	Interface Comunicação Saúde Educação 20 (58), p. 703-714	O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores	Não identificada	relato de pais e professores de uma escola pública do interior de São Paulo sobre alunos, com idade entre sete e 11 anos, diagnosticados com TDAH e relacioná-lo com as discussões sobre medicalização	<i>Considera-se que as crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem ou comportamento são categorizadas como um corpo biológico a-histórico desprovido de vida social e afetiva.</i>
2016	NASSIFF, Ruth (Associação Brasileira de Psicopedagogia - SP)	Constr. Psicopedag. - SP vol. 24, n. 25, 2016	Sujeito como sintoma (TDAH) na sociedade, escola, família e a psicopedagogia	Não identificada	Abordagem da psicopedagogia: TDA como sintoma social	<i>[tratar] o Transtorno do Déficit de Atenção (TDA) (...) não apenas de manifestações disfuncionais em crianças e adolescentes, (...) mas, também, como sintoma social que aponta para dissintonias entre desenvolvimento das características subjetivas contemporâneas e as</i>

						instituições que interagem na sociabilidade dos sujeitos.
2016	SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes (UFSC); BERBERIAN, Ana Paula (UTP); SANTANA, Ana Paula (UFSC)	Educ. Pesqui. - SP (online)	A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz	Psicologia sócio-histórica (Bakhtin, Vygotsky)	Análise de caso de criança de 10 anos com diagnóstico de TDAH, pesquisa de campo, qualitativa, do tipo transversal, através de entrevistas com professores, com a mãe e com a criança, observação em sala de aula, avaliação fonoaudiológica e pesquisa documental	Os resultados apontam que, quando se investiga em profundidade a qualidade das interações sociais em que a criança esteve/está inserida, é possível que se compreendam as bases socioeducacionais que constituem o suposto transtorno.
Discursos profissionais de saúde, educação e familiares a respeito da medicalização de crianças e adolescentes						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2010	FARAONE, Silvia; BARCALA, Alejandra; TORRICELLI, Flavia; BIANCHI, Eugenia; TAMBURRINO, Maria Cecilia (Universidad de Buenos Aires)	Interface Comunicação Saúde Educação vol. 14, n. 34, p. 485-497, jul.-set. 2010	Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina	Não identificada	Estudo qualitativo com equipe interdisciplinar, em quatro regiões argentinas, para verificar os discursos médicos sobre o diagnóstico em TDAH e o marketing da indústria farmacêutica	A través de la construcción de diagnóstico TDAH es posible observar como determinadas conductas y/o situaciones que antes no eran medicadas hoy forman parte del tratamiento médico, cuyo principal énfasis se encuentra en la prescripción de fármacos como terapéutica
2012	HERKOVITS, Damián (Fundación Prosama - Argentina)	Ciênc. Saúde coletiva – RJ vol. 17, n. 9, jan.-set. 2012	Las fronteras de la medicalización: tensiones em torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil em un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires	Não identificado	Estudo etnográfico do processo de medicalização da desnutrição infantil em um centro sanitário de Buenos Aires, para identificar a percepção sobre corpo e alimentação de profissionais de saúde e os destinatários de sua ação	percepción y los valores morales que animan las posiciones sociales de los profesionales del sector salud y los destinatarios de sus acciones imposibilitaron la institucionalización de la visión médica. Concluimos que el proceso analizado subraya la necesidad de exceder los enfoques que abordan la medicalización exclusivamente desde el ángulo de la imposición.
2013	SILVA, Caroline Gonçalves Carneiro da; SERRALHA, Conceição Aparecida; LARANJO, Ana Cristina Silveira (UFTM)	Psicologia em Estudo – PR v. 18, n. 2, p. 281-291, abr.-jun. 2013	Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil	Não identificada	pesquisa qualitativa revisão dos prontuários e as anotações da equipe e realizadas entrevistas com os cuidadores de cinco crianças de idade entre seis e oito anos com queixas relacionadas ao diagnóstico de TDAH	Observaram-se demandas que suplantavam a queixa inicial, relacionadas aos aspectos da história de vida da criança e dificuldades pessoais dos cuidadores. Houve influência dessas dificuldades, dos padrões sociais de tratamento e da medicalização nos resultados das intervenções
2015	CORD, Denise; GESSER, Marivete; NUNES, Alana de Siqueira Branis;	Psicologia: Ciência e Profissão, 35 (1), p. 40-53	As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das	Não identificada	entrevistas semiestruturadas com dez profissionais, cinco vinculados à Educação e cinco à Saúde, analisadas com base no	Os resultados indicaram que os entrevistados compreendem as dificuldades de aprendizagem como decorrentes principalmente da família pobre e/ou desestruturada e de problemas do

