

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CAMPUS SOROCABA

PATRÍCIA DE PAULO ANTONELI

**OS 'INCONVENIENTES' NA ESCOLA: UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA**

Sorocaba
2015

PATRÍCIA DE PAULO ANTONELI

**OS 'INCONVENIENTES' NA ESCOLA: UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos – Campus Sorocaba como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação, Comunidade e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia.

Sorocaba
2015

Antoneli, Patrícia de Paulo.
A634i Os 'inconvenientes' na escola: um estudo sobre a medicalização de
crianças e adolescentes e suas estratégias de resistência. / Patrícia de
Paulo Antoneli. -- 2015.
175 f. : 28 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos,
Campus Sorocaba, Sorocaba, 2015
Orientador: Marcos Roberto Vieira Garcia
Banca examinadora: Carla Biancha Angelucci, Dulcinéia de Fátima
Pereira
Bibliografia

1. Psicologia educacional. 2. Psicologia escolar. I. Título. II.
Sorocaba-Universidade Federal de São Carlos.

CDD 370.15

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do *Campus* de Sorocaba.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Patrícia de Paulo Antoneli.

Título: Os 'inconvenientes' na escola: um estudo sobre a medicalização de crianças e adolescentes e suas estratégias de resistência.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos - Campus Sorocaba como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação, Comunidade e Movimentos Sociais

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Drª: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Ao meu pai (in memoriam), por tudo que me
ensinou em vida e por tudo que continua me
ensinando.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Beth e Beto (*in memoriam*), por sempre me incentivarem a estudar, pela dedicação e amor proporcionados, o meu eterno agradecimento.

Às minhas irmãs, Maria Fernanda e Juliana, por serem minhas melhores amigas e companheiras de vida, por tornarem os momentos difíceis e ansiosos em momentos mais leves e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus queridos sobrinhos Maria Luiza e Mateus, por me trazerem alegria e diversão nos momentos de descanso.

Ao Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, meu orientador, pelas contribuições e pelo incentivo desde os primeiros passos desta jornada.

Às Professoras Dra. Carla Biancha Angelucci e Dra. Dulcinéia de Fátima Ferreira Pereira, pelas contribuições riquíssimas desde a qualificação.

Ao João e seu pai, pela participação na pesquisa, o meu mais sincero respeito e carinho a vocês.

Aos profissionais do Ambulatório de Saúde Mental e à Prefeitura de Votorantim, pela autorização do estudo, além do apoio e colaboração da equipe.

Às escolas participantes da pesquisa e à professora Jussara, por entenderem a importância da pesquisa e colaborarem carinhosamente.

À Turma do “Pega Firme”, meus amigos queridos do mestrado, pelas discussões nas aulas e fora das aulas, nos cafés e nos churrascos, pelo carinho e força.

Aos demais Professores do Programa de Pós Graduação em Educação da UFSCar, pelas ricas discussões em sala de aula e por contribuírem para a elaboração desse trabalho.

À Maria Luísa Liesack, por me instigar a buscar o mestrado, pelas aulas de inglês, por todo seu suporte e pela amizade.

À minha analista Tânia Orsi, pelo suporte e reflexões analíticas, por me ajudar a caminhar na vida.

À Prof. Dra. Delia Maria Carmen de Césarís, minha supervisora, pelas ricas considerações no trabalho.

Aos meus amigos e demais familiares, pela torcida e apoio.

Em especial, meu grande agradecimento ao Hélio, meu amor e grande companheiro, por toda sua ajuda na formatação do trabalho e na construção da parte quantitativa da pesquisa, pelo apoio e carinho, por tolerar meus momentos de isolamento para a produção dessa dissertação, e finalmente pelo cuidado dispensado a mim durante toda essa jornada.

RESUMO

ANTONELI, Patrícia de Paulo (2015). Os ‘inconvenientes’ na escola: um estudo sobre a medicalização de crianças e adolescentes e suas estratégias de resistência. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba.

A presente dissertação tem como objetivo investigar o dispositivo da medicalização de crianças e adolescentes na escola pública para compreender que efeitos são produzidos nas subjetividades e na trajetória de tratamento escolar e familiar destas. Nessa pesquisa, usamos a categoria ‘inconveniente’ para falar de crianças e adolescentes: que não aprendem o que a escola e a sociedade querem que eles aprendam, mas conseguem aprender no espaço escolar o que a escola não espera deles, que se comportam rompendo com as disciplinas e ordens estabelecidas, que não se adaptam aos modelos hegemônicos, os que se diferem, portanto, os anormais e desviantes da norma. Falar sobre medicalização é discutir o modo como se tem construído estratégias de gestão da vida em todas as suas instâncias, é pensar em um dispositivo que opera através dos biopoderes e que produz biopotência. Essa pesquisa se realizou em dois momentos, de uma pesquisa quantitativa e uma qualitativa. Em um primeiro momento, mapeamos os diagnósticos de crianças e adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental, a partir do estudo de diagnósticos encontrados no banco de dados desse serviço de saúde. Posteriormente, foram identificados os principais diagnósticos de crianças e adolescentes relacionados com queixas escolares, de acordo com faixa etária e gênero. A partir da análise descritiva dos dados, ou seja, dos diagnósticos identificados, encontramos como dado significativo o diagnóstico de transtorno das habilidades escolares (F.81) com grande proporção nas faixas de 8-12 anos e de 13-17 anos, sendo que, na faixa de 18-22 anos, esse diagnóstico diminuiu e ganhou proporção significativa o diagnóstico de Retardo Mental (F.70). Com isso, discutimos sobre o fato de que diagnósticos transitórios na infância se tornam diagnósticos definitivos na adolescência e juventude. Em seguida, foi selecionado um caso que possui esse perfil encontrado nos dados quantitativos e realizamos um estudo de caso qualitativo. Chegamos ao caso do João. Utilizamos a análise do discurso foucaultiana para auxiliar na compreensão do estudo da trajetória de tratamento escolar e familiar de João. Para tal, foram realizadas entrevistas abertas e análise de documentos. Percebemos na análise a medicalização como um fenômeno social que atua em rede por meio de discursos não só da psiquiatria, mas também da educação, da justiça, do higienismo, da degenerescência e da psicologia, entre outros. A questão de classe também produziu efeitos sobre a subjetividade e a trajetória de vida de João. Porém, observamos o quanto João resistiu a todo esse processo. Foi pontuado o momento que vivemos de uma crise na escola que está relacionada a uma crise da sociedade. Discutimos, portanto, a necessidade de repensar o papel da escola com suas técnicas disciplinares e que sociedade desejamos ter. Faz-se necessário colocar no foco do debate a necessidade de ações intersetoriais para enfrentar esse fenômeno.

Palavras-chaves: Medicalização. Inconvenientes. Diagnósticos. Biopoder. Resistência. Educação. Subjetividades.

ABSTRACT

ANTONELI, Patrícia de Paulo (2015). The 'Inconvenients' in school: a study about medicalization of children and teenagers, and their resistance strategies. Master Degree in Education. Federal University of São Carlos - UFSCar, Sorocaba, Brazil.

This dissertation aims to investigate the medicalization device (dispositif) of children and teenagers inside the Brazilian public school (elementary to high school) in order to understand which effects have been produced in their subjectivities and their treatment, school and familiar history. We have used in this research the category named 'inconvenient' to speak of children and teenagers: those who do not learn what the school and the society want them to do but they can learn inside the school what this one does not expect them to do, i.e., they break the school discipline and the established order; they do not adapt themselves to the hegemonic models; they differ from what is expected, and therefore they are the abnormal and are deviant in relation to the existing rules. Discussing about medicalization is to talk about the way the management of life in all its instances has been built, it is to think of a dispositif that operates through the biopowers and produces biopotency. This research was performed in two moments, one quantitative approach and another, qualitative one. At first, we established the diagnoses of children and teenagers who were seen at the Mental Health Service system whose reports were taken from the diagnoses study found in the database of this health service. Subsequently, the main diagnoses of children and teenagers were identified related to the school complaints, according to the age and gender. From the descriptive analysis of the data, that is, from the diagnoses identified, we have found as a meaningful datum, the diagnosis of a disorder of school skills (F81) in a great proportion in the ages between 8-12 and 13-17 years-old. However, in the ages between 18-22 years-old, this diagnosis decreased and got a significant proportion in the diagnosis of Mental Retardation (F70). Hence, we have discussed that these provisional diagnoses in childhood become definitive ones in adolescence and youth. Then, it has been selected a case that presents this profile which was found in quantitative data and we have carried out a study with a qualitative approach. We have got to João. We have done a Foucaultian discourse analysis in order to help to understand the study of the treatment, school and familiar history of João. It has been held open interviews and analyses of the documents. We have realized in the analysis the medicalization as a social phenomenon that plays in network and through the discourses not only of the psychiatry but also of the education, the Law, the medical-hygiene rhetoric, the degenerescence, the psychology, among others. The question of social class has produced effects on the subjectivity and life history of João. Yet, we have observed how much João has resisted all this process. It has been shown the moment we have been living as a school crisis that is related to the society crisis, as well. Therefore, it has been discussed the need of rethinking the school role with its disciplinary techniques and the society we want to live in. It has been necessary to focus on the debate of the need of intersectoral actions to face this phenomenon.

Keywords: Medicalization. Inconvenient. Diagnoses. Biopower. Resistance. Education. Subjectivities.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA, OS BIOPODERES E A ANORMALIDADE	19
2.1	A medicalização da vida	20
2.2	Dos biopoderes ao poder psiquiátrico	23
2.3	As sociedades de controle e a medicalização.....	28
3	A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ANORMAIS.....	34
3.1	A constituição da infância e adolescência	34
3.2	O Movimento de Higiene Mental.....	40
3.3	A psiquiatria infantil.....	44
4	A EDUCAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA PÚBLICA	49
4.1	A escola e a educação	49
4.2	Os alunos inconvenientes e a medicalização na escola.....	56
5	O PROCESSO DA PESQUISA	66
5.1	Os diagnósticos de crianças e adolescentes do serviço de saúde mental	70
5.1.1	Faixa de 3 a 7 anos	75
5.1.2	Faixa de 8 a 12 anos	76
5.1.3	Faixa de 13 a 17 anos	77
5.1.4	Faixa de 18 a 22 anos	79
5.1.5	CIDs relacionados às queixas escolares.....	80
6	ESTUDO DE CASO	86
6.1	A história de João.....	90
6.1.1	A chegada à saúde mental	91
6.1.2	João, o ‘inconveniente’ na escola	96
6.1.3	A rede medicalizante.....	100
6.1.4	As tentativas de institucionalização	106
6.1.5	João torna-se perigoso.....	112
6.1.6	Fora da escola.....	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
8	REFERÊNCIAS	133
9	APÊNDICES	145
9.1	Apêndice A	145
9.2	Apêndice B	163
9.3	Apêndice C	174

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Total de cada CID dentro da faixa etária de 3-7 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.....	75
Gráfico 2: Total de cada CID dentro da faixa etária de 8-12 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.....	76
Gráfico 3: Total de cada CID dentro da faixa etária de 13-17 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.....	77
Gráfico 4: Total de cada CID dentro da faixa etária de 18-22 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.....	79
Gráfico 5: Porcentagens de CIDs do total da faixa etária.	80
Gráfico 6: Porcentagens de CIDs por sexo, dentro de faixas etárias.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Números totais e porcentagens de CIDs nas faixas etárias, e por sexo.....	72
Tabela 2: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 3-7 anos.....	75
Tabela 3: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 8-12 anos.....	76
Tabela 4: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 13-17 anos.....	78
Tabela 5: CIDs por sexo e total, para as faixas de idade 18 a 22 anos.....	79
Tabela 6: Tabela com porcentagens de CIDs e o total deles, dentro de faixas etárias.....	81
Tabela 7: Porcentagem da soma de CIDs, por sexo, para diferentes faixas etárias.....	82

1 INTRODUÇÃO

Até o Fim

Quando nasci veio um anjo safado
 O chato do querubim
 E decretou que eu estava predestinado
 A ser errado assim
 Já de saída a minha estrada entortou
 Mas vou até o fim
 "inda" garoto deixei de ir à escola
 Cassaram meu boletim
 Não sou ladrão, eu não sou bom de bola
 Nem posso ouvir clarim
 Um bom futuro é o que jamais me esperou
 Mas vou até o fim
 Eu bem que tenho ensaiado um progresso
 Virei cantor de festim
 Mamãe contou que eu faço um bruto sucesso
 Em quixeramobim
 Não sei como o maracatu começou
 Mas vou até o fim
 Por conta de umas questões paralelas
 Quebraram meu bandolim
 Não querem mais ouvir as minhas mazelas
 E a minha voz chinfrim
 Criei barriga, a minha mula empacou
 Mas vou até o fim
 Não tem cigarro acabou minha renda
 Deu praga no meu capim
 Minha mulher fugiu com o dono da venda
 O que será de mim?
 Eu já nem lembro "pronde" mesmo que eu vou
 Mas vou até o fim
 Como já disse era um anjo safado
 O chato dum querubim
 Que decretou que eu estava predestinado
 A ser todo ruim
 Já de saída a minha estrada entortou
 Mas vou até o fim

(Chico Buarque)

Começar a escrever e a organizar as ideias é sempre um processo difícil, doloroso, solitário. É necessário começar, mas por onde? Depois de tantas leituras e pesquisas, o que escrever? Como escrever de um modo que o leitor sinta-se cativado pelas descobertas e perceba a intensidade das experiências vividas ao longo da pesquisa? Viver a experiência de uma dissertação é viver a desordem do pensamento. É construir no meio do caos e dar sentido e significado ao que foi vivido e estudado. É atrapalhar-se em meio a tantas leituras, aos livros amontoados na mesa de jantar e, sobretudo, é aprender a estar acompanhado constantemente de incertezas. É lapidar por meio de palavras e da escrita o nosso processo de aprendizagem e de construção.

E, para se viver esse processo, é necessário termos inquietações, indagações, e dúvidas. Para manter a vontade de saber, a curiosidade, o movimento, é preciso ter um problema que nos afete, apaixone, incentive a pensar, a desconfiar, a nos afastarmos das nossas certezas, a mudar o modo como olhamos para os outros e para nós mesmos. Para Rolnik,¹ estes momentos produzem marcas, e:

[...] as marcas são exatamente estes estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir (ROLNIK, 1993, p .2).

Elas que nos fazem ir à busca, indagarmos e construirmos novas possibilidades; elas produzem a curiosidade, a vontade de aprender, descobrir, vasculhar, cavar... Sem esquecer os desassossegos que foram e estão sendo necessários na procura de outros modos de entender o mundo. Parto desses questionamentos e dessas marcas produzidas, do meu desassossego² como psicóloga e como ser humano.

Foram as experiências que vivi que produziram as marcas e os questionamentos. Acredito que o que me mobilizou a estudar o tema da medicalização de crianças e adolescentes foi meu interesse pelos seres humanos. Seres humanos diferentes, divergentes, incongruentes, desviantes, inconsequentes, inteligentes, adoráveis, amáveis, rebeldes, anormais... com tudo o que os diferem e os determinam. Somos singulares e diferentes e isso é o que torna rica e viva a vida! E foi exatamente todo esse encantamento com os seres humanos, que experienciei e experiencio, que me fez ingressar primeiramente na psicologia.

Desde a faculdade³, me interessei pela temática da saúde mental e pelo debate do que seria a normalidade e a anormalidade. O fato de existirem outros modos de ser e estar no mundo me instigava e instiga, e junto com isso, a maneira com que a sociedade lida com a diferença e com esses outros modos de vida. Falo, então, deste lugar, lugar da luta por outras formas de lidar e tratar a loucura, os diferentes, os anormais e tudo o que nos torna singulares. Lugar que olha para essas pessoas como sujeitos de direitos e capazes de circular no mundo com autonomia.

¹ Palestra proferida no concurso para o cargo de Professor Titular da PUC/SP, realizado em 23/06/93, publicada em Cadernos de Subjetividade, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós Graduaos de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev. 1993.

² PESSOA, Fernando. O livro do desassossego. 1ª edição, Editora Companhia de bolso, 2006.

³ Universidade Estadual Paulista – Unesp – Campus Assis.

Atuei em serviços de saúde mental⁴ desde a minha graduação, e lidar com o diferente de mim, com o ‘estrangeiro’, com o outro, fizeram-me ver o quanto eu também tinha de diferente e de estrangeiro.

Porém, ao longo dos caminhos da vida e da profissão, encontrei-me também no campo escolar, com falas e discursos⁵ sobre crianças e adolescentes que possuem queixas escolares. Crianças agitadas, agressivas, que não conseguem aprender conforme esperam delas, entre tantas outras. E essas falas produziram marcas, tocaram-me e provocaram questionamentos. Crianças medicalizadas, que são reduzidas a transtornos e distúrbios, sem serem olhadas como crianças. Essas crianças, como Chico Buarque fala na música, parecendo ser predestinadas, já quando nascem, ‘*a ser de um todo ruim*’, por terem outras formas de ser e estar no mundo.

Enquanto psicóloga de um Serviço de Saúde Mental, passei a receber inúmeros encaminhamentos de escolas à procura de um “tratamento” psicológico e também psiquiátrico. Primeiro me questionei se todas aquelas crianças e adolescentes teriam algum “transtorno”. Depois me coloquei a ouvir as histórias de vida; e ressalto que eu tentava ouvir a vida e não só a doença, o transtorno. Com eles, me vi impulsionada a buscar um respaldo teórico para o que eu estava vivenciando. Aprendi muito com todos meus pequenos e grandes pacientes, com todas as mães angustiadas e preocupadas e com todos os professores que não sabiam o que fazer com aqueles alunos.

Entreí, portanto, para o campo do estudo da medicalização. Percebi que as queixas escolares eram respaldadas por falas de profissionais da saúde (médicos, psicólogos, entre outros) que, ao darem diagnósticos e medicamentos a estas crianças, terminavam por rotular e consagrar ali o problema que aquela criança tinha. E os professores se apegavam a esse rótulo. A família, sem saber o que fazer, acreditava que o tratamento seria a salvação. E fui me

⁴ Centro de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental.

⁵ A noção de discurso em Foucault refere-se ao conjunto de enunciados provenientes de uma mesma formação discursiva. Para Foucault não se trata de um processo de desvelar, já que não há nada escondido à espera para ser descoberto. Há relações entre enunciados que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso é dar conta dessas relações históricas, das práticas que se mantêm vivas nos discursos. O sujeito e o conhecimento que dele se supõe ter são efeitos de uma produção discursiva. O discurso é, portanto, constitutivo de relações de saber e de poder, pois são práticas que formam os objetos de que falam. Nesse sentido, Foucault (2010a, p.55) afirma que analisar os discursos “consiste em não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais do que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse ‘mais’ que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever” (FOUCAULT, 2010a, p. 54).

questionando sobre os caminhos de vida que essas crianças construía, sobre os modos de ser que estavam sendo constituídos nessas falas.

Por que tantas crianças e adolescentes têm sido encaminhados para serviços de saúde por apresentarem dificuldades escolares? Como se produz o dispositivo medicalizante de crianças e adolescentes na escola pública? E por que essas crianças ficam presas à trama da medicalização por tantos anos de suas vidas? Que relações de poderes e saberes estão presentes nesses diagnósticos das crianças e adolescentes? Quais as trajetórias de vida, de tratamento e escolares construídas neste dispositivo?

Pensando em como produzir conhecimento sobre estas questões, lancei-me ao desafio do mestrado. A pesquisa é, portanto, fruto de meu constante desconforto e curiosidade em relação aos movimentos que são produzidos na sociedade e que atravessam a escola. Curiosidade em saber o modo como a medicalização de crianças e adolescentes com dificuldades escolares tem crescido enormemente na sociedade em que vivemos e poder intervir sobre isso.

Portanto quero contar-lhes a **cena 1** dessa pesquisa:

Liguei na escola aprendiz para saber mais informações de João para essa minha pesquisa. A secretária da escola atendeu e expliquei rapidamente que eu estava fazendo uma pesquisa de mestrado e, com isso, precisava saber mais sobre um aluno daquela escola. Ela me perguntou o nome do aluno, eu falei e então ela disse: “ah, sei quem é!”. Perguntei com quem eu poderia falar e ela me informou que iria chamar a pessoa que saberia me contar sobre o João. Fiquei aguardando na linha quando veio uma professora e se apresentou como Jussara. Então me pus novamente a explicar o motivo do contato telefônico, ela se colocou à disposição para fazer a entrevista e falou: “ah o João, nossa... tem muita coisa dele aqui, muitos relatórios, ele era terrível”, e acrescentou: “tenho uma palavra para descrevê-lo ‘inconveniente’”. Essa palavra ‘inconveniente’ me impactou e produziu marcas.

Ao olhar no dicionário⁶ o significado da palavra, encontrei:

Que não é conveniente, que não convém; impróprio. Que não guarda as conveniências. Indecoroso. Grosseiro. Desvantagem, prejuízo. Embaraço, estorvo, obstáculo, transtorno. Coisa molesta; incômodo.

⁶ Dicionário Michaelis: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=inconveniente>>.

João era tudo isso, segundo a Jussara. E a fala da Jussara representava a fala de muitos atores: educação, saúde, sociedade, familiares, entre outros. A Jussara não estava sozinha ao falar do João. João não nos convém, ele era um estorvo.

Observamos nessa fala uma falta de zelo e de cuidado, já estava determinado e predestinado, João era um problema. Será que havia alguma saída para ele? De maneira geral, o olhar depositado aos alunos da rede pública é o de que quando eles não atendem ao que a escola espera deles de comportamento e aprendizagem, eles se tornam doentes ou delinquentes em potencial. E os que rompem com essa lógica, são os ‘inconvenientes’. João não convinha, incomodava, talvez por representar tudo o que a escola colocava como estranho e diferente, o que não se encaixava na sociedade contemporânea. E sua história representa tantas crianças e adolescentes que estão atualmente na escola.

Nessa pesquisa, usaremos a categoria ‘inconveniente’ para falar dessas crianças e adolescentes. Eles são os que aprendem, mas não o que a escola e a sociedade querem que eles aprendam, que se comportam rompendo com as disciplinas e ordens estabelecidas, que não se adaptam aos modelos hegemônicos, os que diferem dos outros, os anormais e desviantes da norma. Usaremos ao longo da pesquisa essa categoria, e nela está inserido todo esse significado.

Acreditamos ser uma pesquisa importante, dado que na sociedade contemporânea o fenômeno da medicalização da vida vem ganhando um importante espaço. Desde crianças medicalizadas a partir do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, aos adolescentes e jovens a partir do transtorno opositor desafiador ou transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, e ainda, adultos a partir dos transtornos depressivo e/ou ansiedade generalizada. O processo de normatização do comportamento e da vida comparece com toda a força para ditar o que é o “normal”.

Neste mesmo caminho, podemos verificar nos manuais de psiquiatria uma ampla gama de sintomas descritos e a forma diagnóstica proposta por eles permite que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. A socialização do DSM⁷ na formação médica geral e em outros campos revela a banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida (GUARIDO, 2008).

⁷ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da Associação Americana de Psiquiatria.

Houve um aumento considerável no uso de psicotrópicos e ansiolíticos nos últimos anos no Brasil. Observa-se, segundo pesquisa da Organização das Nações Unidas (2008), um fenômeno mundial da expansão de uso de psicotrópicos. O crescimento da produção do metilfenidato⁸ chama a atenção, pelo curto intervalo de tempo em que ocorreu e pela quantidade produzida, levando-nos a refletir sobre as causas deste crescimento notório. No período de 2003 a 2012, o consumo de metilfenidato aumentou 775% no Brasil. Os números subiram de 94 kg consumidos no ano de 2003, para 875 kg no ano de 2012. Já a importação da substância cresceu 373%, aumentando de 122 kg em 2003 para 578 kg em 2012, crescimento, portanto de 775%. Dados ainda mais recentes obtidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) confirmam essa alta apontando que o número de caixas de metilfenidato vendidas no país passou de 2,1 milhões em 2010 para 2,6 milhões em 2013⁹.

Falar sobre medicalização é discutir o modo como se tem construído, apoiando-se em uma racionalidade médica, estratégias de gestão da vida em todas as suas instâncias. São muitas as formas de controlar, disciplinar e conduzir os modos de ser, desde intervenções químicas no organismo até intervenções terapêuticas ou pedagógicas que visam a transformação do sujeito, objetivando enquadrá-lo à norma construída em determinada época e local. No ambiente escolar, a medicalização é um processo de produção discursiva que justifica as dificuldades de aprendizagem, os comportamentos, ou seja, questões atinentes às situações cotidianas vividas nesse contexto, como sintomas de patologias. Segundo Goffman (1963, p. 14):

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente a que havíamos previsto.

Apesar da vivência desse estigma, a canção de Chico Buarque “**Até o fim**” nos dá pistas de que as crianças e adolescentes também produzem resistência ao que lhes foi

⁸ Conhecida comercialmente como Ritalina ou Concerta, para pessoas que possuam o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

⁹ Esses dados foram obtidos através de uma pesquisa feita pela psicóloga Denise Barros, do Instituto De Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), na qual foram compiladas as informações dos relatórios anuais sobre substâncias psicotrópicas da Junta Internacional de Controle de Narcóticos. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/consumo-de-ritalina-no-brasil-cresce-775-em-dez-anos-11082014>>. E informações do artigo “A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas” estão disponíveis em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>>.

predestinado, por não se deixarem capturar pelas previsões. Podemos encontrar muitas dessas vidas na escola. Vidas que resistem e lutam.

Por ser atravessada por relações de poder, a medicalização funciona como um feixe de luz que se alastra por toda estrutura social, mas não sem se deparar com movimentos de resistência. “E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda estrutura social” (FOUCAULT, 2011, p. 14). No entanto, os movimentos de resistência, os afrontamentos, as estratégias de fuga, são, por vezes, transformados em comportamentos classificados como patológicos.

Para realizar tal estudo, buscamos como objetivos investigar o dispositivo medicalizante de crianças e adolescentes na escola pública para compreender que efeitos são produzidos nas subjetividades e na trajetória de vida de crianças e adolescentes. Consideramos, neste trabalho, a medicalização como um dispositivo. Foucault (1977a, p. 244), em sua obra ‘A história da Sexualidade – A vontade de saber’, define dispositivo como:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

É um movimento de dispor relações de poder produzindo subjetividades, movimentando linhas de saber constituídas de discursos denominados de “científicos”. Uma estratégia de modelar, controlar, gerir a vida e suas relações, pois todo dispositivo implica um processo de subjetivação. Para Deleuze (1990, p. 158):

Os dispositivos têm, portanto, como componentes linhas de visibilidade, de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura, e todas se entrecruzam e se misturam, de modo que umas repõem as outras ou suscitam outras, através de variações ou mesmo de mutações de agenciamento.

Para atingir tais objetivos, iniciaremos o trabalho discutindo a medicalização da vida, embasados na teoria foucautiana, debatendo os biopoderes, o poder psiquiátrico, a anormalidade e como se dão essas relações de forças na sociedade atual. Pretendemos ampliar o debate da medicalização, não como um fenômeno restrito da psiquiatria, mas como um dispositivo que se alastra por toda a sociedade.

No capítulo seguinte, adentraremos o campo da infância com a temática da adolescência e infância anormais, e primeiro abordaremos os discursos presentes na

concepção de infância abordada, percorrendo a concepção de família e de adolescência. Com isso, buscaremos compreender também o movimento de higiene mental, a história da psiquiatria infantil e como eles contribuíram para a visão de sujeitos desviantes e anormais, presentes no processo da medicalização.

Então, no quarto capítulo discutiremos a educação, como se constituiu a escola, pensando na perspectiva foucaultiana, como um dispositivo disciplinar. Adotaremos a concepção de maquinaria escolar de Varela e Alvarez-Uria (1992), além de problematizarmos a produção do fracasso escolar. Em seguida, percorremos a construção da medicalização da escola, embasada na visão de escola adotada, de infância e adolescência anormais e da produção de alunos ‘inconvenientes’.

No quinto capítulo entraremos no campo da pesquisa, com a descrição da pesquisa quantitativa e qualitativa realizada. A quantitativa foi feita por meio de um mapeamento de diagnósticos de crianças e adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental, a partir do estudo de diagnósticos encontrados no banco de dados do serviço. Posteriormente, foram identificados os principais diagnósticos de crianças e adolescentes relacionados com queixas escolares, de acordo com faixa etária e gênero. A partir da análise descritiva dos dados, dos diagnósticos identificados, foi selecionado um caso para se realizar um estudo de caso qualitativo. E chegamos ao João. Realizamos uma investigação, baseada na análise do discurso foucaultiana, de um recorte da trajetória de tratamento, escolar, familiar e de vida de João, nosso sujeito pesquisado.

Finalizaremos com alguns direcionamentos e apontamentos observados na pesquisa e com muitas questões que surgiram no meio do caminho. Não estamos em busca de uma resposta, de encontrar um culpado, mas de compreender essa trama social, essa rede de discursos e práticas institucionais que tem afetado tantas crianças e adolescentes na escola pública, nos serviços de saúde e na vida social.

Acreditamos que pesquisas como essa, que ‘dão voz aos excluídos’, que ouvem os sujeitos da pesquisa, que narram histórias de vida, se fazem importantes para compreendermos as singularidades dessas vidas. Em 1977, Michael Foucault realizou uma pesquisa nos arquivos do Hospital Geral e da Bastilha em Paris. Alguns resultados deste estudo estão descritos no texto do próprio autor, intitulado “A vida dos homens infames”, que, como o próprio título destaca, também aponta para a existência de histórias silenciadas pelo

contexto histórico e social no qual estão inseridas. Assim, sobre a leitura dos arquivos, Foucault (2003, p. 204) diz:

[...] tomei os textos em sua aridez; procurei qual tinha sido sua razão de ser, a quais instituições ou a qual prática política eles se referiam; propus-me a saber por que, de repente, tinha sido tão importante em uma sociedade como a nossa que [...] fossem sufocados (como se sufoca um grito, um fogo ou um animal).

Essa pesquisa também se mostra importante porque apesar de olharmos para discursos escolares, não pretendemos fazer uma análise somente da escola e sim entender esse fenômeno da medicalização de crianças ‘inconvenientes’ para além das questões apenas escolares. Vamos para além dos muros escolares para entender esse fenômeno que incide na escola. Segundo Spósito (2003), é preciso olhar para além da escola. Entendemos que este fenômeno tem adentrado de maneira bruta neste espaço, produzindo maneiras de lidar com os alunos. Vamos, portanto, sair dos limites físicos da instituição para melhor entendê-los, a partir dos sujeitos. Quando olhamos a instituição escolar, olhamos também para as relações, para o contexto e o território em que ela se localiza, para as tramas relacionais dentro e fora da escola.

Portanto, por meio dos Joãos, dos predestinados de Chico Buarque, dos ‘inconvenientes’ na escola, sairemos do lugar de conformados e questionar-nos-emos acerca dos mecanismos institucionadores de poder e de saber na sociedade que vivemos. É por ele e para eles que se justificam pesquisas como essa. Hannah Arendt (2010), em seu livro “A Condição Humana”, aponta a sociedade como em crise e se questiona: O que estamos fazendo com o mundo? Já no seu texto a ‘Crise da Educação’¹⁰ (2009), ela questiona o que estamos fazendo com nossas crianças, com os seres que chegam ao mundo. E então eu me pergunto: O que estamos fazendo com o João?

¹⁰ Texto presente no Livro da autora “Entre o passado e o futuro”, presente nas referências dessa dissertação.

2 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA, OS BIOPODERES E A ANORMALIDADE

Cena 2: No serviço de saúde mental: olho aquela estante enorme repleta de prontuários e penso que há tantas vidas ali. E o de João, o menino ‘inconveniente’, estava lá no meio, à primeira vista chama a atenção por ser um prontuário grosso, do que se depreende que ele já realizava o atendimento no serviço há um bom tempo. Olhei a idade e vi que tinha 18 anos, mas parecia um prontuário daqueles pacientes idosos que se tratam há anos lá. Abri e vi que a primeira vez que João tinha passado lá ele estava com seis anos, ou seja, ele está há 12 anos neste serviço. E o que mais me impactou: ele havia tido indicação para internação em hospital psiquiátrico há uns meses e por sorte não conseguiu vaga de internação! Proponho-me a buscar entender sua história e para isso, leio todo seu prontuário. Lá vejo problemáticas sociais, familiares, escolares e seu diagnóstico psiquiátrico, ou melhor, alguns diagnósticos. Então, desejo conhecê-lo, conhecer o garoto ‘inconveniente’ que aprontava na escola e aprendia, mas não conforme a escola esperava dele, e que ficou 12 anos em tratamento e mesmo assim quase foi internado em um hospital psiquiátrico. Liguei para o telefone que havia no prontuário e falei com o Sr. Beto, pai de João. Expliquei sobre a pesquisa e ele se prontificou a falar para o João ir conversar comigo e agendamos um horário lá no serviço de saúde. João chegou no horário combinado, estava na sala de espera com a cabeça baixa e um boné quase escondendo todo o seu rosto. Estava em pé, encostado na parede. Quando chamado entra e se senta na sala e fala: por que você me pediu para eu vir aqui? Eu parei o tratamento, acho que não preciso mais vir aqui, disse João. E eu fiquei curiosa por conhecer mais desse menino. Então ele me contou todo o seu percurso institucional na escola e no serviço de saúde mental, também contou um recorte da sua história de vida. Estava com as mãos sujas e calejadas, a roupa também não aparentava estar limpa. Dava risadas ao contar o que aprontava, ficava angustiado quando falava das perdas que teve na vida. Mostrou algumas fotos no celular, contou sobre as meninas que paquerava... João era um jovem, e logo me vem à cabeça: um jovem normal! E vemos como a dicotomia do normal e anormal está enraizada na gente!

Que mundo é esse em que vivemos que tem feito isso com os Joãos, as Marias, os Pedros, as Anas...? Que sociedade é essa na qual o fenômeno da Medicalização da Vida tem atuado com grande força? É sobre isso que iremos tratar nesse capítulo. A ampla gama de patologias tem evidenciado o processo de Medicalização da vida e quase ninguém escapa às nosografias psiquiátricas. João é apenas mais um dos sujeitos que se constituem a partir da medicalização.

Procuraremos percorrer, neste capítulo, a partir de uma visão crítica e embasada na teoria foucaultiana, o fenômeno da medicalização refletindo acerca dos mecanismos institucionalizadores de poder. Primeiro, seguiremos pelos conceitos de medicalização, em seguida, refletiremos sobre os biopoderes atuando como um poder sobre a vida. Então, entraremos na forma pela qual a medicina tem se apoderado dos corpos e dos sujeitos. E finalizaremos com uma crítica à sociedade de controle, pensando no poder sobre a vida e na potência da vida. Por fim, sinalizaremos o que entendemos como medicalização nessa pesquisa.

2.1 A medicalização da vida

A medicalização da vida pode ser definida como um processo bastante imbricado na sociedade de nosso tempo, na qual o saber médico se estende às mais diversas áreas implicadas com o bem-estar humano. Problemas cotidianos do existir, como sexualidade, infelicidade, envelhecimento, solidão e morte, passando pelas várias etapas da vida, desde os recém-nascidos, as crianças e mulheres grávidas até as que estão no climatério e os que chegaram à velhice, são tratados sob a égide da Medicina e de um olhar biologizante (ABREU, 2006; CALIMAN, 2001; BOARINI; YAMAMOTO, 2004; MOYSÉS, 2001; COLLARES; MOYSÉS, 2007).

É importante explicitar que, apesar de alguns trabalhos utilizarem o termo medicalização como sinônimo de “medicamentação”, nesta dissertação esses termos não são assim considerados. A medicamentação refere-se à intervenção medicamentosa, química, como mencionado anteriormente. Já medicalização é um processo mais amplo e social, que pode ou não ter intervenção química e que, além disso, refere-se ao fato de transformar em patologia o que não é. Seguindo esta lógica, a medicalização é um processo de cunho moral que, por meio de um investimento contínuo no corpo, busca conduzir as condutas dos indivíduos para o interior do sistema de normas culturais estabelecidas.

A terminologia *Medicalização da vida* foi inicialmente utilizada por Ivan Illich, em seu livro “A expropriação da saúde” (1975), para descrever a inserção crescente dos saberes médicos e seu aparato denominado de “progresso científico” em campos da vida individual que passam a ser submetidos a explicações e intervenções médicas. Illich interpreta esses sintomas como males típicos de uma civilização superindustrializada e, ainda, afirma que essa ampla intervenção médica na vida cotidiana acaba por causar muitos prejuízos à sociedade, sendo um deles o que o autor chama de iatrogênese (iatros – médico; gênese – origem): doenças causadas pela própria intervenção médica: “Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam” (ILLICH, 1975, p. 23). Ele amplia o uso do conceito medicalização, pois analisa a apropriação, pela sociedade, dos saberes médicos reconhecidos como discurso com efeitos de verdade nas mais diferentes esferas sociais, disciplinando e governando a vida de todos e de cada um.

Foucault (2010b) faz referência ao processo de medicalização¹¹ relacionando-o à constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são governados por saberes da medicina. Neste sentido, ele refere ao desenvolvimento de um poder sobre a vida, a partir do qual os saberes médicos passam a permear todas as esferas sociais e constituem-se como relações de poder. Estas práticas conduzem, movimentam, se espalham, funcionam como uma maquinaria social que não está situada em um lugar e se dissemina por toda a estrutura social.

Roberto Machado, em seu livro “Danação da Norma” (1978), utiliza o termo “medicalização da sociedade” afirmando ser este processo intensificado na atualidade. Para este autor, a “medicalização da sociedade”:

[...] é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado [...] (MACHADO, 1978, p. 156).

Como já sinalizado na introdução, entendemos a medicalização com um dispositivo. Essa maquinaria dispõe visibilidades e enunciados, colocando o indivíduo no papel de “anormal”, porém, também cria linhas de ruptura e resistência. É isso que faz o dispositivo da medicalização: cria lugares para cada um ocupar.

Diante desse processo, os modos de ser e as condutas são diagnosticados, classificados e inseridos em um amplo universo nosográfico¹². Costa e Silva (2001, p. 11) diz que: “Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental¹³ do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia de um diagnóstico de problemas mentais”. A psiquiatria, em um movimento crescente, tem considerado comportamentos e sentimentos

¹¹ Há estudos, como de Gaudenzi e Ortega (2012), que evocam possíveis usos do termo medicalização em momentos precedentes à década de 1970, associando a extensão do âmbito da ação médica às diferentes esferas da vida.

¹² Nosografia é a descrição e classificação de doenças. Dicionário Brasileiro Globo. 27. ed. 1993. Para uma análise aprofundada das implicações da produção da série DSM na prática psiquiátrica e na vida contemporânea, ver: AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

¹³ A direção assumida pelas práticas psiquiátricas contemporâneas também depende da influência, sobre a atuação médica, do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é uma série organizada e publicada originalmente pela Associação Psiquiátrica Americana. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é elaborada atualmente sob chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem sua origem nas listas que buscavam, no final do século XIX, estabelecer uma estatística a respeito das causas de mortalidade das populações.

comuns da vida como patologias. Autores como Aguiar (2004) e Caponi (2014) discutem esse crescimento do número de transtornos mentais presentes no DSM e questionam essa ampla psiquiatrização da vida.

Gori e Del Volgo (2005 apud GUARIDO, 2010) pensam a medicalização da existência como decorrente não somente do estatuto do saber médico, mas sim como pertencente à condição humana na modernidade. Consideram que esta se constitui numa organização de formulações epistemológicas próprias de uma ciência experimental, que configura uma técnica de apreensão dos fenômenos humanos, e a compreendem como inserida no interior das práticas mercantilizadas de troca humana no mundo moderno. As autoras inserem a medicalização no conjunto da ideologia moderna e na formação do homem moderno no que diz respeito à forma com que significa seu corpo, seu lugar político, suas vivências subjetivas e tudo o que decorre da difusão da medicina no ideário moderno.

[...] nós falamos aqui da medicalização da existência como de uma construção social e intersubjetiva que pertence da cabeça aos pés, em sua gênese como em sua função, a uma estrutura da cultura moderna e ao mal-estar por excelência desta civilização (GORI; DEL VOLGO, 2005, p.21 apud GUARIDO, 2010).

Essa ampliação do conceito de medicalização que os autores citados acima fazem é interessante para pensarmos a estrutura da sociedade moderna e a complexa trama civilizatória que vivemos. Dessa forma, neste trabalho, adotamos esse conceito mais amplo de medicalização e não a entendemos como apenas uma atuação do saber médico, sendo que a medicina faz parte deste cenário social mais amplo.

Para Peter Conrad (1992), medicalizar é definir um problema em termos médicos, utilizando linguagem médica para descrevê-lo ou usando uma intervenção médica para tratá-lo. Essa manobra coloca o problema em um plano onde somente especialistas podem discuti-lo, retirando, assim, a população do debate. No caso das crianças, um comportamento inadequado em sala de aula passa a ser considerado um problema médico quando analisado por profissionais de saúde somente, haja vista a tendência médica a interpretar os problemas de comportamento como tendo origens orgânicas ou bioquímicas.

O ponto principal de sua análise é encarar a medicalização como um processo que não é unidirecional, ou seja, para esse autor, o imperialismo médico não é suficiente para explicar o processo de medicalização. Ele defende tratar-se de uma interação social complexa, que envolve múltiplos atores e onde o ser medicalizado é ativo (CONRAD, 1992). Ele

também insere a medicalização no contexto da sociedade e descola somente da medicina, e traz uma importante contribuição: o sujeito é ativo e não passivo nesse processo.

Entendemos, então, até o momento, a medicalização como um fenômeno social, permeado por poderes que incidem sobre os sujeitos, com vários atores atuando, inclusive os próprios sujeitos. Aqui já está colocado que é um dispositivo que ultrapassa a ação apenas da Medicina e da Psiquiatria, vai para além dela. Ela implica uma visão de homem moderno, que faz com que se patologize comportamentos que não respondem a esse modelo de homem.

A seguir, entraremos um pouco mais no debate que Foucault e outros autores compartilham sobre os poderes. O autor fala de uma forma de ordem e de poder que extrapola o plano ideológico e conceitual, e possui uma incidência no corpo do sujeito. Ele passa a ser constituído a partir de um saber submetido a uma ordem disciplinar, que organiza esses corpos, os comportamentos, os gestos e os discursos. Os biopoderes exercem um poder sobre a vida.