	STORTI, Moysés Martins Tosta (UFSC)		dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar		método de análise de conteúdo temática/ identificar as significações que os profissionais que atuam como articuladores no Programa Saúde na Escola têm acerca das dificuldades de aprendizagem geradoras do fracasso escolar	<i>aluno. As práticas pedagógicas e políticas educacionais também apareceram, com menor destaque, como corroboradoras desse fenômeno. Destarte, há uma compreensão do PSE como um programa que pode contribuir para a superação das dificuldades de aprendizagem por meio do diagnóstico e medicalização, evidenciando uma compreensão reducionista do processo.</i>
2015	GOMES, Fernanda Márcia de Azevedo; CINTRA, Ana Maria de Oliveira (UFSJ); RICAS Janete (UFMG); DALLA VECCHIA, Marcelo (UFSJ)	Saúde Soc. - SP v. 24, n. 1, p. 244-258	Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos	Não identificada	entrevistas com questionário sociodemográfico e um roteiro semidirigido para verificar sentidos e significados sobre saúde mental infantil dos médicos da atenção primária	<i>É fundamental a escuta qualificada das necessidades das famílias e das mães e/ou responsáveis pelas crianças que enfrentam problemas de saúde mental, bem como a concentração de esforços na construção de ações intersetoriais e na formação continuada em SMI [saúde mental infantil]</i>
2015	SILVA, Davi Cavalcante Roque da (UERJ)	Psic. da Ed. - SP 41, p. 109-117 jul.-dez. 2015	Medicalização e controle na educação: o autismo como analisador das práticas inclusivas	Deleuze; Foucault; Veiga-Neto	Estudo de caso (reuniões profissionais, relatórios de avaliação e encaminhamentos Relações entre a escola especial e profissionais de saúde que acompanhavam uma aluna diagnosticada com autismo	<i>a medicalização na educação, nas articulações intersetoriais com a saúde e educação especial, objetivando analisar as relações a partir dos (des)encontros entre trabalhadores da saúde e da educação</i>
2016	LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi (UEM)	Fractal, Rev. Psicol., v. 28, n. 1, p. 46-54, 2016	Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores	Não identificada	entrevista semiestruturada com dez professores de três escolas públicas sobre os efeitos do processo de medicalização de alunos que apresentam comportamentos que a equipe escolar considera inadequados	<i>o aluno "medicado" consegue se concentrar mais e fazer as atividades em sala produzindo satisfatoriamente; porém questionam as consequências do processo de medicalização para a infância, uma vez que as crianças se tornam apáticas e não se relacionam mais com os colegas da maneira como se relacionavam antes. Concluímos que essa prática social da medicalização dos problemas de comportamento de alunos nas instituições escolares se torna uma prática social de controle, uma vez que com essa prática se buscam objetivos materiais ideológicos.</i>
2016	PAIS, Sofia Castanheira; MENEZES, Isabel; NUNES, João Arriscado (Universidade de Coimbra)	Cad. Saúde Pública – RJ 32 (9), set. 2016	Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação	Não identificada	notas de campo e entrevistas realizadas com pais e profissionais de educação da Zona Norte de Portugal	<i>papel da escola no sucesso educativo e no desenvolvimento integral dos alunos sinalizados ou com indicação médica para ingestão de medicação a partir de diagnósticos "nebulosos".</i>