2.2 Dos biopoderes ao poder psiquiátrico

Foucault (1977a) dedicou-se a pensar o poder¹⁴ para além das forças repressivas e coercitivas, afirmando, com isso, a sua característica produtiva. Esse autor, em “A história da sexualidade I: a vontade de saber”, abordando da era clássica à modernidade, analisa a passagem do poder soberano sobre a morte ao poder político de gerir a vida, enfatizando a presença de dois mecanismos de poder: o desenvolvimento das disciplinas do corpo no século XVII e as regulações da população no século XVIII. A articulação desses dois mecanismos de poder ao longo do século XIX, nas regulações da vida, configura uma nova forma de poder, chamada por ele de *biopoder*, caracterizada pelo poder sobre a vida.

Biopoder é o crescente ordenamento em todas as esferas sob o pretexto de desenvolver o bem-estar dos indivíduos e das populações...esta ordem se revela como sendo uma estratégia, sem ninguém a dirigi-la, e todos cada vez mais emaranhados nela, que tem como única finalidade o aumento da ordem e do próprio poder (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. XXII).

¹⁴As relações sociais são permeadas pelo poder, porém ele não é algo que emana de um centro, como por exemplo, o Estado; nem mesmo é algo que esteja nas mãos de alguns ou que algum grupo exerça sobre outro; tampouco resulta de arranjos políticos. Ao contrário, o poder está distribuído difusamente por todo o tecido social. Foucault entende o poder como uma ação sobre as ações e considera sua ação insidiosa, microscópica, microfísica, permanente e penetrante (FOUCAULT, 2004).

A primeira dessas técnicas de poder, que surgiu no século XVII, denominada de *disciplina* – ou anátomo-política do corpo –, centrou-se no corpo individual como se este fosse uma máquina, buscando o seu adestramento, a ampliação de suas aptidões, a exploração de suas forças, concentrando-se, assim, na sua docilidade e utilidade, além da sua integração em sistemas de controle eficazes (FOUCAULT, 1977a).

Para Foucault, a disciplina separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até as singularidades necessárias e suficientes. É, assim, uma técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. A disciplina, portanto, ‘fabrica’ os indivíduos (FOUCAULT, 2009, p. 153).

A outra técnica de poder, que se formou posteriormente, a partir da metade do século XVIII, e que de maneira alguma exclui o exercício do poder disciplinar, ao contrário, integra-o, centra-se no “corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (FOUCAULT 1977a, p. 131). Dessa forma, “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” são assumidos por uma série de controles reguladores – ao qual Foucault vai dar o nome de uma *biopolítica*¹⁵ da população (FOUCAULT, 1997a p. 131).

A biopolítica se preocupa com aspectos da vida e da morte, com o nascimento e a propagação, com a saúde e a doença, tanto física quanto mental e com os processos que sustentam ou retardam a otimização da vida e de uma população... Dessa perspectiva a biopolítica se preocupa com a família, a administração da casa, as condições de vida e de trabalho, com o que chamamos de estilo de vida, com questões de saúde pública, padrões de migração, níveis de crescimento econômico e padrões de vida (DEAN, M., 1999 apud LIMA, 2004, p. 99).

Assim, a biopolítica e o poder disciplinar aparecem lado a lado como técnicas de poder que, conjuntamente, serão utilizadas pelo *biopoder*. Com a ideia de biopoder, Foucault põe em foco uma vertente de governo do homem no mundo moderno.

Hardt e Negri (2002), em sua importante obra ‘Império’, retomam a discussão sobre biopoder/biopolítica na perspectiva da globalização. Para eles, o gradativo declínio da soberania dos Estados/nação identifica-se, conforme os autores, com o surgimento do

¹⁵ É em ‘O Nascimento da Medicina Social’ que Michel Foucault emprega pela primeira vez o termo biopolítica. O autor alia o capitalismo à socialização do corpo, à lógica biopolítica, e cita, nessa mesma obra: “Foi no biológico, no somático, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina, uma estratégia biopolítica” (2004, p. 80).

império. Em contraste com o imperialismo colonialista, fundado ainda na soberania moderna, império não estabelece um centro territorial de poder nem se baseia em fronteiras. Ele é um aparelho de descentralização e desterritorialização que incorpora gradualmente o mundo inteiro sem ter um centro de poder localizado. O império é a face jurídico-política da globalização econômica.

Por fim, o poder do Império atinge todos os registros da vida social, descendo às profundezas do mundo sociocultural. Ele não só administra o território com sua população, mas cria o próprio mundo em que ela habita, regula as interações humanas e rege a própria natureza humana. Tendo, como objeto de governo, a totalidade da vida social, o Império apresenta-se como uma forma paradigmática de biopoder num mundo globalizado.

Hardt e Negri (2002) insistem na dimensão produtiva do biopoder, pois o exercício do poder imperial acontece num contexto biopolítico. O sujeito é produzido dentro de um processo biopolítico de constituição social. Não existe apenas um controle sobre a vida, mas o próprio contexto biopolítico no qual essa vida se desenvolve é constituído pela máquina imperial. A ontologia dessa produção mudou substancialmente na nova ordem mundial, pois não se trata mais de um controle do Estado. Hoje são as grandes corporações industriais e financeiras que não só produzem mercadorias, mas também subjetividades. Produzem subjetividades agenciais dentro do contexto biopolítico, produzindo necessidades, relações sociais, corpos e mentes.

Dessa forma, compreendemos o biopoder como micropoderes que se capilarizam nas tramas sociais e se fazem presentes tanto na individualidade ou na totalidade, ou seja, ele está presente nas disciplinas ou na biopolítica. O poder imperial de Hardt e Negri (2002), ou o governo da vida para Foucault (1977a), faz-se através dos biopoderes. Este último autor irá trabalhar com o conceito de governamentalidade¹⁶, que foi um conceito que implicou um olhar mais refinado de pensar a realidade compósita nos procedimentos de governo dos corpos, concomitantemente na individualidade (disciplina) e na totalidade (biopolítica) em que o governo das condutas se daria não apenas pelo Estado, mas também pelas famílias, pela escola, pelo trabalho, pelos amigos, pelo Exército, em uma complexa e dinâmica rede de relações de saber-poder-subjetivação, formando um dispositivo político e histórico (LEMOS, 2012).

Foucault (2004, p. 143-144) propõe três formas para sua compreensão:

¹⁶ O termo governamentalidade, cunhado por Foucault, deriva da tradução da palavra francesa *gouvernementalité*.

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por objetivo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”.

A Medicina seria uma das estratégias de se fazer o governo da vida, utilizando-se de técnicas de normatização, disciplinarização do corpo adoecido, mas também da prescrição de condições ideais para o bem viver coletivo. A sociedade na era moderna, por meio da Medicina, passa a exercer o controle e a gestão dos desviantes: isolando o louco, vacinando o doente e promovendo uma intervenção médica na sociedade urbano-industrial do início do século XX. Para Foucault (2000), a instância médica funcionou como poder antes de ser um saber. A medicina buscou dominar a loucura, primeiro subjugando-a a um saber médico, sendo que a terapêutica da loucura pode ser definida como a “arte de subjugar e domar” (p. 87). Essas orientações terapêuticas são geradas a partir de dispositivos de poder e se propagam por meio de discursos e enunciados que, em última instância, visam sempre o controle do corpo.

A disciplinarização dos loucos e suas famílias pelo processo de psiquiatrização¹⁷ é uma forma de exercício e criação do poder disciplinar, por meio da introdução dos conceitos de um tipo de indivíduo normal. Essas técnicas disciplinares extrapolaram os asilos, pois a proliferação da ideia de prevenção dos transtornos mentais, o desejo de ser considerado normal, criou uma sucursal da vigilância disciplinar no seio da própria família, que passa então a agir como uma instituição escolar, formando sujeitos normais e produtivos. Dessa forma, “a Psiquiatria, igualmente, tomou para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria regular as relações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos” (MELMAN, 2001, p. 48).

¹⁷ Quando falamos em psiquiatria, não estamos analisando apenas a experiência das instituições asilares, embora estas sejam exemplos dos processos de institucionalização do poder psiquiátrico. A psiquiatria moderna, fundada no século XIX, é oriunda de uma integração dos rituais de serviço (dar ordens, obedecer, punir, recompensar, responder, calar) com procedimentos judiciais (proclamar a lei, vigiar as infrações, obter uma confissão, constatar um erro, pronunciar um julgamento, impor uma punição) que funcionavam (e ainda funcionam) para além dos muros dos asilos.

Na obra “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1977b) buscou compreender a racionalidade anátomo-clínica que permeou a consolidação do saber médico na modernidade, donde o principal objeto investigativo se configura na doença ou no corpo do ser que adocece. Vivemos em um período histórico em que recorremos, primordialmente, à Ciência para a resolução de nossos problemas (ALBUQUERQUE, 1995). É pertinente presumir esta conduta, pois, tanto na clínica médica quanto na psicológica, projetamos um lugar de saber e poder acerca da constituição e funcionamento de nossos corpos. A Clínica domina um saber, legitimado pelo poder científico, de nossa natureza humana, que nos impõem um estado ideal e saudável, normal, de como deveríamos ser e estar no mundo. Se, porventura, desviamos do presumido idealizado estado “natural” do qual deveríamos nos apresentar, logo nos sujeitamos ao olhar clínico da medicalização, capaz de nos (re)conduzir ao imperativo maior de normalização (FOUCAULT, 2001).

A palavra normal vem do latim *normalis*, “de acordo com a regra”, originalmente “feito de acordo com o esquadro do carpinteiro”, que era chamado *norma* e era usado para marcar ângulos retos. Canguilhem (2002) ajuda a entender o porquê da busca da norma única, a partir das discussões sobre a normalidade e a saúde/doença. Ele contrapõe-se ao paradigma positivista, que entende a saúde e doença como momentos de uma mesma norma, isto é, diferentes apenas por aspectos quantitativos, ao construir uma concepção vinculada ao paradigma dialético. Neste paradigma, saúde e doença pertencem a normas distintas, isto é, embora existam diferenças quantitativas, o que realmente as distingue são as qualidades.

Canguilhem (2002) entende a saúde como a capacidade de ser normativo em qualquer situação ou ambiente, isto é, como normatividade, como capacidade de se adaptar a qualquer ambiente, adaptação entendida como domínio do ambiente e condições de impor suas próprias normas, ao invés de submeter-se a normas externas. Para ele:

O normal não é um conceito estático e pacífico, e sim conceito dinâmico e polêmico. [...] quando se sabe que “norma” é a palavra latina que quer dizer esquadro e que “normalis” significa perpendicular, sabe-se praticamente tudo o que é preciso saber sobre o terreno de origem dos termos norma e normal [...] uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. “Normar”, normalizar, é impor uma exigência, a um lado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho (CANGUILHEM, 2002, p. 211).

Anormal seria, portanto, a fuga, o desvio do ângulo. O normal é, por conseguinte, a extensão e a exibição da norma. Ele indica regras e faz com que elas se multipliquem; o normal quer capturar tudo que lhe escapa. Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para

endireitar aquilo que resiste à sua aplicação. A norma se propõe à unificação do diverso, à homogeneização da diferença, à discriminação das especificidades considerando a oposição polar de um positivo e de um negativo. Para Foucault (2001, p. 62), a norma:

[...] não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma, é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício de poder se acha fundado e legitimado.

O poder psiquiátrico é um modo de gerir, de administrar; podendo estar presente nas instituições sociais (escola, hospitais, entre outros), como disseminados nas relações e discursos que anormalizam os sujeitos. É um regime de domínio, uma tentativa de subjugar, uma forma de definir direções.

Portanto, “[...] a Medicina é um saber que incide ao mesmo tempo sobre o corpo, sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos, tendo, portanto, efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2002, p. 302). Foi possível verificar que o governo sobre os corpos e as populações se faz através dos biopoderes. Porém, se faz necessário entendermos como se procedeu a passagem que Foucault e Deleuze ressaltam da sociedade disciplinar para a sociedade do controle. Vamos entender adiante como a medicalização ganhou força na sociedade de controle.

2.3 As sociedades de controle e a medicalização

Ao analisar as transformações políticas, econômicas e institucionais que assolaram o planeta nas últimas décadas do século XX, Gilles Deleuze (1992) afirmou que a sociedade disciplinar¹⁸ teorizada por Foucault começava a ser substituída pela sociedade de controle¹⁹.

18 [...] os sistemas punitivos eram recolocados em certa “economia política” do corpo; mesmo não recorrendo a castigos violentos ou sangrentos, e utilizando métodos “suaves” de trancar ou corrigir, é sempre o corpo de que se trata - do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade, de sua repartição e de sua submissão (FOUCAULT, 2009, p. 28).

19 Encontramo-nos numa crise generalizada, de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. A família é um “interior”, em crise como qualquer outro interior, escolar, profissional etc. os ministros competentes não param de anunciar reformas supostamente necessárias. Reformar a escola, reformar a indústria, o hospital, o exercito, a prisão, mas todos sabem que essas instituições estão condenadas, num prazo mais ou menos longo. Trata-se apenas de gerir sua agonia e ocupar as pessoas, até a instalação das novas forças que se anunciam. São as “sociedades de controle” que estão substituindo as sociedades disciplinares (DELEUZE, 1992, p. 220).

Nesse texto, faz uma leitura fundamental acerca das mudanças atuais, sugerindo que estaríamos vivendo um tempo que se caracteriza por uma passagem de uma sociedade “moderno-industrial”, descrita por Foucault como uma “sociedade disciplinar”, para outro tipo de sociedade, uma “sociedade do controle”. O que parece ser sugerido por esse texto de Deleuze é que as formas de subjetivação, seus lugares e seus efeitos de gozo ganham uma nova roupagem e um novo campo: o mercado. Por outro lado, estaríamos inaugurando uma nova sociedade em que o confinamento deixa de ser sua técnica principal.

Como esclarece Hardt (2000, p. 357), “os muros das instituições estão desmoronando de tal maneira que as lógicas disciplinares não se tornam ineficazes, mas se encontram, antes, generalizadas como formas fluidas através de todo o campo social”. Ou seja, o controle disciplinar, que na descrição foucaultiana caracterizava determinadas instituições com arquitetura definida pelo “panóptico” (FOUCAULT, 2009) – as prisões, as escolas, as fábricas, as famílias etc. –, estende-se agora por todo o tecido social, produzindo um tipo de controle mais estratégico, mas nem por isso menos intenso. Pelo contrário, a lógica da sociedade de controle aboliu os muros das instituições, mas mantém um controle ainda mais intenso, através de uma lógica de mercado que invadiu todos os espaços, sejam institucionais ou subjetivos; característica muito própria do capitalismo²⁰ recente. Para Hardt (2000, p.372), na leitura que faz do texto de Deleuze, “não se pode pensar a sociedade de controle sem se pensar o mercado mundial”. Estamos diante da inserção de forma imanente da lógica do biopoder e da lógica capitalista no espaço social, nos corpos e nas subjetividades.

Se numa sociedade dita disciplinar ainda tínhamos a ilusão de transitar de uma esfera institucional para a outra, da família para a escola, da escola para a fábrica, da fábrica para a caserna, da caserna para o hospital, numa sociedade do controle como a nossa essa margem de manobra parece ter se esvaído. Em suma, o corpo, o psiquismo, a linguagem e a comunicação e mesmo a vida onírica, mesmo a fé, nada disso preserva já qualquer exterioridade em relação aos poderes, não podendo, portanto, servir-lhes de contrapeso ou de âncora crítica na resistência a eles. Os poderes operam de maneira imanente, não mais de fora, nem de cima, mas como que por dentro, incorporando, integralizando, monitorando, investindo de maneira antecipatória até mesmo os possíveis que vão se engendrando, ou seja,

²⁰ Sociedade capitalista constituída de políticas neoliberais.

colonizando o futuro. Pelbart (2013)²¹ avança em relação aos estudos sobre o poder na sociedade de controle. Para ele,

[...] o poder tomou de assalto a vida, isto é, o poder penetrou todas as esferas da existência e as mobilizou e colocou para trabalhar em proveito próprio. Desde os gens, o corpo, a afetividade, o psiquismo até a inteligência, a imaginação, a criatividade. Tudo isso foi violado e invadido, mobilizado e colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes. Em todo o caso, o que talvez seja relativamente novo é que estes poderes se exercem de maneira positiva. Eles investem cada vez mais a vitalidade social de cabo a rabo, intensificando-a, otimizando-a e, ao mesmo tempo, monitorando essa vitalidade social como que por dentro, pilotando-a e integrando os seus elementos, ou seja, não é mais um poder que reprime propriamente, mas que intensifica e incita.

Aquilo que parecia inteiramente submetido, aquilo que parecia subsumido, controlado, dominado, isto é, a vida, na realidade, revela a sua positividade indomável. Poderíamos resumir este movimento do seguinte modo: ao biopoder, quer dizer, ao poder sobre a vida, responde a biopotência, isto é, a potência da vida. Isso significa talvez que a própria vitalidade social, quando iluminada pelos próprios poderes que a vampirizam, aparece subitamente como uma potência que já estava lá desde sempre (PELBART, 2002).

Ou seja, a vida aparece agora ela mesma como um capital, ou melhor, uma fonte maior de produção de valor, como reservatório inesgotável de sentido, de formas de existência, de direções que extrapolam em muito as estruturas de comando e os cálculos dos poderes constituídos que pensavam pilotá-la. Seu único capital sendo a sua vida no seu estado extremo de sobrevivência e de resistência. É essa vida que capitalizaram e que assim se autovalorizou e produziu valor.

É aqui que situamos o fenômeno da medicalização da vida, como biopoderes que operam sobre os corpos, controlando-os e submetendo-os, mas ao mesmo tempo como potência de vida. Como poder sobre a vida e como potência de vida. Potência de se permitirem seres sujeitos com singularidade, que resistem aos modos “normais” de se comportarem, de aprenderem e assim, criam novas formas de existências. Mas a medicalização tenta apagar essas potências, mas, como diz Foucault (1977a, p. 188), “que a vida tenha sido exaustivamente integrada às técnicas que a dominam e administram; ela escapa sem cessar”. Segundo Negri (apud PELBART, 2002, p.42-43):

²¹ Fala apresentada no 3º Seminário Internacional sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade em 2013, São Paulo. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/63611-viver-nao-e-sobreviver-para-alem-da-vida-aprisionada-peter-pal-pelbart-primeira-parte>>.

[...] ao lado do poder há sempre a potência, ao lado da dominação há sempre a insubordinação e trata-se de cavar, continuar a cavar a partir do ponto mais baixo. Esse ponto é simplesmente aquele onde as pessoas sofrem... ali onde elas são mais pobres e mais exploradas, ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe pois tudo isso é a vida e não a morte.

É possível ampliar a ideia da medicalização: não se trata então somente da tradução de problemáticas sócio-políticas em problemas individuais pertencentes ao universo de cuidados próprio à medicina. Trata-se também de reconhecer um discurso que constitui o homem no mundo moderno indissociável de uma percepção medicalizada de si, dos acontecimentos que o envolvem, sociais ou particulares. Discurso que dessubjetiva o homem, e olha para o corpo separado do seu contexto cultural e social.

Nardi e Ignácio (2007) trabalham com o conceito de medicalização como interior à biopolítica, como um dispositivo que age como uma forma de individualização do poder, na medida em que o consumo de psicofármacos se constitui em uma tecnologia de si. A biopolítica, para Foucault (2002), consiste na ação do Estado ao controlar os corpos da mesma forma que controla a população. Assim a medicalização também adquire esta dupla faceta, ao controlar os corpos individualmente e ao utilizar as ferramentas de gestão da população.

Para entender a mudança que vem ocorrendo nos últimos anos na forma de redefinição dos sofrimentos humanos cotidianos, é fundamental colocar em jogo a intersecção das novas produções científicas com os novos procedimentos diagnósticos, o desenvolvimento e marketing da indústria farmacêutica²² e a difusão, no senso comum, dos fundamentos biológicos do que é próprio do humano. No entanto, não se trata de fazer frente a um desenvolvimento no campo científico que trouxe grandes contribuições para o tratamento dos sofrimentos psíquicos, nem tampouco advogar em favor do abandono das pesquisas biológicas, mas exercer com cuidado a crítica de seus efeitos, quando disseminados no espaço social como visão hegemônica acerca da subjetividade.

Como nos tornamos seres neuroquímicos? Como passamos a pensar sobre nossa tristeza como uma condição chamada “depressão” causada por um desequilíbrio químico no cérebro e sensível ao tratamento por drogas que fariam o “reequilíbrio” dessa química? Como passamos a experimentar nossas experiências e preocupações em casa e no trabalho como “transtorno de ansiedade generalizada”, também causado por desequilíbrios químicos que podem ser corrigidos pelo uso de drogas?

²²A história da produção das drogas psiquiátricas não é recente, inicia-se com o uso da clorpromazina em 1952, em pacientes psicóticos no hospital de Saint-Anne, na França. Desde então, as pesquisas em psicofarmacologia procuram a sintetização de drogas cada vez mais específicas e que tenham cada vez menos efeitos colaterais. Ao longo dos últimos 60 anos, encontramos no mercado novas versões dos tradicionais antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos e dos psicoestimulantes. O marketing dos medicamentos promete efeitos cada vez mais precisos, e ligados a sintomas também específicos de cada transtorno descrito na literatura médica (GUARIDO, 2008).

Como nós – ao menos aqueles que moram nos Estados Unidos - passamos a codificar a desatenção, dificuldades de organizar tarefas, inquietação, excessiva falação e barulho, impaciência e coisas parecidas, das crianças, como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, tratável com anfetaminas? Como alguns de nós passamos a entender mudanças de humor na última semana do ciclo menstrual – humor depressivo, ansiedade, labilidade emocional e diminuição do interesse pelas atividades – como “transtorno disfórico pré-menstrual”, tratável com uma pequena dose das mesmas drogas que se tornaram populares no tratamento da depressão – hidroclorito de fluoxetina? [...] E esta recodificação dos afetos e condutas cotidianos, em termos de sua neuroquímica, é somente um elemento de uma ampla mutação através da qual nós, no ocidente, especialmente nos Estados Unidos, passamos habitualmente a entender nossas mentes e nosso ser em termos dos nossos cérebros e corpos (Rose, N. Documento on-line) [tradução livre] apud GUARIDO, 2008).

Podemos entender também o ato de diagnosticar inadequada e excessivamente os comportamentos da vida cotidiana como uma das ações do dispositivo da medicalização da vida. Porque, após dado o diagnóstico, o passo seguinte mais comum é pensar em estratégias de tratamento, mais especificamente tratamento medicamentoso. Esses discursos que vão construindo o corpo patológico são discursos com força de verdade cujo ponto de referência será sempre o indivíduo, seus hábitos, seu modo de ser.

Definimos, portanto neste trabalho, a medicalização da vida como um dispositivo que opera por meio do biopoder, que se apresenta na gestão que o homem, a partir da modernidade, faz de sua saúde, de seu bem-estar, bem como de seu comportamento e das representações de si mesmo. O biopoder – no contemporâneo, o poder do império (HARDT, 2000), poder universal que organiza uma nova ordem mundial – incide não mais apenas sobre corpos, mas também sobre o próprio viver. A medicalização da vida como um dispositivo que opera através do biopoder, como gestão da vida e como potência de vida.

Talvez Foucault continue tendo razão. Hoje em dia, ao lado das lutas tradicionais contra a dominação, por exemplo de um povo contra o outro, e contra a exploração de uma classe sobre a outra, é a luta contra certas formas de assujeitamento, isto é, de submissão das subjetividades que prevalece. Como pensar as subjetividades em revolta? Como pensar a capacidade de constituir territórios subjetivos que comportem linhas de fuga e desterritorializações diversas? Como mapear o sequestro social das vitalidades, mas igualmente as estratégias de reavivação social de constituição de si, individual e coletiva? (PELBART, 2013).

Interessa-nos, neste momento, pensar uma etapa da vida sobre a qual a medicalização incide vertiginosamente na atualidade: a infância e adolescência. De que modo a preocupação com a infância se constituiu, sendo necessário o saber médico se apropriar e cuidar dessa fase da vida?

Portanto, vamos nos concentrar na discussão sobre a concepção de infância e adolescência, para então discutirmos como foi se constituindo a infância e adolescência anormais.

3 A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ANORMAIS

Cena 3: João me contou, todo sorridente e dando gargalhadas, sobre a sua infância. Ele ia com os amigos do bairro na padaria e pegavam massinha de pão para jogar nas pessoas. Ficavam brincando de jogar nos carros também. Ao narrar sua história, João dá muitas risadas! Sua expressão muda e demonstra lembrar com felicidade de sua infância. Morava com os avós e eles tentavam controlar o menino, mas segundo ele, não conseguiam. Uma turma se juntava na rua e planejavam suas bagunças. Adorava ficar na rua! Lembrou que já na adolescência foram para a festa junina da cidade e lá beberam quentão escondido. Aprontava na escola também, colocava apelido nas professoras e em outros alunos. Agitava a classe toda. Já seu pai traz outro teor sobre essas histórias de João, para ele João só aprontava e não fazia nada certo, só dava trabalho. O pai acha isso até hoje! João não era um menino comportadinho, ele era o menino ‘inconveniente’! Nas histórias que João foi contando, vemos o João-criança e o João-adolescente. Mas, pelos relatos encontrados no prontuário dele, pela fala da professora e de seu pai, eram esperados outros comportamentos de João. Eles esperavam outro João-criança, outro João-adolescente. Parece que eles tinham um modelo ideal de criança, adolescente e jovem, de como devem agir, se comportar e aprender. E João não atendia a esse modelo.

Neste capítulo, pretendemos mostrar o contexto e as circunstâncias históricas e sociais em que a concepção de infância e de adolescência foi se constituindo e criando uma forma de ser criança e adolescente. Vamos falar da construção de uma infância e adolescência anormais, por meio de alguns discursos: do movimento de higiene mental e da constituição da psiquiatria infantil, entre outros.

3.1 A constituição da infância e adolescência

A infância, na modernidade, é reconhecida não somente como um tempo particular da constituição humana, mas também entendida como tempo de preparo, de cuidado e prevenção para a produção de indivíduos capazes para o trabalho e saudáveis. As relações de saber-poder que incidem sobre a infância e o que entendemos a respeito do ser-criança no contemporâneo são efeitos emergentes de uma luta de forças múltiplas, que se atualizam em formas visíveis e dizíveis de um modo de subjetivação dominante (DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013).

A descrição de Philippe Ariès, no clássico livro ‘História Social da Criança e da Família’ (1978), recupera a trajetória da infância, desde a Antiguidade, ajudando a compreender a sociedade europeia a partir do século XVII e sua influência na construção do pensamento moderno do modelo de cuidado e proteção da infância. Para Ariès, o sentimento de infância data do século XIX. Até então, as crianças eram tratadas como adultos em miniatura ou pequenos adultos. Os cuidados especiais que elas recebiam, quando os recebiam,

eram reservados apenas aos primeiros anos de vida, e aos que eram mais bem localizados social e financeiramente.

Com o advento da industrialização e das mudanças sociais decorrentes desse momento, a criança e a família assumem novo lugar. A partir do Séc. XVII, a escolarização de crianças realizada por instituições separa-as do mundo adulto, e a responsabilidade por essa separação foi atribuída por reformadores católicos ou protestantes ligados à Igreja, às leis e ao Estado, com a cumplicidade sentimental das famílias. O autor destaca outra transformação importante:

A família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre cônjuges e entre pais e filhos, algo que ela não era antes. Essa afeição se exprimiu, sobretudo, através da importância que se passou a atribuir a educação. Não se tratava mais apenas de estabelecer os filhos em função dos bens e da honra. [...] A família começou então a se organizar em torno da criança e a lhe dar uma importância, que a criança saiu do anonimato, que se tornou impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, que ela não pôde mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela (ARIÈS, 1978 p.11-12).

Heywood (2004 apud FROTA, 2007) faz uma crítica severa aos estudos de Ariès. Para ele, o estudioso foi ingênuo no trato com suas fontes históricas, extremamente centrado na Idade Média, e muito exagerado ao afirmar a inexistência de infância na civilização medieval. O autor mostra, no seu trabalho, que havia uma infância presente na Idade Média, mesmo que a sociedade não tivesse tempo para a criança. Ao mesmo tempo, apresenta a tese de que a Igreja já se preocupava com a educação de crianças, colocadas ao serviço do monastério. Já no século XII, assegura o estudioso, é possível encontramos indícios de um investimento social e psicológico nas crianças. Nos séculos XVI e XVII já existia “uma consciência de que as percepções de uma criança eram diferentes das dos adultos” (HEYWOOD, 2004, p. 36-7 apud FROTA, 2007). O século XIX inaugurou uma criança sem valor econômico, mas de valor emocional inquestionável, criando uma concepção de infância plenamente aceita no século XX. Na verdade, como é possível percebermos,

[...] a história cultural da infância tem seus marcos, mas também se move por linhas sinuosas com o passar dos séculos: a criança poderia ser considerada impura no início do século XX tanto quanto na alta Idade Média (HEYWOOD, 2004, p. 45 apud FROTA, 2007).

Contudo, o que observamos no ocidente foi que o movimento de particularização da infância ganhou forças a partir do século XVIII. A família sofreu grandes transformações e

criaram-se novas necessidades sociais nas quais a criança era valorizada enormemente, passando a ocupar um lugar central na dinâmica familiar. A partir de então, o conceito de infância se evidencia pelo valor do amor familiar: as crianças passam dos cuidados das amas para o controle dos pais e, posteriormente, da escola, passando pelo acompanhamento dos diversos especialistas e das diferentes ciências (Psicologia, Antropologia, Sociologia, Medicina, Fonoaudiologia, Pedagogia, dentre outras tantas).

As ideias de Jacques Donzelot (1986), no livro ‘A Polícia das Famílias’, remetem a indagações sobre o lugar singular da família nas sociedades ocidentais. Segundo ele,

[...] o sentimento moderno da família teria surgido nas camadas burguesas e nobres do Antigo Regime estendendo-se, posteriormente, através de círculos concêntricos, para todas as classes sociais, inclusive o proletariado do fim do século XIX (p. 11).

Donzelot (1986, p. 12) remete-se a Foucault para entender o mecanismo familiar e suas relações com a atual organização social:

[...] essa proliferação das tecnologias que irão investir sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e de morar, as condições de vida, o espaço completo da existência, a partir do século XVIII, nos países europeus. Técnicas que, no seu ponto de partida, encontram seu pólo de unificação naquilo que então se chamava de polícia: não no sentido restritivamente repressivo que lhes atribuímos atualmente, mas segundo uma acepção, mais ampla englobando todos os métodos de desenvolvimento da qualidade da população e da potência da nação.

Donzelot assinala que, a partir de meados do Século XVII, o tema “conservação de crianças” é tratado abundantemente por médicos e administradores, que discutem os costumes educativos. Acentua, portanto, a intervenção do poder público na vida privada, da medicina, ou do conhecimento médico na vida familiar.

Sinaliza, no entanto, que havia diferenciação na forma de intervir e controlar as famílias dependendo de sua classe social. Se na família rica podia-se intervir através da educação ou mesmo por meio da aliança com os médicos, nas classes pobres analfabetas e sem acesso a um médico essa intervenção apresentava-se diferentemente. Sob a aparente preocupação em garantir a conservação de crianças, tinha-se o objetivo de intervir nas classes populares, estendendo-se os preceitos higienistas contra a imoralidade e a falta de higiene.

No Brasil, podemos dizer que a infância, gradativamente, deixa de ser uma categoria social ignorada para ser objeto de interesse da família e da Igreja e, por fim,

responsabilidade do Estado. A preocupação do Estado em relação à infância teve início com a proclamação da república. O regime republicano propunha outra organização social: tudo que era relacionado ao antigo regime passou a representar atraso e ignorância. O Brasil seria reconstruído e a nova nação brasileira estaria livre do passado colonial. Para isso, o Estado, defendendo o nacionalismo, teria que propor também modificações nas próprias relações entre os indivíduos.

É neste contexto político, associado às ideias da puericultura²³ e às teorias do positivismo, evolucionismo e darwinismo, que surge a preocupação com a infância no Brasil. A criança deveria ser educada visando ao futuro do Brasil, transformando-se em símbolo do porvir e de esperança. De categoria social ignorada transforma-se em patrimônio da nação. Zelar pela criança passa a significar um gesto de humanidade, de patriotismo (RIZZINI, 2008). A infância passa a ser considerada como o principal campo sobre o qual o Estado deveria intervir para a construção de uma sociedade sadia, por meio da normatização dos indivíduos.

Nesse momento, observamos que a ciência médica, paulatinamente, destituiu o papel da Igreja na determinação de padrões morais, físicos e intelectuais e passa a exercer grande influência sobre os indivíduos, propondo e impondo normas de saúde. Esta ascensão da medicina sobre o corpo social deve ser compreendida não apenas em decorrência do desenvolvimento da ciência, por meio de estudos e pesquisas, mas também pela união entre a classe médica e a elite brasileira. Desta forma, a medicina se tornou uma aliada da elite, pois funcionou como instrumento de acesso aos costumes e valores da população (COSTA, 2004).

Compondo tal cenário, médicos e higienistas, valendo-se de conhecimentos e métodos de combate de doenças, exerciam um rígido controle e vigilância sobre as crianças pobres e suas famílias, possíveis focos de epidemias sociais. Ressalta-se que aos juristas cabia

²³ Trata-se de um campo do saber que se ocupa da concepção, do nascimento e do desenvolvimento da criança, através de um conjunto de instrumentos médico sociais (DECATELLI; BOHRER; BICALHO, 2013). Existe, porém, outra maneira de se conceber a puericultura, presente em um grande número de publicações que surgiram a partir da década de 60 e que têm em comum a crítica a esse caráter neutro e positivo da puericultura. Utilizando referenciais teóricos das ciências sociais, muitos autores entendem a puericultura como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, com motivos, objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança. Existiriam, assim, encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil através da educação, outros projetos, como o do estabelecimento de um padrão de comportamento não só para as crianças, mas para as famílias como um todo, de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes. Assim, a puericultura representaria a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no século 18, que visava à conservação das crianças, essencial para os grandes Estados modernos, os quais mediam as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos (DONZELOT, 1986).

o controle dos menores delinquentes ou em “perigo de ser”, cabendo medidas coercitivas e inibitórias. Todos se valiam do mesmo paradigma para intervir na vida das pessoas, sob a justificativa de uma “missão” moralizadora.

A família e o Estado são os responsáveis por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança. Há que se manter, então, constante monitoramento de tal responsabilidade. Donzelot associa a constituição de uma polícia das famílias como efeito-instrumento do biopoder (DECATELLI; BOHRER; BICALHO, 2013).

Assim, Decatelli, Bohrer e Bicalho (2013) colocam que o saber médico vai adentrando outros espaços de gestão, aumentando seu poder de jurisdição. Ele passa a ser produzido dentro de um número cada vez maior de encontros com outras instâncias de controle social, destacando-se dentre elas o sistema legal, o aparato jurídico e o espaço doméstico. Ele vai exercendo poder sobre a vida, ao passo que prescreve para a população normas de higiene e de controle social por meio da imposição de normas familiares burguesas e da apropriação da infância. É a vez da regulação do corpo-espécie. E instituições como família e infância tornam-se alvo de incidência de poder, em uma lógica de proteção e de diminuição de riscos. Como aponta Abreu (2006), as estratégias de biopoder que buscam prevenir riscos vão desenvolvendo-se e penetrando nas mais diferentes esferas, buscando sempre garantir saúde e vida.

Do mesmo modo que afirmou o caráter moderno da infância, Ariès (1978) acredita que a adolescência também nasceu sob o signo da Modernidade, a partir do século XX. Assim como a infância, a adolescência é também compreendida hoje como uma categoria histórica, que recebe significações e significados que estão longe de serem essencialistas.

Atualmente, fala-se da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano que faz uma ponte entre a infância e a idade adulta. Nessa perspectiva de ligação, a adolescência é compreendida como um período atravessado por crises, que encaminham o jovem na construção de sua subjetividade. Porém, a adolescência não pode ser compreendida somente como uma fase de transição²⁴.

²⁴ Adolescência, período da vida humana entre a puberdade e a adultície, vem do latim *adolescencia*, *adolescere*. É comumente associada à puberdade, palavra derivada do latim *pubertas-atis*, referindo-se ao conjunto de transformações fisiológicas ligadas à maturação sexual, que traduzem a passagem progressiva da infância à adolescência. Esta perspectiva prioriza o aspecto fisiológico, quando consideramos que ele não é suficiente para

É no sentido de refletir sobre a adolescência construída historicamente que Aguiar, Bock e Ozella (2001) apontam elementos fundamentais para a compreensão da adolescência numa perspectiva sócio-histórica. Para eles é necessário não perder de vista o vínculo entre o desenvolvimento do homem e a sociedade. Além disso, existe uma emergência de se “despatologizar” a noção do desenvolvimento humano, em especial a adolescência, reconstruindo a compreensão desta e sua expressão social.

Enquanto construção da modernidade, a adolescência contemporânea foi engendrada a partir de um contexto de crises e contestação social. Segundo Abramo (1994), esse fenômeno facilitou que se plasmasse tal caracterização como a característica própria dos jovens. É possível vermos que a virada para o século XX traz consigo a invenção de uma adolescência representada como uma fase de “tempestades e tormentas”²⁵ e germe de transformações.

Com a sociedade neoliberal, sob a ênfase do mercado e do consumo, envolvida nas questões tecnológicas e nas mudanças do padrão social e culturas das massas, a juventude vem sendo colocada em situação de grande vulnerabilidade social. Nascimento (2002) considera que os jovens parecem se encontrar encurralados dentro de condições sociais que aumentam em muito sua vulnerabilidade. Há a construção de uma “nova periculosidade” relativa à demonização de tudo que pareça rebeldia, desobediência ou conflito. Nesse contexto, no qual os processos de marginalização e exclusão se conjugam com os de subjetivação, onde as tecnologias políticas são cada vez mais tecnologias de produção de identidades, é bom lembrar o peso que exercem os imaginários sociais sobre a produção das “adolescências” e a densidade mesma dos efeitos de realidade que estão provocando, favorecendo o exílio do adolescente e/ou criminalização (VICENTIM; ROSA, 2009).

Por outro lado, a tematização da juventude pela ótica do “problema social” é histórica e já foi assinalada por muitos autores. A juventude só se torna objeto de atenção enquanto representa uma ameaça de ruptura com a continuidade social. Seja porque o

se pensar o que seja a adolescência. Penso que o que hoje denominamos infância e adolescência, enquanto idades cronológicas, sempre existiram. No entanto, para se fazerem concretas, constituíram-se historicamente dentro das sociedades. Sendo assim, não é possível se enquadrarem as coordenadas de diversas histórias social e cultural da adolescência do mesmo modo, uma vez que não falamos de uma homogeneidade entre as histórias ou sequer entre os termos definidores do tempo (FROTA, 2007).

²⁵ O movimento hippie, da década de 60, e o juvenil, de 1968, contribuíram para formar um discurso sobre o que é ser adolescente, instituindo o modelo masculino, da classe média, como o estalão privilegiado. Por toda a década de 70, o movimento de ampliação da contracultura juvenil continuou se expandindo. Mas a história não pára e, na década de 80, acontece uma fragmentação nos movimentos juvenis. Grandes mudanças surgem no plano político, o mesmo acontece no espectro público da juventude brasileira (FROTA, 2007).

indivíduo jovem se desvia do seu caminho em direção à integração social (por problemas localizados no próprio indivíduo ou nas instituições encarregadas de sua socialização ou ainda por anomalia do próprio sistema social), seja porque um grupo ou movimento juvenil propõem ou produz transformações na ordem social ou ainda porque uma geração ameace romper com a transmissão da herança cultural. Mas queremos trazer outra ótica, pois ao privilegiar o foco de nossa atenção sobre os jovens como emblemas dos problemas sociais, muitas vezes não conseguimos enxergá-los e entendê-los propriamente; e, como consequência, nos livrar de uma postura de desqualificação da sua atuação como sujeitos (ABRAMO, 1997).

Portanto, conforme Bocco, Coimbra e Nascimento (2005), preferimos usar os termos jovem e juventude em vez de adolescente e adolescência, uma vez que podem não se referir estritamente a uma faixa etária específica, nem a uma série de comportamentos reconhecidos como pertencendo a tal categoria. Pensar em juventude pareceu até agora a melhor forma de trazer uma intensidade juvenil em vez de uma identidade adolescente quando pensamos no público com o qual trabalhamos, ou seja, crianças e jovens caracterizados como perigosos em potencial. Com isso, enfatizamos as forças que atravessam e constituem os sujeitos em vez das formas com que se tenta defini-los.

Vimos o conceito de infância e adolescência como categorias históricas e sociais, no qual a infância passa a ser cuidada e tutelada e como a adolescência foi sendo vista como uma fase de rebeldia e crise. Porém, agora problematizaremos como o Movimento de Higiene Mental e a Psiquiatria se apoderaram dessas fases da vida.

3.2 O Movimento de Higiene Mental

Pretendemos discutir, neste momento, a ascensão da Higiene Mental na sociedade brasileira no século XIX, em decorrência de mudanças²⁶ ocorridas no contexto social e econômico.

Como vimos, ocorre uma reconfiguração de classe social: a classe pobre, formada por ex-escravos e imigrantes. A pobreza, entretanto, era associada à degradação. Os pobres, a criminalidade e a mendicância não se encaixavam no futuro da nação. Assim, educar e ensinar

²⁶ A proclamação da República e a abolição da escravatura proporcionaram mudanças importantes na ordem social, educacional e econômica. O processo de independência do Brasil fez emergir duas novas classes sociais: uma classe pobre, composta de ex-escravos, e uma classe rica, a burguesia, que via na medicina um meio de propagar suas ideias políticas (SERRA, 2011).

novos costumes para a massa pobre passa a ser legitimado e necessário. Dentro dessa perspectiva, os médicos são convocados a elaborar uma nova estrutura física para as cidades e uma nova organização da população. O movimento da Higiene Mental se encarrega desta tarefa e cria, em relação às cidades, novas políticas de higienização e saneamento. Já para a população²⁷, o movimento determina novos comportamentos e valores morais que deveriam ser cumpridos para garantir a saúde do indivíduo e, por consequência, o progresso do país (SERRA, 2011).

No Brasil, o Movimento da Higiene Mental²⁸ teve seu auge entre as décadas de 20 e 30 no século XX, com significativa importância no cenário político (MACIEL, 2011). O Movimento era composto principalmente por médicos e propunha uma reorganização social que defendia a eugenia (preocupavam-se com a mistura das raças) e a preservação da ordem pública. Podemos dizer que a higiene mental baseia-se na ideia de que há um conhecimento único e que, a partir dele, poder-se-ia criar “uma boa sociedade com cidadãos bons e saudáveis”. Assim, a hereditariedade era tida como determinante de traços físicos e de capacidades mentais. Essa premissa ressaltava a periculosidade das classes pobres e colocava na intervenção médica a solução para a evolução humana e aperfeiçoamento da espécie, isto é, a ciência poderia acelerar e garantir a melhoria da raça por medidas preventivas (SERRA, 2011).