Serviços de Saúde Mental e o atendimento de crianças e adolescentes						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2008	NAKAMURA, Mariana Sathie; LIMA, Vanessa Aparecida Alves de; TADA, Iracema Neno Cecílio; JUNQUEIRA, Maria Hercília (UNIR)	Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional vol. 12 n. 2 jul. - dez. 2008 p. 423-429	Desvendando a queixa escolar: um estudo no Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia	Não identificada	Análise de 634 prontuários do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Rondônia UNIR, entre os anos de 1993 e 2006	<i>a queixa escolar sofre um processo de patologização, psicologização e medicalização, bem como recebe atendimento na clínica-escola onde não se consideram os diversos atores da produção do fracasso escolar, nomeando o aluno e seus familiares pelos problemas constitucionais e emocionais.</i>
2013	CARDOSO SILVA, Jerto; SCHÄFER, Caroline; BONFIGLIO, Mariane Silveira (UNISC)	Barbarói – SC n. 39, p. 70-86, jul.-dez. 2013	A medicalização da infância e o processo psicoterápico	Não identificada	pesquisa quantitativa, correlacional, análise de prontuários de pacientes com idade de até 12 anos por estagiários de Psicologia num Serviço de Saúde, durante 10 anos	<i>a queda do número de crianças que buscam o serviço ao longo dos anos e o aumento das que fazem uso de medicação. (...) o uso de medicação interferiu diretamente no tempo do tratamento e na evolução da psicoterapia, contribuindo para um prognóstico menos favorável a quem fazia uso, quando comparados aos que não a utilizavam.</i>
2013	BELTRAME, Marina Maria; BOARINE, Maria Lúcia (UEM)	Psicologia: Ciência e Profissão, 33 (2), p. 336-349, 2013	Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi	Não identificada	estudo exploratório entre 2008 e em 2009, para analisar a demanda escolar encaminhada, acolhida e atendida pelo CapSi de um município do Paraná. pesquisa de campo: levantamento estatístico dos prontuários, estudo de seis casos de crianças que envolviam queixas escolares e entrevistas realizadas com cinco funcionários	<i>o atendimento de um número expressivo de casos referentes a queixas escolares que, em geral, eram tratados via medicação. Tal panorama encontra respaldo na dinâmica de trabalho do dispositivo, que revelou dificuldades em desenvolver um trabalho intersetorial. as decisões pertinentes ao serviço desse CapSi são, em geral, capitaneadas pelo médico e destituídas de questionamentos por parte dos demais integrantes da equipe, evidenciando quão naturalizada e quão distante essa prática está dos princípios preconizados pela política Nacional de Saúde Mental.</i>
2014	BECKER, Ana Laura Martins M. M.; SOUZA, Paulo Haddad de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi B. (Unicamp)	Revista Paulista de Pediatria – SP 32 (3), p. 247-251	A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização (relato de caso)	Não identificado	caso clínico de uma criança que apresenta comportamento agressivo e fala recorrente do tema de morte, e relatar a experiência da equipe de autores na proposição de uma alternativa à medicalização por meio da formação de uma Rede de Proteção	<i>[Desenvolvimento de] Projeto Terapêutico Singular por alunos do curso de Medicina da (...) UNICAMP, com o objetivo de criar um vínculo entre as instituições responsáveis pelo cuidado da criança (...), o que possibilitou o desenvolvimento de uma rede de proteção para o cuidado na Atenção Básica. [o que] mostrou resultados muito positivos neste caso, configurando-se como uma alternativa acessível e eficaz à Medicalização da criança.</i>

2014	SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Fiocruz)	Saúde Debate – RJ v. 38, n. 102, p. 506-514, jul.-set. 2014	Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental	Não identificado	Análise dos prontuários de crianças atendidas pelo serviço durante em 2008, destacando demandas iniciais, presença de diagnóstico e práticas adotadas pelos envolvidos	<i>a medicalização se faz presente no dia a dia das crianças, observando-se, por exemplo, questões como mau comportamento sendo tratadas como doença.</i>
2016	COUTINHO, Luciana Gageiro (UFF); CARNEIRO, Cristiana (UFRJ)	Psic. Clín. - RJ vol. 28, n. 2, p. 109-130, 2016	Infância, Adolescência e Mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação	Psicanálise	Pesquisa-intervenção Estudo de caso de crianças e adolescentes encaminhados ao serviço de psiquiatria (IPUB/UFRJ) pela escola	<i>Sustentando-nos na perspectiva psicanalítica e entendendo que a educação e a subjetivação humanas se dão no campo da linguagem, podemos afirmar que, na transmissão, reedita-se o processo inaugural de nascimento do sujeito, do qual participa sempre um outro/educador. (...) que nos permite uma discussão acerca do diagnóstico de TDAH e da medicalização da vida escolar.</i>
<b>Medicalização, institucionalização e judicialização da infância e juventude</b>						
<b>Ano</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Revista/ Periódico</b>	<b>Título</b>	<b>Orientação teórica</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Trecho do resumo</b>
2010	NASCIMENTO, Maria Lívia do (UFF); LACAZ, Alessandra Speranza (UFES); ALVARENGA FILHO, José Rodrigues de (UFF)	Barbarói – SC n. 33 ago.-dez, 2010	Entre efeitos e produções: ECA, abrigos e subjetividades	Não identificada	entrevistas realizadas com profissionais dos antigos estabelecimentos de internação e atuais abrigos de proteção para infância e juventude	<i>as subjetividades produzidas e reproduzidas nos abrigos, a saber: 1) sombra dos internatos nos abrigos; 2) medicalização e psiquiatrização de crianças e adolescentes abrigados; 3) construção de autonomia</i>
2011	MALFITANO, Ana Paula Serrata (UFSCar); ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira (USP); LOPES, Roseli Esquerdo (UFSCar)	Interface Comunicação Saúde Educação – SP vol.15, n.38, p.701-714, 2011	Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais	Não identificada	pesquisa etnográfica da trajetória de uma jovem, por quatro anos, em serviços sociais de atenção à infância e à juventude e de saúde mental	<i>processos em que “doenças” e medicalização são geradas a partir de problemas sociais. (...) as políticas sociais devem intervir com jovens sob uma compreensão ampliada dos problemas sociais, (...) deve cuidar das situações de sofrimento sem que haja a homogeneização das necessidades, traduzindo-se numa iatrogenia e na medicalização do social.</i>
2014	VILARINS, Natália Pereira Gonçalves (Unb)	Ciência & Saúde Coletiva 19 (3), p. 891-898	Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação	Não identificada	pesquisa documental realizada em 35 prontuários de atendimento de adolescentes usuários de medicamentos psicotrópicos no ano de 2010; observação participante; e, entrevistas semidirigidas com profissionais das medidas socioeducativas e sistema de	<i>a punição judicial se ergue em detrimento dos cuidados em saúde. (...) o atendimento em saúde mental realizado na unidade socioeducativa ou na rede externa de saúde consistiu em sua medicalização.</i>

					Justiça da criança e do adolescente	
2014	BARDI, Giovanna (UFES); MALFITANO, Ana Paula Serrata (UFSCar)	Saúde Soc. 23 (1), p. 53-63, jan.-mar. 2014	Pedrinho, religiosidade e prostituição: os agenciamentos de um ser ambivalente	Não identificada	Pesquisa etnográfica, por dois anos, junto àqueles que nos diziam que precisavam ou já precisaram de algum auxílio devido ao uso de drogas/ identificar as redes sociais, formais e informais, de jovens que dizem que usam drogas ilícitas, na periferia urbana	<i>O caráter informal de suas redes demonstra os agenciamentos trazidos pela vida, permitindo-nos alicerçar Pedrinho como parte de uma realidade possível e que transcende as instituições formais de auxílio, que não ofertaram repostas condizentes à sua realidade.</i>
Psicopedagogia						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2010	MATOS, Lucy Duró (Unifesp)	Rev. Psicopedagogia 27 (84), p. 395-404	<i>Mind Map</i> como instrumento psicopedagógico de mediação para o desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores	Não identificada	pesquisa descritiva com revisão bibliográfica	<i>o Mind Map pode ser usado como atividade mediadora voltada a desenvolver as funções psicológicas superiores</i>
2014	MULLER, Laura (Unicamp)	Construção Psicopedagógica v. 22, n. 23, p. 104-120	Linguística e psicopedagogia: contribuições para uma prática não medicalizante	Não identificada	análise de dados de leitura e escrita de duas crianças que receberam um diagnóstico de Dislexia/ orientação de prática psicopedagógica não medicalizante	<i>diagnóstico equivocado de Dislexia, a descaracterização do que foi interpretado erroneamente como sintoma de patologia a partir de um aporte teórico e metodológico do campo da Linguística.</i>
Organismos internacionais e medicalização						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
2013	LEMOS, Flávia Cristina Silveira; SANTOS, Cristiane de Souza; NOBRE, Diana da Silva; PAULO, Francidalva Costa (UFPA)	Estudos e Pesquisas em Psicologia – RJ v. 13, n. 2, p. 745-760	O UNICEF e a gestão das famílias: uma análise a partir das ferramentas legadas por Michel Foucault	Foucault	Abordagem histórica (documentos) da atuação da Unicef na orientação de políticas para famílias	<i>crítica política aos modos como agências multilaterais têm atuado, no Brasil (...) focaliza nas maneiras de governar a vida propostas por estas agências, quais interesses estão em jogo e com quais outros atores sociais, institucionais e políticos elas estão aliadas, de maneira neoliberal e com parâmetros da economia política em prol da segurança mundial, na consolidação do que denominam como paz e promoção de direitos humanos.</i>