Como resultado do avanço da industrialização, vemos, no Brasil, durante o século XX, um crescimento populacional das cidades. As cidades se tornaram centros urbanos importantes e as capitais se desenvolveram. Com o objetivo de garantir a saúde da população, isto é, descobrir, prevenir e tratar doenças, os médicos higienistas criavam normas para o cotidiano das pessoas. Os novos projetos urbanísticos, por sua vez, foram responsáveis pela segregação espacial e pela normatização do uso da cidade (RIBEIRO, 2006).

²⁷ Um exemplo disso pode ser observado no fato de que o Estado, ao constatar a existência de um número grande de pobres e mendigos nas cidades, muitos dentre eles ainda crianças, utilizou-se do saber médico para intervir junto a essa população. As crianças tiveram como solução a educação e a disciplina. Foram encaminhadas para instituições educativas que seriam responsáveis pelo ensino de bons hábitos. Além disso, observamos que a instituição familiar também sofreu mudanças e passou a ter o dever de educar os filhos sob as novas regras definidas pelo Movimento de Higiene Mental. Os costumes, condutas e padrões de comportamento foram modificados tão radicalmente que as práticas coloniais ligadas à infância e à família foram extintas (RIZZINI, 2004).

²⁸ O discurso sobre a higiene mental buscou sustentação teórica no uso constante dos referenciais e conceitos psicológicos, destacadamente, os psicanalíticos no que diz respeito à constituição do aparelho psíquico. Esse discurso alertava que, como a formação da personalidade se dava na infância e para que um indivíduo desenvolvesse sentimentos sadios, era preciso que ele fosse submetido a uma série de procedimentos que “estruturariam seu ego e preveniriam patologias”. Esses procedimentos foram estabelecidos num ramo da psiquiatria chamado de higiene mental, que conclamava agentes sociais na propaganda de suas ideias (BAUTHENEY, 2011).

As intervenções do Movimento, baseadas no discurso da ciência, inseriam-se em diferentes instituições: a escola, a fábrica, a família etc. A família e a escola eram as principais responsáveis pela educação e formação das crianças e, como consequência, sofreram modificações significativas (GOMES, 2009). É importante citar que as ações defendidas pelo movimento em relação à infância eram, segundo Serra (2011), justificadas por serem medidas profiláticas para impedir manifestações anormais, isto é, evitar delinquências e insanidades. Vale lembrar que a intervenção deveria acontecer antes mesmo do aparecimento de sintomas.

A escola era tida como o lugar de maior influência sobre o desenvolvimento das crianças. Deveria oferecer formação moral, física e intelectual, a fim de gerar comportamentos aceitáveis e capacitar as crianças para o convívio social. Era responsável por preservar a infância de influências negativas e moldá-la de acordo com a moral higienista. Assim, a escola tornou-se uma instituição que ditava regras e normas sociais norteadas pela disciplina e pela ordem (RIZZINI, 2004).

Além disso, a escola teria como função a detecção de anormalidades e de comportamentos impróprios que deveriam ser corrigidos. Para tanto, os higienistas realizavam, segundo Bueno (1993), inspeções médicas nas escolas, com o objetivo de detectar os anormais e capacitar os professores ensinando-lhes os preceitos de higiene mental. A criminalidade também era considerada um desvio de comportamento e que, como tal, necessitava de ações preventivas.

No que diz respeito à estrutura familiar, o movimento higienista ditava regras sobre como deveria ser uma vida familiar estável e feliz para criação de filhos saudáveis. As famílias, dessa forma, precisam aprender a cuidar e a educar suas crianças. Costa (2004) discorre acerca de uma ordem médica que, já no século XIX, submete a família moderna à tutela dos especialistas capazes de retomar seu equilíbrio e civilidade outrora perdidos. O Estado passou a interessar-se pela interferência nas relações de família, produzindo modificações importantes no trabalho, na habitação, na saúde e na urbanização. Assim, as mudanças na concepção e função das famílias produziram mudanças em todo o funcionamento social.

Segundo Serra (2011), a definição de um parâmetro de normalidade proferida pelo discurso do Movimento da Higiene Mental gerou um grande número de desviantes e, como consequência, legitimou as práticas psiquiátricas na sociedade. Podemos dizer que a

importância dos higienistas para a psiquiatria infantil foi a criação de uma ciência médica voltada para a criança e seu desenvolvimento. Apesar do movimento não se propor a investigar as patologias mentais, é ele que inaugura o conceito de normalidade da infância no Brasil (LOBO, 2008).

Devemos observar, entretanto, que infância anormal era um termo vago e bastante abrangente, incluindo também a pobreza e a criminalidade como anormalidade. Lobo (2008) salienta que os médicos higienistas brasileiros utilizavam o termo para designar as mais diversas classificações das crianças: idiotas, imbecis, surdas, mudas, cegas, epiléticas, histéricas, paráliticas, indisciplinadas, desequilibradas, viciadas e abandonadas. A autora destaca que o traço entre as anomalias era que, a partir de sua definição, forjavam-se práticas institucionais da medicina, da educação e da justiça.

O médico higienista Antonio Carlos Pacheco e Silva²⁹ tem papel fundamental na definição do conceito de infância anormal. Para ele, o saber médico era o responsável pela caracterização da criança. O médico era o único capaz de reconhecer o anormal e receitar-lhe tratamento. A classificação proposta por Pacheco e Silva, além de basear-se em definições morais de normalidade de comportamento, é ampla e pode abarcar a maioria das crianças. Pode-se dizer, então, que a definição de anormalidade na infância tem como consequência a patologização de comportamentos infantis e a criação de instituições de tratamento (SERRA, 2011).

Consideramos, entretanto, como prevaemente propulsor da psiquiatria infantil, o movimento da higiene mental, pois este demarca a infância como o principal objeto de estudo e de ações (GOMES, 2009). A psiquiatria se uniu à higiene mental numa relação vantajosa para as duas abordagens. Por um lado, a higiene mental carecia de uma teoria científica para corroborar seus ideais, que eram até então baseados apenas em valores morais, e a psiquiatria infantil, por sua vez, necessitava da ampliação de seus conhecimentos e inserção na sociedade (TELLES, 2006).

²⁹ Uma contribuição importante de Pacheco e Silva para o desenvolvimento do conceito de criança anormal foi a inclusão de psicopatias dentro das anormalidades da infância. Além do conceito de psicopatia, Pacheco e Silva classifica os débeis mentais ou oligofrênicos como crianças com dificuldades intelectuais. São também divididas pelo grau de comprometimento (idiotia, imbecilidade ou debilidade mental). De todo modo, são consideradas ineducáveis, e o tratamento recomendado é o encaminhamento para instituições assistenciais (SERRA, 2011).

3.3 A psiquiatria infantil

Trataremos aqui de como o saber psiquiátrico se apoderou de crianças e adolescentes. Porém, queremos enfatizar que ela não é a única instituição que fez esse movimento, mas vemos como essa concepção de infância anormal foi sendo construída por movimentos históricos, políticos e sociais.

As primeiras tentativas de inclusão da criança no saber psiquiátrico ocorreram no final do século XIX. Segundo Telles (2010), Bercherie divide o processo de consolidação da psiquiatria infantil em três etapas. A primeira etapa ocorreu durante o século XIX, entre 1800 e 1880. Durante este período, a psiquiatria tinha como objeto a deficiência mental na infância e sofria influência da pedagogia dos séculos XVIII e XIX. O segundo período teve início em 1880 com a publicação, na Europa, dos primeiros tratados de psiquiatria infantil. Observa-se, entretanto, que estes estudos tinham como objetivo investigar na criança síndromes mentais que acometiam os adultos, e não a observação de doenças mentais próprias da infância.

Ainda segundo a definição de Bercherie, o terceiro período ocorreu após a década de 1930. Segundo o autor, a partir deste momento, embora ainda pautada em orientação genética e funcionalista, a psiquiatria infantil se separa da psiquiatria do adulto e são desenvolvidas definições e práticas psiquiátricas exclusivas da infância, sofrendo contribuições psicanalíticas nas definições da clínica psiquiátrica da criança (TELLES, 2010).

Segundo Foucault (2006a), não havia distinção entre a loucura, a imbecilidade, a estupidez e a idiotia até o fim do século XVIII, essas eram uma espécie de loucura na categoria geral, sendo esta relacionada sempre a um enfraquecimento da razão, da função do pensamento, da capacidade de discernimento. Ele defende que foi a reelaboração do conceito de idiotia nos primeiros 50 anos do século XIX, que possibilitou a entrada da criança no discurso psiquiátrico. Assim, a psiquiatrização da criança não surgiu com a criança louca, mas sim com a criança idiota.

Discípulo de Philippe Pinel, Esquirol faz novas investigações sobre a deficiência mental e coloca o conceito de idiotia, não como doença, mas como sendo ausência de desenvolvimento (FOUCAULT, 2006a). Portanto, abriu-se a porta para a introdução da noção de desenvolvimento, sendo que essa noção traz uma dupla normatividade à infância. A primeira é em relação ao adulto considerado como tendo o desenvolvimento completo, e a

segunda é em relação às próprias crianças que determinam variedades de estágio e de velocidade no desenvolvimento (FOUCAULT, 2006a). Foucault acrescenta:

Vocês estão vendo que essa noção de desenvolvimento, apesar do uso grosseiro, propriamente binário que dele se faz, possibilita o estabelecimento de uma certa linha de clivagem entre duas espécies de características: as características de algo que define uma doença e as características de algo que é da ordem da enfermidade, da monstruosidade, da não-doença (FOUCAULT, 2006a, p. 262).

Segundo Foucault (2006a), Edouard Séguin³⁰, discípulo de Itard, foi o responsável pela institucionalização da psiquiatrização da infância. Como já apontamos, para Séguin a diferença entre o idiota e o retardado mental também girava em torno da ideia de desenvolvimento. Na primeira afecção haveria uma interrupção do desenvolvimento psicológico e fisiológico, enquanto que na segunda a questão estaria no ritmo, pois não ocorria parada no desenvolvimento, ele apenas se dava mais lentamente.

Há, entretanto, uma observação importante sobre a educação dos idiotas: estes devem ser especialmente educados e observados, pois a lentidão no desenvolvimento pode ocasionar o descontrole sobre os instintos da criança, levando-a a atitudes e comportamentos fora da normalidade. Os idiotas, portanto, não apresentam sintomas, mas estão entregues aos instintos.

O instinto é aquilo da infância que, dado desde o início, vai aparecer como não integrado, em estado selvagem, no interior da idiotia ou do retardo mental. A idiotia, diz Seguin, é uma enfermidade do sistema nervoso que tem por efeito radical subtrair o todo ou parte dos órgãos e das faculdades da criança à ação regular da sua vontade, que a entrega aos seus instintos e a retira do mundo moral (FOUCAULT, 2006a, p. 266).

Com a noção de instintos que Seguin traz à tona, vemos o aparecimento da criança anormal. Os comportamentos do idiota não são doentios, mas desviantes em relação a duas normatividades já citadas: a das outras crianças e a do adulto. Dessa forma, o idiota não é uma criança doente, mas uma criança anormal (FOUCAULT, 2006a). A categoria anomalia é rapidamente absorvida pela psiquiatria e, como vimos, não afetou o adulto, mas a criança. Foi por meio da psiquiatrização da infância que a ideia de anormalidade se constituiu e se disseminou para todo o campo social. Assim, a infância possibilitou a generalização da noção

³⁰ Em 1846, foi publicada uma obra inaugural para o campo da Educação Especial escrita por Édouard Séguin (1812-1880): Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas. Este autor apresentou, pela primeira vez na história, um método educacional voltado para os chamados idiotas, que até então eram considerados ineducáveis, aplicando o pressuposto do tratamento moral idealizado por Pinel à educação (BAUTHENEY, 2011).

de doença mental (LOBO, 2008). Nas palavras de Foucault: “A difusão do poder psiquiátrico se deu a partir da criança” (FOUCAULT, 2006a, p. 255).

Para Foucault (2006a), a criança passa a ser alvo de cuidados médicos nos hospitais e em instituições sanitárias, que eram instituições híbridas no campo da pedagogia e da saúde. Nesses locais, foi criado um sistema de aprendizagem em que é possível identificar os princípios de difusão do poder psiquiátrico em função do estabelecimento de um certo conceito de normalidade. Essa criança anormal saiu, então, do ambiente asilar/hospitalar, mantendo-se, no entanto, a indicação de institucionalização a qual se dará em instituições propriamente pedagógicas, como por exemplo, o que ocorreu na Escola Pacheco e Silva, fundada no interior do Complexo Hospitalar do Juquery³¹, em 1929.

Na internação dessas crianças, acompanhamos o exercício do poder psiquiátrico em estado puro, difundido por meio da educação dada a elas, na qual o que se destaca é o uso de tratamento moral para domar os instintos. Os mestres passam a ser responsáveis pela educação dessas crianças; sendo as famílias destituídas desse poder, o corpo desses alunos será então subjugado. Será o educador-psiquiatra quem ditará as normas do comportamento.

Ora, uma vez que foram assim postos no interior do espaço asilar, o poder que se exerce sobre as crianças idiotas é exatamente o poder psiquiátrico em estado puro e que assim vai ficar praticamente sem nenhuma elaboração. Enquanto no asilo para loucos vai se dar toda uma série de processos que vão elaborar de forma considerável esse poder psiquiátrico, este ao contrário vai se pôr a funcionar, se ligar ao internamento dos idiotas, e vai se manter anos a fio. [...] E encontramos exatamente, no interior dessa prática que foi absolutamente canônica para definir os métodos de educação dos idiotas, os mecanismos do poder psiquiátrico. A educação dos idiotas e dos anormais é o poder psiquiátrico em estado puro (FOUCAULT, 2006a, p.271-272).

Para ser internado era preciso que o idiota fosse visto como um perigo social, então, o médico era convocado para certificar sobre a periculosidade desse sujeito. Passou a circular a ideia de que os criminosos seriam imbecis que não teriam sido tratados (associação entre idiotia, imbecilidade e perversão dos instintos). Toda família em torno da criança idiota é considerada anormal/perversa, por ter gerado uma criança assim.

A teoria da degenerescência foi desenvolvida a partir dos anos de 1840, tendo Morel como um dos seus seguidores. A degenerescência hereditária foi considerada umas das causas mais importantes das doenças mentais, dado que apresentam à sociedade um

³¹ São Paulo.

pensamento que supõe uma hierarquia das raças que se organizariam em estágios superiores e inferiores. Aos estágios inferiores se aproxima a figura do degenerado. Hereditariedade e degenerescência produziram um tipo de racionalidade médica que mesclava o olhar sobre o corpo externo e ao mesmo tempo interno. Articularam os saberes da medicina clínica com os saberes psiquiátricos produzindo estratégias para conhecer, tratar e prevenir (BAUTHENEY, 2011).

Será chamando de degenerado a criança sobre a qual pesam, a título de estigmas ou de marcas, os restos da loucura dos pais ou dos ascendentes. A degenerescência é, portanto, de certo modo, o efeito de anomalia produzido na criança pelos pais (FOUCAULT, 2006a, p. 282).

Vale ressaltar que outros discursos científicos também contribuíram para a consolidação da psiquiatria infantil. Bentes (1999) cita como determinantes principais o surgimento da psicometria, da psicanálise e a consolidação do movimento de higiene mental. A psicometria surge como ciência a partir da preocupação em torno da deficiência mental. Binet e Simon defendem a ideia de que toda criança pode ser situada dentro de uma escala de desenvolvimento cognitivo e desenvolvem uma escala normativa da capacidade escolar. Assim, podemos dizer que a psicometria cria um instrumento que se propõe a mensurar o normal e o patológico na infância.

Entretanto, nenhuma ideia produziu tanto impacto na história da psiquiatria infantil, com ampla adesão e circulação em âmbito social, como a noção da existência de um padrão normal de desenvolvimento. A disseminação de ideias e conceitos advindos da psicanálise também tem papel fundamental na tomada da infância como objeto de estudo da ciência. Isto porque a teoria elaborada por Sigmund Freud determina a infância como a época fundamental do desenvolvimento psíquico. Assim, Freud chama a atenção não apenas para o fato de que traumas na infância podem resultar em doenças psíquicas no adulto, mas também para o fato de que a relação dos adultos com a criança pode adoecê-la (BAUTHENEY, 2011).

A psiquiatria ganhará institucionalidade no campo da higiene pública definindo-se como um saber-poder ligado à prevenção e à precaução no interior da sociedade, de onde já se pode depreender que a definição da periculosidade sempre foi um problema de ordem pública e não da natureza do sofrimento psíquico (PELBART, 2000, p. 28 apud VICENTIM, 2010, p.109).

Não basta pensar a vida como uma instância isolada das suas formas produzidas, atrelada apenas a um Estado protetor do direito à vida, dessa vida pensada como um fato e separada das formas que ela reveste. Por isso seria preciso que a ideia de

cidadão, ou de homem, ou de direitos humanos sofresse um alargamento em direção a toda essa variação de formas de vida de que uma biopolítica deveria poder encarregar-se.

Ou seja, nosso compromisso é dar lugar às forças instituintes e de resistência, que crianças e adolescentes forjam de diferentes modos: transgressões, sintomas ou invenção de novas formas de vida. São para além dos biopoderes, as biopotências de vida. Observamos como a psiquiatria foi se apoderando da infância e da adolescência, através do dispositivo da medicalização. Um dispositivo que opera através dos biopoderes, que governa as vidas, que determina o que é normal e anormal, mas que produz resistências, produz outros modos de ser e estar no mundo, produz potência de vida.

Acompanhamos, nesse capítulo, o quanto se faz presente, com grande força, até os dias de hoje, os mecanismos que tentam construir uma infância anormal. Esses mecanismos se esforçaram para capturar João através da família, da psiquiatria, da escola, e da sociedade. Capturaram, mas ele resistiu e escancarou com outros modos de ser e estar no mundo, com a sua potência de vida, que ele não era uma criança e adolescente conforme o esperado pela sociedade.

Para seguir o percurso da pesquisa e debatermos sobre os ‘inconvenientes’, falaremos no próximo capítulo sobre a escola, educação, o fracasso escolar e a medicalização da escola.

4 A EDUCAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NA ESCOLA PÚBLICA

Cena 4: Fui até à escola de João para conversar com a Professora, aquela que tinha dito que ele era ‘inconveniente’. Parei no estacionamento, desci do carro e quando fui em direção à secretaria, vejo João de bicicleta, ali no estacionamento e olhando para dentro das salas. Havia grades nas janelas que dificultavam sua visão. Chamei-o e cumprimentei-o e logo ele soltou: O que você está fazendo aqui? Com uma cara de assustado e não entendendo. Depois de alguns segundos ele logo emendou: ah, já sei... você veio ver aqueles relatórios sobre mim aqui, né? É, você tinha me falado que viria na escola. Concordei que era esse o objetivo de eu estar ali. Perguntei o que ele estava fazendo ali no estacionamento da escola e ele me disse que sempre vinha ver as meninas, que ele tem umas ‘minas’ ali. Eu questionei se ele conseguia ver as meninas lá dentro com essas grades. Daí ele falou que mais ou menos e acrescentou: Parece prisão essas grades né? Quando eu estudava aí parecia que estávamos presos. Eu pensei comigo, é verdade, João! Despedi-me e falei que precisava entrar. Na saída, o encontrei novamente ali. Falei: você está aqui ainda? Não disse que ia catar latinha (ele havia me dito isso antes)? Ele falou: é agora que as meninas saem! Então entendi o porquê de ainda estar ali e me despedi novamente. Fui saindo com o carro e coincidiu com o sinal de saída da escola. Havia muitos alunos saindo e andando na rua, e fiquei ali esperando abrir um espaço para eu passar com o carro. João pegou sua bicicleta, saiu pela frente do meu carro e gritou: saí gente, deixa ela passar! Então, abriu um bom espaço para eu passar com o carro. E logo fui atrás dele, ele de bicicleta sinalizando e gritando e eu ali atrás com o carro. E conseguimos sair do meio da multidão. Agradei o João, ele fez um joia com a mão e fui embora. Ele fez o caminho de volta, acho que ia voltar ver as meninas. Obrigada, João, você foi muito gentil!

Nesse capítulo, pretendemos trabalhar com o tema da medicalização na escola, mas, para isso, é necessário falarmos da escola pública e qual a perspectiva de educação adotada no trabalho. Em seguida, discutiremos sobre a emergência do fracasso escolar e dos alunos ‘inconvenientes’. E, por fim, debateremos sobre a medicalização da escola.

4.1 A escola e a educação

Na realidade, a escola emergiu e se configurou a partir do século XVI. Varela e Alvarez-Uria (1992) trataram de discutir como se montaram as peças que possibilitaram a sua constituição.

Esses autores (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992) fazem um estudo arqueológico do surgimento da escola enquanto instituição, discutem este espaço como sendo fruto de uma construção sócio-histórico-cultural, tendo sua função centrada no “disciplinamento de corpos” (FOUCAULT, 2009), legitimadoras das relações de poder, atuando como uma engendradora “maquinaria escolar”. Instituição que coloca um contingente de indivíduos ocupando um mesmo ambiente e, ao mesmo tempo, compartimentando-os em

salas de aula com diferentes níveis, distribuindo saberes por idades, privando a troca de conhecimento entre os sujeitos.