2014	LEMOS, Flávia Cristina Silveira (UFPA); GALINDO, Dolores (UFMT); DAMASCENO, Robert (UFPA)	Pesquisas e Práticas Psicossociais – MG 9 (2), jul.-dez. 2014	Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios da UNICEF	Foucault	pesquisa histórico-documental dos relatórios produzidos pelo UNICEF Brasil	<i>as práticas previstas nos relatórios [da UNICEF que] visam promover, garantir e defender direitos das crianças e adolescentes, (...) se articulam a um projeto de medicalização por meio de intervenções higienistas e de governo das condutas. (...) terminam por forjar controle e saúde</i>
Medicalização e outros temas						
Ano	Autor(es)	Revista/ Periódico	Título	Orientação teórica	Metodologia	Trecho do resumo
1998	WEIDERPASS, Elisabete; BÉRIA, Jorge U.; BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G.; TOMASI, Elaine; HALPERN, Ricardo (UFPe)	Revista de Saúde Pública – SP Vol. 32, n. 4, jun. 1998, p. 335-344	Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil	Não identificada	Entrevista coletadas ao final do primeiro e do terceiro mês com 655 crianças nascidas em 1993 sobre o consumo de medicamentos	<i>Desde a mais tenra idade, as crianças são habituadas a conviver com uma medicalização exagerada de sintomas corriqueiros. Não estaria assim sendo preparado o terreno para futuras dependências de medicamentos ou outras drogas?</i>
1999	GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; NJAINE, Kathie (FioCruz)	Ciência & Saúde Coletiva 4(11), p. 171-181	Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico	Não indentificada	pesquisa bibliográfica (48 artigos publicados no período de janeiro de 1990 a julho de 1997 sobre prevenção de violência contra crianças e adolescentes	<i>Entre as conclusões, constata-se que os autores evitam cair na armadilha da medicalização do problema, pleiteando uma compreensão da multicausalidade da violência e não a reduzindo ao plano do indivíduo, e propõem que se adote um trabalho interdisciplinar no campo da prevenção.</i>
2003	ALTMANN, Helena (PUC-Rio)	Cadernos Pagu (21), 2003: 0. 281-315	Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero	Não identificada	Entrevistas com estudantes de uma escola municipal de ensino fundamental do Rio de Janeiro sobre orientação sexual na escola	<i>os diferentes modos de a escola recortar e abordar pedagogicamente os corpos de mulheres e de homens, o que é relacionado ao processo histórico de medicalização do corpo da mulher. Por fim, são discutidas algumas questões sobre alguns paradoxos enfrentados por adolescentes em relação à anticoncepção.</i>
2014	MARAFON, Giovanna; SCHEINVAR, Estela; NASCIMENTO, Maria Lívia do (UFF)	Psic. Clin. - RJ vol.26, n. 2, p. 87-104	Conflitos enquadrados como <i>bullying</i> : categoria que aumenta tensões e impossibilita análises	Foucault	Teórica/ debater o enquadramento de certas relações em uma categoria nomeada <i>bullying</i> e sua emergência no contexto brasileiro	<i>Bullying (...) Coloca-se em análise a lógica penal inscrita nessa prática identitária, sustentada nos fundamentos do Estado de Direito, (...) na qual o agressor é conduzido pelos trajetos da judicialização e da medicalização, visto como um possível delinquente, e a vítima é despotencializada.</i>
Artigos indisponíveis						
Ano	Autor(es)	Revista/ estado	Título	Orientação teórica	Metodologia	Resumo