A palavra maquinaria (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992), usada como metáfora para definir o processo de proposição e construção da escola, faz uma analogia com o contexto de uma fábrica, pelo seu processo de produção em série, na qual os produtos são homogeneizados, em que os que apresentam falhas são excluídos, por não seguirem um padrão de qualidade, por apresentarem desvios à norma.

É neste cenário que surge a escola, legitimada pelas leis e naturalizada pela sociedade, respaldada pelo discurso sobre a infância³², que aparece como um novo objeto a ser estudado, pois, como argumenta Veiga-Neto (1996, p. 7), “a criança é um ser inacabado [...], a modernidade produz, então, um primeiro movimento de recorte, de segregação para restituir a infância à sociedade, porém, agora com um novo status”. Ainda argumenta que, “as escolas começaram a tomar a si a tarefa de educar [...] preparar o homem civilizado³³ [...] no sentido de, como hoje diríamos, ensinar-lhe determinados saberes, a que chamamos de conteúdo, mas, também e principalmente, no sentido de ensiná-lo a ser civilizado” (p. 7).

A escola substituiu a aprendizagem como meio de educação. [...] Começou então, um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias e do qual se dá o nome de escolarização’ (ÁRIES, 1978, p.76).

A educação das classes populares e, mais concretamente, a instrução e formação sistemática de seus filhos na escola nacional, fazem parte, na segunda metade do século XIX e em princípios do século XX, das medidas gerais do bom governo, que buscam a moralização dos corpos. A ampliação da abrangência da escola foi um acontecimento necessário para que um projeto de Nação e de Estado se fortalecesse. Era preciso que a educação escolarizada chegasse cada vez mais a um maior número de pessoas, principalmente a partir do séc. XIX. A garantia de outra configuração social exigiu que muitos se submetessem a uma mesma orientação e, para tanto a escola constituiu-se em um dos espaços privilegiados de reunião e de circulação de uma lógica que se queria e se fazia necessário implantar.

Entendemos que essa maquinaria opera com tecnologias capazes de disciplinar e produzir verdades sobre os sujeitos, ao nos embasarmos nas ideias de Foucault presentes no

³² No capítulo anterior, foi trabalhado o conceito de infância.

³³ Decorre do Movimento de Higiene Mental conforme explicitado no capítulo anterior.

seu livro ‘Vigiar e Punir’ (2009). A palavra disciplina pode ser entendida por meio de duas dimensões: a do corpo e a dos saberes (VEIGA-NETO, 1996) e tais dimensões são eficientemente postas em ação pela escola. Varela e Uria (1992) afirmam que há uma complexa engrenagem formada por um conjunto de máquinas e suas peças compondo o que denominamos de escola moderna, e tal conjunto pode ser entendido como conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que ao se articularem criam verdades sobre os sujeitos constituindo-os dentro de padrões sociais, espaciais e temporais específicos (VEIGA-NETO, 1996).

As tecnologias disciplinares atingem os indivíduos em seus próprios corpos e comportamentos, constituindo-se numa verdadeira “anatomia política”, que individualiza a relação de poder. Uma das táticas instrumentais mais eficazes foi fornecida exatamente através da tecnologia do exame. O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados (FOUCAULT, 2009).

O nascimento da Pedagogia como “ciência da educação” deveu-se, pois, ao advento da tecnologia dos exames, tornando possível a metrificação, a quantificação da aprendizagem, colocando sua organização no âmbito da prévia organização estratégica. A Pedagogia enquanto ciência, materializada na instituição escolar, está na base daquilo que Foucault chamou de sociedade disciplinar, base do mundo ocidental contemporâneo. As sociedades disciplinares foram as responsáveis pela individualização do poder, pelo processo de subjetivação e o estabelecimento de novas formas de convívio social e de relações de poder (GALLO, 2004).

Tais práticas são adequadas para a construção do sujeito moderno, cidadãos da sociedade disciplinar e capazes de autogoverno. Assim a escola cria condições para possibilitar a modernidade. Observa Foucault (2009) que as práticas sociais, mais propriamente as práticas escolares estão envolvidas pela cultura e têm uma dimensão discursiva. E vê o discurso como uma rede de representações que utiliza textos, imagens, códigos de conduta, estruturas narrativas que também contribuem para moldar a vida social.

Através das práticas disciplinares, há um movimento de excluir os que não se adequam às disciplinas, aos corpos que não se docilizam. A escola disciplinar é um espaço potencial de exclusão. Mas não só a escola provoca a exclusão, pois ela é somente um dos

instrumentos de todo um aparato político-ideológico que provoca as mais diversas mazelas, como: as desigualdades sociais, o racismo, os preconceitos, a violência, enfim, todos os problemas sociais que estão ao nosso entorno (SILVA, 2007).

Vale esclarecer que, embora os processos disciplinares movimentados pela maquinaria escolar tendam a homogeneização dos sujeitos, eles não conseguem apagar as diferenças existentes entre esses. Formas distintas de se relacionar com as muitas formas de disciplinamentos são postas em ação pelos coletivos e pelos indivíduos em particular, permitindo que esses tomem outros caminhos e exerçam sua liberdade, mesmo que provisória, de tomar outras tramas sociais e verdades para si. Portanto, mesmo que pareça estranho ou contraditório, os indivíduos estão sendo conduzidos para que se diferenciem entre si, dentro de um limite previsto de homogeneidade.

Veiga-Neto (1996, p. 253), ao escrever sobre a homogeneidade, salienta:

[...] falar em homogeneidade não é tanto falar em indistinção entre as partes de um todo, senão é falar de partes que se associam, se complementam, se entrecrocamos, se conflitam, justamente porque, de origem comum, participam, cada uma a seu modo, de um mesmo todo.

Nas tentativas de subordinação da vida, esta resiste e escapa. Dessa forma, os discursos no interior da escola produzem vida e modos de subjetivação diferenciados. Faz-se, portanto, necessário reinscrever o exercício ético, e ao mesmo tempo promover uma abertura à multiplicidade que permita a cada sujeito dizer em seu próprio nome, ou ainda, instaurar, como propõem Deleuze e Guattari (2004), descentramentos, rupturas quanto aos poderes repressivos, e inventar resistência. Para Gallo (2008, p. 59), “a educação se constitui como um compromisso com a singularização”.

Percebe-se, assim, como a escola ainda carrega enraizada em si uma maneira disciplinar de funcionamento, um modo massificante e organicista de ver a criança e o adolescente que, apartada de suas condições culturais e sociais, é analisada de forma superficial e ambígua. Ao valorizar em demasia a ordem, a escola deixa de promover práticas de vivências democráticas para aplicar as normas disciplinares que possuem a finalidade de modificar comportamentos.

Para problematizarmos a escola é, necessário pensarmos na perspectiva de educação e trabalharemos aqui com a proposta por Giert Biesta (2013, p. 15-16):

A questão sobre o que significa ser humano é também, e talvez até acima de tudo, uma questão educacional. A educação seja a educação de crianças, a educação de

adultos, seja a educação de outros “recém-chegados”, é afinal sempre uma intervenção na vida de alguém; uma intervenção motivada pela ideia de que tornará essa vida, de certo modo, melhor: mais completa, mais harmoniosa, mais perfeita – e talvez mais humana. Muitas práticas educacionais são configuradas como práticas de socialização. Preocupam-se com a inserção de recém-chegados numa ordem sociopolítica e cultural existente. Isso tem sua importância, porque equipa os recém-chegados com as ferramentas culturais necessárias para a participação numa forma particular da vida e, ao mesmo tempo, assegura a continuidade cultural e social.

Pensar a educação nessa abordagem implica que o papel do educador em tudo isso não é o de um técnico, mas tem de ser compreendido em termos da responsabilidade pela “vinda ao mundo” de seres únicos, singulares, e em termos da responsabilidade pelo mundo como um mundo de pluralidade e diferença.

Para Biesta (2013), ocorreu, nas últimas décadas, uma transformação na linguagem dos educadores: a linguagem da educação foi substituída pela linguagem da aprendizagem. Muito mais do que um jogo linguístico, essa substituição tem sérias consequências para o campo educacional. A educação passou a ser compreendida como tarefa de apoiar ou facilitar a aprendizagem, a qual denota a apreensão de conteúdos e técnicas.

O grande problema da nova linguagem da aprendizagem, segundo o autor, é que “ela tem facilitado uma nova descrição do processo da educação em termos de uma transação econômica” (BIESTA, 2013, p. 37). Isto é, o aluno é o consumidor; o professor ou a instituição educacional, o provedor; e, com isso, a educação é transformada em mercadoria. Outro problema, presente nessa nova linguagem da aprendizagem, é a predefinição das necessidades do aluno, considerando como nuclear apenas questões técnicas e não permitindo a proposição de questões sobre o conteúdo e o objetivo da educação.

O autor tenta mostrar como é possível pensar uma relação educacional que não esteja baseada numa verdade particular de ser humano (humanismo), e muito menos num processo de produção “de um tipo particular de subjetividade” (BIESTA, 2013, p. 53), mas que considere os indivíduos como seres únicos e singulares, que possam vir ao mundo. É nesse ponto que reside o aspecto central da argumentação do autor. Para ele, “uma das principais responsabilidades educacionais é a de propiciar oportunidades para que os indivíduos venham ao mundo” (p.48). Ele esclarece, na mesma passagem, tal significado:

Vir ao mundo não consiste definitivamente em autoexpressão. Consiste em entrar no tecido social e ser, portanto, inteiramente relacional. Consiste em responder ao outro e assim ser também responsável pelo que é o outro e por quem é o outro” (BIESTA, 2013, p. 48).

Biesta (2013) segue o mesmo caminho de Arendt (2009, p. 233) que aborda a questão da educação referindo-a a condição humana da natalidade: “a essência da educação é a natalidade, o fato de que seres nascem para o mundo”. A relação humana com o mundo, mediada pela educação, também é uma relação privilegiada no sentido de que nunca está dada de antemão, mas tem de ser construída a cada novo nascimento, dado que vem ao mundo um ser inteiramente novo e distinto de todos os demais (ARENDR, 2009). Por isso, a educação não pode jamais ser entendida como algo dado e pronto, acabado, mas tem de ser continuamente repensada em função das transformações do mundo no qual vêm à luz novos seres humanos. Para a autora, a educação cumpre um papel importante no sentido da conservação³⁴ do mundo, pois se trata de apresentar para crianças e jovens as estruturas racionais, científicas, políticas, históricas, sociais e econômicas que constituem o mundo no qual eles vivem (CÉSAR; DUARTE, 2010).

Portanto, a sociedade contemporânea conta com algumas novas tecnologias e as está disseminando de tal maneira que, talvez, a pedagogia disciplinar não esteja conseguindo atingir seus objetivos na sociedade atual. No fundo de tudo isso, o que está em jogo é a questão da própria sobrevivência da escola como a principal instituição capaz, em termos gerais, de promover a socialização e, em termos específicos, de contribuir para uma maior justiça social (VEIGA-NETO, 1996). Em sentido geral, se a educação no mundo contemporâneo passa por uma crise aguda e sem precedentes, então é preciso compreender tal fenômeno situando-o no contexto da crise política do próprio mundo moderno.

Para Arendt (2009), vivemos numa “sociedade de massas” que prioriza as atividades do trabalho e do consumo; que deseja avidamente a novidade pela novidade, orientando-se apenas pelo futuro imediato; e que nada quer conservar do passado, consumando-se aí a perda da autoridade e da tradição. Para a autora, vivemos num mundo em que qualidades como distinção e excelência cederam lugar à homogeneização e à recusa de qualquer hierarquia, aspectos que se refletem imediatamente nos projetos educacionais contemporâneos (CÉSAR; DUARTE, 2010, p. 826).

³⁴ Em relação à educação, Arendt (2009, p. 242) entende que a conservação é inerente à atividade educacional uma vez que sua “[...] tarefa é sempre abrigar e proteger alguma coisa – a criança contra o mundo, o mundo contra a criança, o novo contra o velho, o velho contra o novo”. E por que a educação deve ser conservadora? Arendt explica o caráter dialético de tal situação: exatamente em benefício daquilo que é novo e revolucionário em cada criança é que a educação precisa ser conservadora; ela deve preservar essa novidade e introduzi-la como algo novo em um mundo velho, que, por mais revolucionário que possa ser em suas ações, é sempre, do ponto de vista da geração seguinte, obsoleto e rente à destruição (ARENDR, 2009). A dificuldade da educação moderna encontra-se na dificuldade de preservar um mínimo de conservação necessária para a existência da própria educação. Segundo Arendt, há uma íntima conexão entre a crise da tradição e a crise da autoridade na educação. O professor é um ser que representa o passado, que faz a ligação entre o passado e o presente, entre o velho e o novo, e isso não é tarefa fácil. Tal situação não se colocava para os antigos, que tinham o passado como modelo de excelência, no qual a autoridade do professor encontrava apoio (FERNANDES, 2006).

O problema educacional é um problema político de primeira grandeza e não simplesmente uma questão pedagógica. Ele se refere ao problema da perda do espaço público no mundo contemporâneo, o qual traz consigo uma perda de responsabilidade para com o mundo e, assim, também uma crise generalizada da educação.

Os estudos de Foucault (CÉSAR; DUARTE, 2010) possibilitam visualizar que a ideia de crise está presente de maneira intrínseca na própria configuração das instituições modernas, da própria modernidade na sua forma específica de organização, isto é, a sociedade disciplinar de normalização. Com isso, para Foucault (2009), o funcionamento da sociedade disciplinar pressupõe um estado de crise permanente, visto que a aplicação dos complexos dispositivos disciplinares depende justamente da constatação da falta de disciplina, isto é, da crise. Nessa equação paradoxal, a crise é o motor e o combustível para o funcionamento da sociedade moderna disciplinar, pois a disciplina é exercida para acabar com o estado de crise e de indisciplina.

A partir do ponto de vista da análise da constituição dos discursos e da configuração das práticas educacionais, pode-se demonstrar que o binômio crise-reforma é constitutivo do discurso sobre a educação (CÉSAR, 2004). As reformas educacionais constituem tentativas sempre renovadas de instaurar um processo de governamentalidade das populações, isto é, representam formas de governo das populações tendo em vista a produção de uma homogeneidade populacional obtida no processo de escolarização (FOUCAULT, 2004 apud CÉSAR; DUARTE, 2010).

Assim, mais importante do que reiterar velhos argumentos reformistas, é pensar criticamente o significado dessas crises.

É justamente sob esse aspecto que encontramos uma surpreendente convergência entre as análises de Foucault, Deleuze e Hannah Arendt sobre a crise da educação. Arendt, Foucault e Deleuze, seguindo caminhos teóricos distintos, acabam por demonstrar que a crise na educação é uma crise na modernidade, oferecendo-nos, ademais, um importante instrumental teórico para pensar criticamente o significado de tais crises (CÉSAR; DUARTE, 2010, p.834).

Portanto, ressaltamos que a crise escolar não é uma crise da escola, mas uma crise social, não vivemos mais em uma sociedade disciplinar, vivemos uma sociedade do controle. E nos perguntamos, o que tem acontecido com a sociedade que tem medicalizado as crianças na escola?

4.2 Os alunos inconvenientes e a medicalização na escola

Com o discurso higienista do início do século XX, a discursividade médica e a psicologia, produziram saberes sobre a prática pedagógica e, desta forma, foi construído o terreno para a entrada da medicalização.

É possível percebermos que os discursos médicos, psicológicos, higienistas e jurídicos influenciam a educação e a conduta dos educadores, que levam para a sala de aula uma concepção de criança e adolescente que deve atender a um modelo pré-determinado socialmente, o que acaba provocando equívocos sobre a dicotomia normal-patológico. E essa concepção não permite que ele veja a criança e o adolescente como um ser atravessado historicamente, o que pode transformar o seu discurso no discurso de um sujeito universal. (LUENGO; CONSTANTINO, 2009). É esse movimento que pretendemos agora realizar: buscaremos entender de que maneira as dificuldades no aprender, ou melhor, as crianças que não aprendem conforme a escola espera delas, passam a ser classificadas cada vez mais como manifestação de uma patologia de ordem psíquica.

Fazendo uma retrospectiva das ideias contidas nas explicações sobre o fracasso escolar, indicaremos as três principais concepções presentes em textos de autores que de alguma forma tratam do tema.

No início do século XX, médicos, sobretudo psiquiatras, usaram a palavra “anormal” para qualificar os indivíduos com problemas de aprendizagem, atribuindo-se as causas das dificuldades aos distúrbios orgânicos. Esse momento histórico coincide com o início da medicina experimental, sendo um dos expoentes Lombroso (1835-1909), o qual argumentava ser a criminalidade um fenômeno físico e hereditário, e as explicações para o fracasso escolar seguiram o mesmo modelo determinista. Os ideais eugênicos se disseminaram pelo mundo e percebe-se pelos textos da época que higiene mental se confunde com eugenia (BASTOS, 1999).

Nesse contexto de propagação das ideias higienistas e fiscalização do emprego das mesmas junto à camada da população considerada mais “vulnerável”, as crianças que frequentavam escolas a partir da primeira década do século XX acompanharam o surgimento da Saúde Escolar. Lima (1985) investigou a constituição histórica do discurso médico sobre a Saúde Escolar no estado de São Paulo e identificou a higiene escolar como primeiro constituinte desse discurso. A higiene escolar resultou, segundo esse autor, da interseção de três doutrinas:

A da polícia médica, pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a do sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; a da puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos e interferência em favor de uma pedagogia mais “fisiológica”, isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse (LIMA, 1985, p. 85).

Normatividade e pedagogia se fundem no intuito de ensinar as crianças e famílias (majoritariamente oriundas de classes populares) sobre a forma como deveriam se comportar se quisessem “ser alguém na vida”. A escola atravessada pelas orientações da Saúde Escolar preparava os corpos de seus alunos de três formas: condicionando-os para ocupar um lugar no mercado de trabalho, normatizando-o pela ideologia dominante de modo que o sujeito pudesse aceitar a desigualdade como algo natural, e justificando a posição social pela proposição de um sistema de mérito.

Já nos anos 1930 há uma mudança na percepção das causas do fracasso escolar, sai-se de um período de determinismo e se pensa em prevenção. Nesse período as crianças que apresentam problemas de ajustamento ou de aprendizagem escolar passaram a ser denominadas “crianças problema”, substituindo o termo “anormal”, agora focalizando a influência ambiental. Ideias preventivistas e de forte apelo moral encontram-se presentes nesse momento histórico, onde a proposta não é de exclusão das crianças e sim de sua adequação. Aqui aparece uma vertente psicologizante das dificuldades de aprendizagem escolar, onde se utiliza conceitos oriundos da psicanálise que são traduzidos do ponto de vista da moral (BASTOS, 1999).

A obra de Artur Ramos³⁵, ‘A criança-problema – A higiene mental na escola primária’ (1947), tem o intuito de orientar pais e professores sobre como lidar com uma “criança-problema”, nas suas mais diversas expressões. Primeiramente, Ramos faz um esforço para distanciar-se de uma postura que atribuía às mazelas apresentadas pelos alunos na escola somente a fatores orgânicos, congênitos ou hereditários (BAUTHENEY, 2011). Silva (2011) destaca que o médico questionava o termo “anormal”, já que este servia para nomear todo tipo de inadequação infantil, fosse ela física, mental, social, cultural ou emocional. Desse modo, Ramos utilizava o termo “criança problema” em substituição ao termo que considerava pejorativo, “criança anormal”, para referir-se a todos os casos considerados como desajustamentos referentes à conduta da criança em relação à escola, à família, ao currículo escolar.

³⁵ Médico higienista que, nomeado por Anísio Teixeira, assumiu, em 1933, o serviço de ortofrenia e higiene mental do Distrito Federal.

As crianças problemas, os alunos difíceis... esses podem e devem ser estudados e assistidos nas próprias escolas, nas condições o mais possível naturais de vida e de experiência. Foi o largo movimento da higiene mental contemporânea que ensinou a olhar para esses seres de um modo diferente, procurando não segregá-los do ambiente escolar, mas ajustá-los às condições dos outros companheiros, ou às constelações de adultos, no seu ambiente escolar e familiar (RAMOS, 1947, p. 383 apud BAUTHENEY, 2011, p.143).

Nos anos 1970, a explicação para o fracasso escolar é focalizada na “carência cultural”. Essa teoria, surgida nos EUA na década de 1960, atribui o mau desempenho escolar de alunos pobres, negros e imigrantes à ausência de estímulos culturais. Naquele momento, a explicação dada para as diferenças passava pela cultura, acreditando-se existirem culturas adiantadas e culturas atrasadas, sendo as condições ambientais as geradoras de deficiência. Essa teoria foi assimilada por órgãos brasileiros de política educacional, gerando programas compensatórios implantados nas escolas (BASTOS, 1999; LINS, 2011).

Neste mesmo caminho, os trabalhos de Maria Helena Souza Patto discutiram amplamente a produção do fracasso escolar, como fruto dos efeitos de discriminação das classes trabalhadoras, justificada pelo discurso científico psicologizante. Para Patto (2001), a desigualdade e a exclusão são justificadas cientificamente, através do discurso patologizante e com explicações que ignoram a sua dimensão política e se centram no plano das diferenças individuais de capacidade. A exclusão através da patologização dos indivíduos é parte de um processo de ocultação das desigualdades sociais e por isto, exige um trabalho crítico, capaz de realizar rupturas e desenvolver novos posicionamentos.

Oliveira (1999) remonta as origens da Medicalização generalizada do Fracasso Escolar no experimentalismo das pesquisas realizadas em Psicologia e Medicina, no final do século passado e início desse século, assim como no aumento da demanda social por escola nos países industriais capitalistas e a conseqüente expansão dos sistemas nacionais de ensino.

Porém, Moysés (2001, p. 229) salienta que não foi a ampliação do acesso à escola pública das crianças das classes populares que levou à medicalização do fracasso escolar, pois a medicina afirmava primeiramente que “as crianças das classes trabalhadoras são mais debilitadas, mal nutridas, doentes etc. e, portanto, irão apresentar problemas na escolarização, a menos que haja uma atuação médica”. Desta forma, as queixas escolares em relação às crianças da rede pública de ensino são “problemas, em sua grande maioria, decorrentes da esfera temporal, política e social em que vivem”, ou seja, referentes a “sua inserção social e da decorrente qualidade de suas vidas, [...] de sua historicidade, como homens” (p. 126).

Collares e Moysés (1994) citam criticamente o fato de a relação entre desnutrição e fracasso escolar ter sido objeto de muitos trabalhos científicos. Apesar da intensidade das

críticas a essa associação simplificadora, há continuidade nos discursos que consideram a desnutrição como causa da “não aprendizagem”. As autoras afirmam que, apesar da intensidade da crítica em relação a esse tipo de associação (entre desnutrição e não aprendizagem), ela ainda está presente nos discursos escolares – sobretudo no que tange à população menos favorecida, para justificar a suposta não aprendizagem de determinados alunos.

Segundo Collares e Moysés (2014), a expressão “fracasso escolar” tem sido usada para designar o crônico problema educacional. Porém, ao mesmo tempo, constrói representações sobre o problema ao remeter, de modo explícito ou subliminar, a um “precário desempenho escolar” das crianças. Entretanto, com a dimensão dos indicadores, não se pode pretender que seja um problema individual, centrado em cada criança que não aprende na escola. É necessário recolocar a expressão como “fracasso da escola”. E, conforme Patto (1991), o fracasso da escola pública brasileira é resultado inevitável e previsível de um sistema de obstáculos à realização de seus próprios objetivos.

Pode-se considerar que a crítica da medicalização da Educação acontece no Brasil ao menos desde meados da década de 1980. Collares e Moysés (1994, p. 25) conceituam a medicalização:

O termo medicalização refere-se como o processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas de soluções para problemas desta natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões médicas 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.

Para essa autora, o fracasso escolar e seu reverso – a aprendizagem – vêm sendo medicalizados em grande velocidade. O que acontece no processo de medicalização é mais perverso do que considerar as pessoas como um corpo biológico, descontextualizadas de seu mundo, é apagar a subjetividade do sujeito, que passa a ser um objeto inerte, menos que um corpo biológico, um corpo sem vida (MOYSÉS, 2001).

A mesma autora também discute que a Medicalização da vida será a nova face do obscurantismo³⁶. Ambos, o obscurantismo e a medicalização, alimentam-se das mesmas justificativas para legitimar e exercer seu autoritarismo. Apregoando a autoridade natural dos superiores e o inconformismo nato dos subordinados, aliados à importância de conformismo às convenções sociais para a manutenção do sistema vigente, concluem pela necessidade de adesão de todos às regras impostas, recorrendo à submissão, se necessário. Está pronto o terreno para a dominação coercitiva, e não importa se de fundo religioso, político ou médico (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Colocamos aqui em debate a questão da medicalização como diferente de medicamentação, como já discutido no primeiro capítulo desse trabalho. A medicalização não se refere ao ato de prescrever remédios, mas a todo um dispositivo que opera através dos biopoderes por meio dos discursos higienistas, da psicologia, da medicina, da justiça, de políticas neoliberais que centram no indivíduo uma patologia. A medicalização funciona em uma lógica da normatização, na qual se institui o que é ser uma criança normal, saudável e com o máximo de aproveitamento de suas capacidades cognitivas, o que é ser um adolescente e como devem ser as famílias consideradas adequadas. “O que está em jogo é um violento processo de medicalização de crianças cujo desempenho na escola não corresponde exatamente ao padrão esperado” (GARRIDO; MOYSÉS, 2011, p. 150).

Machado (2014), Moysés e Collares (2014, 1994), Moysés (2001) e Guarido (2007) são autoras que trabalham a questão da Medicalização na escola sob a ótica dos estudos foucaultianos dos mecanismos institucionalizadores de poder, pensando a medicalização como sendo operada através dos biopoderes.

Segundo Angelucci (2014), ao afirmar que há um processo que reduz questões sociais a processos individuais, não estamos negando as especificidades humanas, mas nos posicionando que tais especificidades devem ser entendidas como parte do processo de socialização e constituição de sua humanidade, e não como erro no processo de desenvolvimento. A autora traz o debate para pensarmos a diversidade humana, “Ou seja, o lugar que essa pessoa vai ocupar na sociedade é responsabilidade nossa” (ANGELUCCI, 2014, p.303). Para ela, nessa perspectiva da responsabilidade não desejamos perseguir

³⁶ Um estado de espírito refratário à razão e ao progresso intelectual e material, ancorado em ideário que preconiza que o povo não deve ter acesso a instrução e permaneça em completa ignorância. Um ideário que busca evitar, deliberadamente, que os fatos, ou todos os detalhes de algo, sejam conhecidos. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/obscurantismo%20_1009840.html>.

culpados, mas reconhecer o processo de construção histórica de lugares e de setores da população.

[...] torna-se fundamental retomar dois conceitos relativos à concepção de certos setores da população como inferiores: as teorias racistas e as teorias que tratam de famílias desestruturadas e pobres. Isso porque os diagnósticos têm um recorte étnico, bem como socioeconômico. Não há dúvidas de que o diagnóstico medicalizante afeta a todos, mas afeta diferentemente as chamadas “diferentes etnias” e pessoas de diferentes classes sociais (PATTO, 1999) (ANGELUCCI, 2014, p. 304).

Angelucci (2014), Collares e Moysés (2014) e diversos outros autores colocam o foco do debate sobre questionar que escola é essa que temos. Esta escola, historicamente produtora de fracassos, também é historicamente atravessada por processos medicalizantes, construídos e construtores de preconceitos. Pensar a relação do processo de medicalização na escolarização é abrir brechas para questionar que tipo de escola se tem construído e para quais alunos.

As ideias de Untoiglich vão na direção das de Angelucci (2014) e Collares e Moysés (2014), destacando a importância de se debater a escola:

Estos fármacos se están utilizando en la infancia para controlar las conductas de los niños y adaptarlos a un sistema escolar, que en su estructura central no ha variado en los últimos tres siglos. Continuamos educando con métodos del siglo XIX a niños del siglo XXI (UNTOIGLICH, 2014, p. 26).

Guarido (2010) afirma que a Psicologia também contribuiu para o processo da medicalização, porque, a partir de certa informação do terreno da psicologia, os professores foram também chamados a ser extensão do olhar do especialista na prática cotidiana, levados a observar as variações de comportamento das crianças e a orientar seus familiares na busca de tratamentos adequados aos problemas apresentados pelos alunos.

Patto (1991) e Souza (2010) também analisaram como as explicações psicológicas sustentaram a culpabilização das crianças e das famílias pelo fracasso escolar, bem como serviram à manutenção das divisões de classe e da ideologia burguesa. Também reconhecemos a demanda pela intervenção especializada, efeito do que Lajonquière (1999) denominou como discurso psicopedagógico hegemônico. E, remetendo-nos a Foucault (2009), poderíamos tomar a mesma demanda como resultado das práticas disciplinares que ganharam na modernidade a eficácia de caracterizar os indivíduos, classificando-os,

localizando-os e registrando-os nos parâmetros da norma. Desta forma, a permeabilidade da escola ao discurso médico, bem como ao discurso psicológico, é histórica (GUARIDO, 2010).

A educação, segundo Collares e Moysés (2014), se submete à Medicina, à Psicologia, à Fonoaudiologia, que se apropriam cada vez mais, ilegitimamente, de um campo que lhes é estranho. Não é função de professores identificar alunos doentes ou suspeitos de doenças reais ou transtornos inventados e jamais comprovados.

Abreu (2006) propõe pensarmos a medicalização não apenas como regulação dos corpos, mas como força produtora que engendra modos de subjetivação. Além disso, a autora mostra que se está produzindo a emergência de crianças/ alunos como corpo-consumidores. A criança torna-se uma importante fonte de consumo e alvo do mercado, inclusive farmacêutico.

A doença do não-aprender, em nosso tempo, recebe nova embalagem com novo tratamento, o medicamento [...] prometendo atuar como uma palmatória química para assim garantir a ordem e progresso. O que parece existir é o “aprisionamento a céu aberto” já que o tratamento proposto para tais transtornos não é mais o isolamento nas instituições de classes especiais para anormais, como aconteceu na primeira metade do século XX (ABREU, 2006, p. 22).

A partir dos anos 1980, ocorre a progressiva ocupação desse espaço pelas pretensas disfunções neurológicas, a tal ponto que hoje a quase totalidade dos discursos medicalizantes refere-se à dislexia e aos supostos transtornos de comportamento – TDAH, TOD³⁷ etc. Na atualidade, as pesquisas da bioquímica cerebral têm alimentado certa esperança de uma metodologia de ensino condizente com os novos “achados” sobre o funcionamento cerebral, bem como tem sustentado explicações sobre os comportamentos das crianças e as causas de seu suposto fracasso escolar. O que reconhecemos como resultado deste tipo de prática é que um número cada vez maior de crianças e em idade cada vez mais precoce é medicado de forma a tentar sanar sintomas das crianças, sem considerar o contexto na qual se apresentam, não levando em conta as complexas manifestações singulares de cada sujeito. Assim, no lugar de considerar um psiquismo em estruturação, supõe-se um déficit neurológico (GUARIDO, 2010).

[...] este aumento da procura pode ser visto como um “escoadouro”³⁸ dos mais variados e complexos problemas sociais, ou ainda, “escoadouro” dos problemas graves e crônicos de um sistema educacional cada vez mais expulsivo e excludente –

³⁷ Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Opositor e Desafiador.

³⁸ Análise feita pelo psiquiatra Fernando José Calderan em relato escrito sobre a situação da atenção em ambulatório em questão.

em que pese a proliferação de bandeiras da inclusão - é inegável que a “nova” psiquiatria instrumentada pela farmacologia e pelas neurociências vem ganhando força e legitimação social no trato com os sintomas considerados antissociais ou indicativos de alguma nova “doença” (CRUZ, 2010, p. 17).

O preocupante é que estamos longe de pensar que a febre de diagnósticos da infância se faz em um ambiente de neutralidade científica. Não é novidade para ninguém o peso assumido neste processo por diversas empresas farmacêuticas de atuação global, multinacionais, que são parte interessada da farmacologização de toda experiência humana. Assim, aplicar em massa um diagnóstico, sem se ocupar do caso a caso, pautando-se exclusivamente em questionários, tem um aspecto absolutamente assustador quando pensamos no número de pessoas que podem ser tratadas desnecessariamente. Passamos da psicopatologia da vida cotidiana à patologia da vida cotidiana (VERAS, 2014).

Trata-se, diante do introduzido acima, de considerar em que ponto estamos quanto ao domínio da ciência na vida cotidiana e como o discurso científico, seja espetacularizado pela mídia, seja no âmbito da pesquisa, tem apostado na ilusão de um possível controle técnico da vida (GUARIDO, 2010). A hegemonia do discurso sobre o organismo, sobre seus aspectos funcionais, reduz a consideração da dimensão simbólica da subjetividade. Como efeito disso, poderíamos ressaltar uma retirada da possibilidade de atuação dos sujeitos sobre o que lhe acontece, já que os problemas e condições do aprendizado das crianças estariam dados pelo funcionamento cerebral e não pelas interferências de outra ordem em sua condição de estruturação e desenvolvimento. Há aqui uma tendência a um esvaziamento do ato educativo e da densidade da experiência humana.

Trabalhamos com a medicalização da educação de forma dialética, como um dispositivo que opera através dos biopoderes que se capilarizam por meio das disciplinas e da biopolítica, exercendo poder sobre a vida. Porém, a escola como instituição social é um espaço de construção do ser humano e de subjetividades, portanto, um espaço criativo de potência de vida.

Viégas (2014) coloca como necessário para a superação da lógica medicalizante, buscar formas coletivas de enfrentamento político do sofrimento, devolvendo-o para o âmbito onde ele foi produzido. Nesse sentido, cabe radicalizar a democratização dos espaços políticos.

Nos últimos anos, com a perspectiva da inclusão escolar, muitas crianças e adolescentes que antes estavam à margem do processo educacional estão indo para a

escola e questionando os processos pedagógicos criados para trabalhar com a homogeneização. Esses alunos colocam em evidência a impossibilidade da existência do aluno ideal, de um único modo de aprender e se expressar, portanto, colocam em xeque as práticas pedagógicas construídas para serem desenvolvidas com um tipo de aluno ideal (CHRISTOFARI, 2014, p. 43).

Não iremos cair na armadilha de discutir se o diagnóstico é bom ou ruim, se é necessário ou não, tampouco qual é o seu sentido. É claro que há crianças e adolescentes que apresentam um comprometimento grande em suas vidas devido a transtornos e dificuldades que vivenciam. Porém, não descolamos desses transtornos as histórias de vida destas crianças e nem o contexto em que vivem. E enfatizamos e queremos focalizar no fato de que estes diagnósticos produzem indivíduos, ações, olhares e relações. Caponi et al. (2010, p. 140) enfatizam:

As classificações humanas geram efeitos nos sujeitos: cada classificação, cada diagnóstico, cada tipificação de pessoas, implica uma mudança no modo como agimos, como expressamos nossas emoções e sentimentos, no modo, enfim, de nos construirmos como sujeitos.

A escola é uma rede complexa de significações, subjetividades e práticas que se misturam, emaranham-se, resistem umas às outras, mas que, sobretudo, entrelaçam-se num movimento contínuo de relações. Refletir sobre as relações pedagógicas atinentes à inclusão e sensíveis à diversidade humana é problematizar a organização da sociedade contemporânea, os modos de olhar para o outro criando categorias de sujeitos e discursos sobre eles: o louco, o deficiente, o marginal, o delinquente, o anormal. Afastar-se da predisposição de criar rótulos e categorias de sujeitos é uma tarefa que exige uma mudança cultural potencializando os movimentos de ruptura em relação a essas noções que vão se naturalizando, tornando-se familiares. Para isso, seria fundamental entender que cada indivíduo exerce um jogo de vários e diferentes papéis sociais na escola, na família, com os amigos. Cada indivíduo é cotidianamente múltiplos outros. Portanto, tomar o indivíduo como descritível e sem possibilidade de transformação é uma arbitrariedade que a escola tende a cometer (CHRISTOFARI, 2014). Portanto, deve-se ressaltar e colocar em debate a responsabilidade dos adultos e educadores sobre a vida das crianças e adolescentes.

A perspectiva da função da escola valorizada atualmente, como lugar de educação para todos, é muito recente. Nos últimos anos, tem-se vivenciado a presença cada vez maior, de crianças que comumente estariam à margem do processo de escolarização. A diversidade se encontra na escola colocando em xeque as práticas pedagógicas pautadas pelo princípio da

homogeneização. Os múltiplos modos de ser e aprender, ou melhor, a potência da vida coloca em xeque a normatização da vida e cria novos modos de ser e estar no mundo.

Bourdieu (1997 apud MEIRA, 2012a) denunciou esse processo de ‘exclusão do interior’ que garante a manutenção da exclusão dos mais pobres e se apresenta como uma das formas contemporâneas importantes de produção da miséria social. Crianças e jovens das camadas populares continuam a ser eliminados, entretanto, essa eliminação é adiada, ou seja, mantêm-se na escola os excluídos potenciais. Desse modo, eles descobrem que estar na escola não garante nem o sucesso escolar, tampouco o acesso a posições sociais mais elevadas (MEIRA, 2012a). Para esses ‘marginalizados por dentro’, vítimas de práticas de exclusão ‘brandas’ (BORDIEU, 1997, p.483 apud MEIRA, 2012a), a escola permanece como uma espécie de ‘terra prometida’ ou uma miragem que se mantém sempre presente no horizonte, mas que recua à medida que tentam se aproximar dela.

O “não aprender” pode ser uma forma de resistência ao ensino que não cativa, não envolve, não interessa. Classificar o aluno como “incapaz” e “desinteressado” é um modo de expropriá-lo de sua condição humana de transformação e aprendizado constante. O que precisa ser problematizado no âmbito escolar é que, para além da pretensa anormalidade, há discursos sobre o anormal, o atrasado, o hiperativo e o deficiente. As consequências atuais desse tipo de compreensão sobre uma condição social do sujeito anormal, quando se pensa o sujeito escolar, têm desdobramentos importantes que não apenas definem a história escolar de cada um, mas também contribui com a configuração de uma história de vida que passa a ser marcada pela incapacidade e não pela possibilidade.

Portanto, o debate da medicalização está aberto e passamos agora a ver as singularidades presentes nesse fenômeno e seguiremos primeiro pela trajetória que chegamos até o João. E depois vamos olhar para ele e para a questão inicial: o que estamos fazendo com o João?

5 O PROCESSO DA PESQUISA

Cena 5: Cheguei na casa de João, como havia combinado. O pai havia me explicado o caminho e tinha autorizado eu ir até a casa deles para fazer a entrevista. A casa era em um bairro desconhecido por mim, um bairro mais afastado da cidade. Cheguei à rua de João e passei a procurar o número da casa, havia algumas casas mais arrumadas, outras menos... quando vi, na frente da casa, estava o pai de João, o Sr. Beto, arrumando as bicicletas. Ele tem uma bicicletaria na frente da casa. Parei o carro, desci e fui em direção e o pai disse: Oi doutora! Respondi ao cumprimento e ele falou: O João está lá dentro... hoje é só com ele mesmo? Fiz que sim e ele me acompanhou até o fundo da casa. Eles moram na casa do fundo, a casa da frente é de um parente deles. Andamos pelo corredor e havia várias plantas, nem todas bem cuidadas, e chegamos a uma área no fundo que dava para a casa deles. Nessa área havia muitos objetos parados, parecia que não eram usados há muito tempo, mais plantas.... e o pai gritou: João! João respondeu e o pai disse: ah ele está aqui na cama, pode entrar doutora. Entrei, cumprimentei o João. Mostraram-me a casa, era de dois cômodos. Um sendo a cozinha, sala e quarto do João, tudo junto, e no outro, que era separado por um armário, era o quarto do Sr. Beto. E tinha um banheiro também. A casa estava um pouco desarrumada e havia louça suja na pia. A casa não tinha acabamento, o chão era apenas de cimento. Mas havia uns objetos decorativos, fotos e vasilhas dando um ar aconchegante para o lar deles. João estava na cama, sentei ao lado dele e passamos a conversar. Ele falou: mas eu não tenho mais nada para falar, já te falei tudo de mim. Minha vontade era dizer: João você não sabe toda a riqueza que tem na sua vida! Mas apenas disse que com certeza tinha e passamos a conversar. Vi rapidamente uma foto ao lado da cama dele que me chamou a atenção: era ele, João, vestido de beca. Perguntei sobre a foto e ele me disse que tirou no final do último ano na escola e o pai que comprou desses fotógrafos que vão à escola tirar fotos. E a foto estava bem ali, estampada na parede, mostrando a sua importância. Na entrevista, ele respondeu tudo, estava tranquilo. Em um determinado momento apareceu na porta da sala um jovem, João falou com ele e daí perguntei: quem é ele? Ah é meu primo, ele mora na casa da frente. E me disse: ele tem problema! Eu perguntei: Que problema? Ele falou: Ele é mental, sabe? Então perguntei: Como assim mental? E João falou: Ele não sabe ler nem escrever, não aprende as coisas!! Naquele momento me fiz a pensar, realmente João não era ‘mental’ como estavam querendo fazer com que ele fosse!

Propusemo-nos a falar do caminho de pesquisa adotado para então tentar compreender e responder à pergunta que emergira no decorrer do trabalho sobre o processo de medicalização de crianças e adolescentes: o que estamos fazendo com João? Mas, para isso, contaremos primeiro como chegamos ao João. Esta pesquisa pretendeu olhar para crianças e adolescentes ‘inconvenientes’ na escola, buscamos como objetivos investigar o dispositivo medicalizante de crianças e adolescentes na escola pública para compreender que efeitos são produzidos nas subjetividades e na trajetória de vida desses sujeitos.

Acreditamos que a escolha de um caminho para as nossas investigações não ocorreu aleatoriamente, mas depende do sujeito da pesquisa, do enfoque ou do lugar que desejamos abordá-lo. Deixar-se envolver por esta perspectiva não é perder o rumo, mas se abrir para novas possibilidades de conhecimento. Portanto, para chegarmos aos objetivos

propostos, foi necessário ouvir o nosso campo de estudo e, desta forma, seguir o percurso da pesquisa e para assim fazer as escolhas das estratégias metodológicas.

O olhar que tivemos sob nosso campo de pesquisa se fez imerso em algumas lições que Foucault (FISCHER 2003) colocou e que podem ser entendidas como “atitudes metodológicas” absolutamente necessárias ao pesquisador, particularmente do campo das ciências humanas e da educação.