1987	PRIMO, Ednéia; FRESCI, Solange Ariete; FERNANDES, Benedito Scaranci; MARQUES, Angela Menezes; KIMURA, Silvia Mayumi; YAMAMOTO, Teresa Setsuko	Pediatria (São Paulo) 9 (1), p. 17-21, 1987	Uma experiência com a questão do “aluno problema” em uma escola de primeiro grau da rede estadual de ensino	Não disponível	Não disponível	Não disponível
1990	BARROS, José Augusto Cabral de	Rev. Farm. Bioquim. 11 (1/2), p. 63-71, 1990	A “medicalização” da diarréia: um estudo de caso no Recife, Pernambuco, Brazil	Não disponível	Não disponível	Não disponível
1993	FERRAZ, Regina Coeli Franco	Feminina	A medicalização da infância e da mulher no século XVIII: o discurso da Encyclopédie sobre a infância e as mães	Não disponível	Não disponível	Não disponível
1999	MARQUES, Carlos Alberto; PEREIRA, Raquel Rinco; MOURA, Simone Moreira de	Temas desenvolv 8 (46), p. 5-14, set.-out. 1999	A educação especial na década de 1950: um estado da questão	Não disponível	Não disponível	Não disponível
2008	CRUZ, Maria Ângela Santa	Psicol. Rev 17 1/2), p. 59-76, 2008	A clínica grupal com adolescentes e jovens: uma clínica da afetabilidade	Não disponível	Não disponível	Não disponível

**ANEXO 1**  
**INSTRUMENTO MTA-SNAP-IV DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE**  
**TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E SINTOMAS DE**  
**TRANSTORNO DESAFIADOR E DE OPOSIÇÃO**

NOME \_\_\_\_\_  
 SÉRIE \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

**Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) (MARQUE UM X):**

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				

	<b>Nem um pouco</b>	<b>só um pouco</b>	<b>bastante</b>	<b>demais</b>
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. metese nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

**ANEXO 2**

**Relatório Pedagógico emitido pela Coordenação Pedagógica da Escola Estadual sobre o estudante Ryan\*, de 6 anos de idade, cursando o 1º ano do ensino fundamental**

\*Nome fictício



Secretaria de Estado da Educação  
DIRETORIA DE ENSINO [REDACTED]  
E.E. [REDACTED]

[REDACTED], 31 de agosto de 2018.

AC/ Psicólogo

Assunto: Relatório pedagógico

O aluno [REDACTED] do 1º ano A dos anos iniciais esta com 06 anos. O aluno encontra-se na fase pré-silábica da alfabetização, não conhece as letras do alfabeto, nem números, mistura letras e números.

Aluno muito agitado, não consegue se concentrar, arrasta-se pelo chão, mastiga lápis, levanta o tempo todo da carteira. Até o trabalho com o concreto tem dificuldade para realizar. Não copia nem a rotina da lousa. Qualquer objeto em sua mão é motivo para distração.

Tem dificuldade em se relacionar e expressar, falando muito rápido e não se fazendo entender.

Na aula de Educação Física, o professor relata que se distrai com facilidade perdendo o foco constantemente. Faz brincadeiras fora do contexto da atividade. Nem sempre obedecem as regras.

É muito ansioso e necessita acalmá-lo em alguns momentos.

Sem Mais.

[REDACTED]

Rua [REDACTED] - [REDACTED] - SP - Cep.: [REDACTED]  
Fone: [REDACTED] - Email: [REDACTED]