Primeira delas, compreender que nossas lutas (e pesquisas) sempre têm a ver com linguagem, já que estamos continuamente envolvidos com lutas discursivas; segunda atitude, atentar para a idéia de que palavras e coisas dizem respeito a fatos e enunciados que, a rigor, são “raros”, isto é, não são óbvios, estão para além das “coisas dadas”; terceira, que fatos e enunciados referem-se basicamente a práticas, discursivas e não-discursivas, as quais constituem matéria-prima de nossas investigações, seja em que campo estas se concentrem, e dizem respeito sempre a relações de poder e a modos de constituição dos sujeitos individuais e sociais; finalmente, a atitude de entrega do pesquisador a modos de pensamento que aceitem o inesperado, especialmente aqueles que se diferenciam do que ele próprio pensa (FISCHER, 2003, p. 372-373).

O convite que o pensamento foucaultiano nos faz é o de atentar-nos aos ditos que se cristalizam e buscam descrever práticas discursivas e práticas não discursivas em jogo, de tal modo que possamos fazer aparecer justamente a multiplicidade e a complexidade dos fatos e das coisas ditas, que são, por isso mesmo, raros, no sentido de que não são óbvios, não são naturais, não estão imunes a imprevisibilidades. Expor essas multiplicidades nos permitirá descrever um pouco dos regimes de verdade de certa formação histórica e de determinados campos de saber.

A pesquisa ocorreu por meio de dois momentos que se complementam e são fundamentais para alcançar os objetivos propostos. No primeiro momento se configurou como uma pesquisa quantitativa, através do mapeamento e identificação de diagnósticos psiquiátricos de crianças e adolescentes em um Serviço de Saúde Mental. Entendemos como de grande importância esse momento de mergulho nos dados quantitativos, para um aprofundamento e conhecimento acerca do que os dados produzidos nos mostram, o que nos indicam e que caminhos nos apontam. A produção de dados quantitativos realizou-se por meio de um levantamento decorrente do acesso ao GIL³⁹ (Gerenciador de Informações Locais) no Banco de Dados do Serviço de Saúde Mental.

³⁹ Destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do sistema Único de Saúde – SUS, auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população atendida, subsidiando os gestores nas tomadas de decisões. Permite o monitoramento e o planejamento contínuo do

Uma vez colhidos os dados, realizamos uma análise descritiva, que consiste em organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas e/ ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos de dados. Porém, foi possível também dar um tratamento qualitativo aos dados, mesmo quando estão expressos *a priori*, de modo quantitativo.

O mapeamento dos dados foi de fundamental importância para encontrarmos um perfil de diagnósticos relacionados a queixas escolares que fez com que chegássemos até o caso do João. Enfatizamos que o objetivo desse trabalho foi realizar um estudo do dispositivo da medicalização e seus efeitos na subjetividade do caso estudado, e não discutir pormenorizadamente os diagnósticos psiquiátricos encontrados.

No segundo momento, a pesquisa se configurou como qualitativa e investigamos as facetas desse fenômeno nas suas singularidades. Apoiamo-nos em um estudo de caso, que foi selecionado baseado na análise dos diagnósticos de crianças e adolescentes com queixas escolares. O trabalho da pesquisa se consolidou através dos procedimentos de pesquisa: análise de documentos de prontuários e relatórios (do serviço de saúde mental e das escolas) e entrevistas abertas⁴⁰ com o sujeito da pesquisa, um familiar, diário de campo⁴¹ de visita escolar. Fizemos uma análise das falas presentes nesses relatos do prontuário da saúde, dos relatórios escolares e das entrevistas realizadas, montando uma narrativa da trajetória na escola, na saúde e na família, e analisamos como esses discursos incidiram e produziram efeitos na subjetividade do sujeito pesquisado.

Optamos por ouvir diversos discursos no estudo de caso, por trabalharmos com a medicalização enquanto um dispositivo, e para isso, seria necessário entrar em contato com discursos da família, da escola, da saúde, para compreendermos o dispositivo da medicalização de forma dialética.

Queremos ressaltar que foram esclarecidos os procedimentos éticos sobre a pesquisa para os entrevistados e participantes, além da liberdade de recusa de participação a qualquer momento, garantia de sigilo e confidencialidade das informações. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos entrevistados na pesquisa.

sistema de saúde no Município. O GIL é o sistema oficial do DATASUS/MS, ele é um software que utiliza do Banco de Dados Fire Bird - Banco de Dados livre, de acordo com a política do governo.

⁴⁰ Encontram-se no Apêndice A e B.

⁴¹ Apêndice C.

Na pesquisa qualitativa, a análise foi feita utilizando-se de instrumentos da análise de discurso e práticas institucionais segundo Foucault (FISCHER, 2001). Optou-se por esse eixo de análise por sua preocupação com a produção de sentidos existentes nos discursos, ou seja, as práticas discursivas e não discursivas como práticas que estão em constante construção e a partir das quais as pessoas dão sentido e se posicionam em suas relações sociais cotidianas.

Nesse mesmo caminho, entendemos que o presente estudo teve como objetivo a produção, e não a coleta de dados. Com efeito, a pesquisadora, neste caso, é produtora e analista de dados e não apenas coletora de dados ou de informações que estavam prontas *a priori*. Desta forma, a produção de dados deve ser entendida como uma “propagação da força potencial que certos fragmentos da realidade trazem consigo” (KASTRUP, 2010, p. 33). Assim sendo, vemos que, por meio da produção de dados, podem-se evidenciar aspectos importantes acerca de um determinado acontecimento.

Sabemos, entretanto, que a produção destes dados pode ocorrer por meio de estratégias metodológicas distintas. A presente pesquisa, entretanto, defendeu que o estudo em prontuários, relatórios e banco de dados também é um instrumento importante para revelar processos de produção de subjetividades. Desta forma, optamos por realizar a produção de dados nestes registros da saúde e da escola, além das entrevistas abertas.

A função de analisar prontuários e relatórios de vida⁴² é tornar acessível dados sobre os modos de vida, os hábitos, os comportamentos, os problemas e as doenças. Por meio desse aparato descritivo, o indivíduo torna-se possível de ser narrado e analisado em suas singularidades. Ao pensarmos em documentos arquivados, no entanto, comumente os relacionamos ao ultrapassado, ao desuso e esquecemos, todavia, que estes escritos têm um valor intrínseco: mantêm inalteradas, em suas páginas, histórias de pacientes e de condutas e práticas institucionais. Desta forma, os prontuários arquivados são, pelo contrário, documentos repletos de vida, capazes de recontar e reconstruir fatos. Foucault escreveu sobre a importância das informações contidas em prontuários e afirmou que estas devem ser lidas como notícias por dois motivos: “a rapidez do relato e a realidade dos acontecimentos relatados” (FOUCAULT, 2003, p. 203).

Em outras palavras, a pesquisa tem como finalidade apresentar ao público dados sobre as engrenagens da medicalização de crianças e adolescentes. Sobre este aspecto,

⁴² Refiro-me a prontuários em serviços de saúde, relatórios escolares e relatórios de profissionais da saúde.

Foucault afirmou que sua pesquisa realizada em arquivos possibilitou tornar pública a história dos infames franceses e o contexto social e político no qual ocorreram. Contudo, segundo o autor, para tornar público um acontecimento, é necessário que haja uma intenção do pesquisador neste sentido. Essa afirmação é corroborada por Lobo (2008), ao dizer que estas histórias desconhecidas podem emergir do encontro de documentos esparsos com a intenção de quem as investiga. A autora complementa ser importante a publicação dos dados encontrados em documentos, pois, segundo ela, estes registros “nada têm de grandioso, mas guardam certa grandeza no sofrimento, revelam muito de seu tempo em seu fugidio clarão” (LOBO, 2008, p. 18).

5.1 Os diagnósticos de crianças e adolescentes do serviço de saúde mental

Entendemos que os diagnósticos psiquiátricos produzem modos de ver, de interagir e de relacionar com crianças e adolescentes, são práticas discursivas que produzem verdades sobre os sujeitos. Portanto, partimos de um mapeamento dos diagnósticos psiquiátricos de crianças e adolescentes em um serviço de saúde mental para investigar o dispositivo da medicalização.

A produção de dados se deu em um Serviço de Saúde Mental localizado no interior de São Paulo. A cidade possui uma população de aproximadamente 110.000 habitantes⁴³. A cidade possui uma Rede de Atenção Psicossocial⁴⁴ do SUS escassa, com um Centro de Atenção Psicossocial⁴⁵ I (adulto) e um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas e um Ambulatório de Saúde Mental. Não há atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica e tampouco um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil.

⁴³ Segundo dados do Censo de 2010.

⁴⁴ Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

⁴⁵ Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo-se como um serviço substitutivo ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, e permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades. O Caps tem como finalidade a integralidade no tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais – psicoses, neuroses graves e demais quadros- cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Centro de atenção psicossocial I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 habitantes, com as seguintes características: devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia; adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 5 profissionais de nível superior e 4 profissionais de nível médio.

Esse serviço de saúde mental da pesquisa conta com uma equipe de uma assistente social, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três psicólogas, duas fonoaudiólogas, sete psiquiatras e uma estagiária de psicologia. Desta forma, já denunciemos a visão medicalocêntrica do serviço, ao se considerar o número de psiquiatras do mesmo. Apesar de a equipe ser multiprofissional, ou seja, ter várias especialidades de profissionais; o trabalho interdisciplinar, de troca de saberes e espaços de discussão de casos é realizado com pouca frequência.

Para as crianças e adolescentes com dificuldades escolares, a Rede Municipal de Ensino conta com um atendimento especializado desde 2002 (Projeto Especial SAPE– Sala de Apoio Pedagógico Especializado) e atualmente com as Salas de Recursos Multifuncionais, além de professores habilitados em Educação Especial. A Sala de apoio pedagógico especializado⁴⁶ é uma modalidade de atendimento a ser desenvolvida no ensino regular, destinada a alunos com dificuldades de aprendizagem, que possuem ou não deficiências. Tem como finalidade facilitar a aprendizagem daqueles alunos que apresentam histórico de fracasso escolar. As escolas estaduais⁴⁷ também contam com esse serviço, porém voltado para crianças e adolescentes com deficiências⁴⁸.

Portanto, as crianças e adolescentes ‘inconvenientes’, normalmente, chegam ao serviço de saúde mental encaminhadas pela escola, pelo pediatra, pelo Conselho Tutelar ou por desejo da própria família. Em geral, as mães das crianças e adolescentes chegam já com uma ideia do que a criança possui, quase com um diagnóstico, com dizeres como: “não entra nada na cabeça dele”, “ele não tem interesse em aprender”, “tem déficit de atenção”, “a cabeça é fraca”, entre outras falas. Estas mães ou responsáveis vêm com falas oriundas de vários discursos sobre seus filhos.

⁴⁶ Linhas programáticas para o atendimento na sala de apoio pedagógico especializado/ MEC/ 1994. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134414porb.pdf>>.

⁴⁷ A Resolução SE 11, de 31/01/2008, dispõe sobre a educação escolar de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual de ensino. No artigo 8º - A implementação de Serviços de Apoio Pedagógico Especializado (SAPEs) tem por objetivo melhorar a qualidade de oferta da educação especial, na rede estadual de ensino, viabilizando-a por uma reorganização que, favorecendo a adoção de novas metodologias de trabalho, leve à inclusão do aluno em classes comuns do ensino regular. Os Serviços de Apoio Pedagógico Especializado (SAPEs) serão implementados por meio de: a) Atendimento prestado por professor especializado, em Sala de Recursos específicos, em horários programados de acordo com as necessidades dos alunos, e, em período diverso daquele que o aluno frequenta na classe comum, da própria escola ou de outra unidade escolar; b) Atendimento prestado por professor especializado, na forma de itinerância para desenvolver atividades de apoio ao aluno com necessidades especiais, em trabalho articulado com os demais profissionais da escola.

⁴⁸ Educação Especial.

Trabalhei nesse Serviço de Saúde Mental como psicóloga por sete anos, até maio do ano passado (2014). E foi também por estar inserida na equipe e no serviço de saúde que o tema da pesquisa foi despertado. Foi solicitado à Secretaria da Saúde autorização para realizar a pesquisa no banco de dados do Serviço, além da pesquisa nos prontuários. Foi autorizado através de um Termo de Autorização de Pesquisa.

A pesquisa contou com o levantamento no acervo de dados que compreendia o período de 01 de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2013. O número de pessoas atendidas durante o período, segundo o banco de dados Gil, foi de 2.730 pacientes. No desenvolvimento desta pesquisa, como estamos estudando os diagnósticos e, considerando que uma pessoa pode ter mais de um diagnóstico, utilizamos o número de diagnósticos e não de pessoas. Estes diagnósticos se referem a atendimentos de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Psiquiatria e Enfermagem. Para atingir os objetivos desta pesquisa foram analisados dados por faixas de idade (3-7 anos, 8-12 anos, 13-17 anos, 18-22 anos).

Abaixo, encontramos uma tabela com o número total e porcentagens de CIDs (Classificação Internacional de doenças) e não de pessoas atendidas, divididos por faixas etárias e por sexo.

Tabela 1: Números totais e porcentagens de CIDs nas faixas etárias, e por sexo.

Faixa etária	Número de ocorrência de CIDs			Porcentagem de ocorrência de CIDs		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino**	Masculino**	Total*
3-7 anos	24	48	72	33.3%	66.7%	1.9%
8-12 anos	34	76	110	30.9%	69.1%	2.9%
13-17 anos	53	73	126	42.1%	57.9%	3.4%
18-22 anos	33	49	82	40.2%	59.8%	2.2%
<i>Sub-total 3 a 22 anos</i>	<i>144</i>	<i>246</i>	<i>390</i>	<i>36.9%</i>	<i>63.1%</i>	<i>10.4%</i>
23-27 anos	45	53	98	45.9%	54.1%	2.6%
28-32 anos	79	67	146	54.1%	45.9%	3.9%
acima 33 anos	1795	927	2722	65.9%	34.1%	72.7%
<i>Sub-total acima 23 anos</i>	<i>1919</i>	<i>1047</i>	<i>2966</i>	<i>64.7%</i>	<i>35.3%</i>	<i>79.2%</i>
Total	2207	1539	3746	58.9%	41.1%	100.0%

*Porcentagens expressas pelo número de ocorrências de CIDs total da faixa etária, dividido pelo total de ocorrência de CIDs de todas as faixas etárias (3746 ocorrências).

**Porcentagens do número de ocorrência de CIDs em cada sexo, dividido pelo total dentro da faixa etária.

Com esses dados, é possível percebermos que aproximadamente 79,2% dos atendidos neste período se encontram na faixa acima de 23 anos, principalmente na faixa acima de 33 anos. Essa grande concentração se dá por pacientes que passam anos de suas vidas apenas em consultas psiquiátricas, e que fazem apenas uso de medicação psiquiátrica, sem o recurso a outras possibilidades de tratamento. E apenas 10,4% dos pacientes se concentram nas idades entre 3 a 22 anos. A concentração diminui nessas faixas de idade porque em geral, as crianças e adolescentes fazem acompanhamentos semanais com Psicólogo ou Fonoaudiólogo e não passam apenas em consultas psiquiátricas a cada 3, 4 ou 6 meses, como fazem os adultos. Apontamos também que, nesse serviço possui um psiquiatra apenas para atendimento infanto-juvenil e seis psiquiatras de adulto, o que faz com que o número de atendimentos de adulto seja superior ao de crianças e adolescentes. Em relação a crianças e adolescentes, a maior concentração de pacientes pertence às faixas de 8-12 anos e 13-17 anos, sendo o período escolar das crianças e a fase mais característica da adolescência, respectivamente, as grandes problemáticas que podem justificar a procura.

Vemos aqui, até o momento, um serviço de saúde mental que não está pautado na nova Política de Saúde Mental, no qual se prioriza atendimentos multidisciplinares e um trabalho em rede, sendo que nesse serviço não há um trabalho de equipe. Também é um serviço baseado no atendimento psiquiátrico, visto o número excessivo de psiquiatras frente ao de outros profissionais da saúde. E desde já podemos pensar na questão da medicalização da vida, por ser um serviço de saúde que aposta mais em atendimentos psiquiátricos e na solução medicamentosa, e não em outras estratégias de atendimento.

Outro aspecto importante a ser analisado é que a porcentagem de CIDs do sexo feminino é de 36,9% e masculino de 63,1%, nas idades de 3 a 22 anos. Já na idade de 23 anos para cima, inverte-se essa porcentagem em relação aos sexos, no qual o feminino corresponde a 64,7% e o masculino de 35,3%. E temos que pensar: o que acontece na infância e adolescência que faz com que os meninos são vistos como tendo um número maior de transtornos mentais que as meninas? Há aqui questões de gênero postas que devem ser problematizadas.

Vivemos em uma sociedade na qual os homens e as mulheres têm normas de como cada um deve ser e como deve agir e com isso as patologias também ajudam no processo de atribuição de normalidade, referendando o lugar de anormal a quem desvia da norma. Há transtornos mais comuns em mulheres, outros mais em homens.

Acreditamos não termos dados suficientes para fazer uma análise mais aprofundada, por termos nos focado no mapeamento apenas de diagnósticos e, com isso, temos dados descritivos apenas do discurso da psiquiatria. Como percebemos, o dispositivo da medicalização como um fenômeno multidimensional e composto por vários discursos, não afirmaremos análises que necessitam de uma compreensão mais ampla. Portanto, apenas descreveremos os dados⁴⁹ encontrados e a análise se restringirá aos diagnósticos relacionados a queixas escolares.

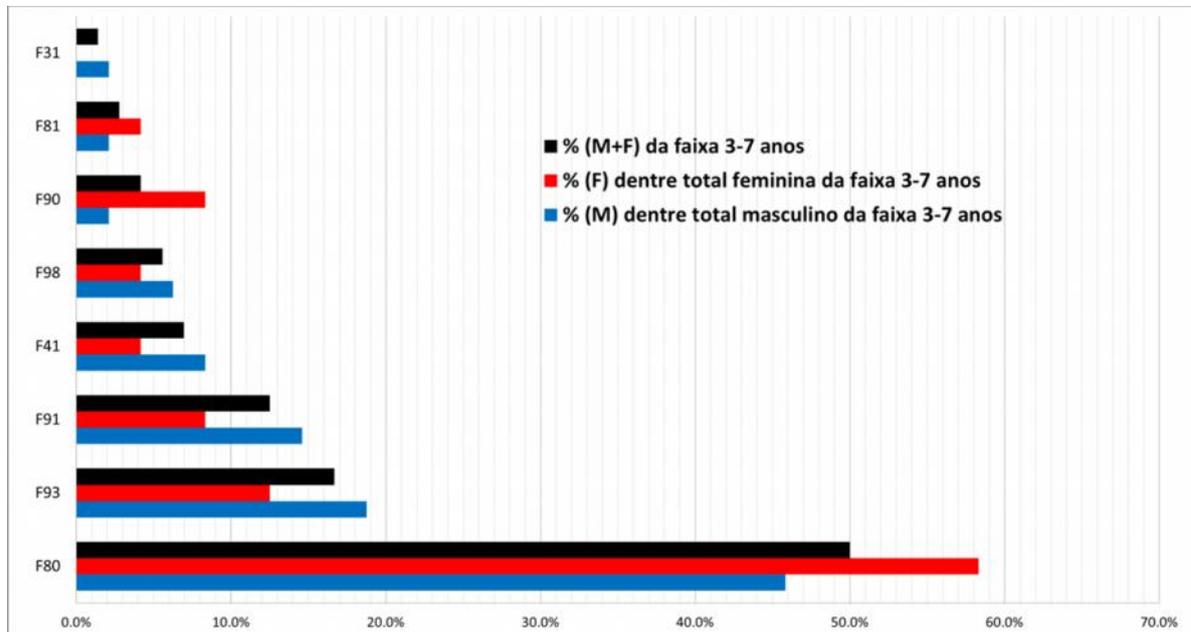
Dando seguimento, nosso olhar na pesquisa focar-se-á sobre as crianças, adolescentes e jovens considerando as faixas de 3-7 anos, 8-12 anos, 13-17 anos e 18-22 anos. Primeiro, apresentaremos o número total e porcentagens de diagnósticos⁵⁰ encontrados nas faixas de idade, divididos por sexo. Aqui consideramos todos os diagnósticos psiquiátricos e não apenas os relacionados às queixas escolares. Com isso, pretendemos mostrar como construímos nossa análise, como chegamos ao João. Queremos deixar pontuado também que os sujeitos⁵¹ desta pesquisa são alunos que frequentam ou frequentaram prioritariamente a escola pública, dado que nossos sujeitos são oriundos de camadas populares, sendo usuários de um serviço de saúde mental público.

⁴⁹ Porém, acreditamos ser importante pontuar que seria importante uma pesquisa que fizesse essa análise mais profunda e ampla dos diagnósticos, porém é necessário obter mais dados para uma análise desse tipo.

⁵⁰ CIDs que aparecem na pesquisa: F06 - Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, F11 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos, F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides, F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, F20 - Esquizofrenia, F22 - Transtornos delirantes persistentes, F31 - Transtorno afetivo bipolar, F32 - Episódios depressivos, F33 - Transtorno depressivo recorrente, F34 - Transtornos de humor (afetivos) persistentes, F41 - Outros transtornos ansiosos, F42 - Transtorno obsessivo-compulsivo, F43 - Reações ao stress grave e transtornos de adaptação, F43 - "Reações ao ""stress"" grave e transtornos de adaptação, F60 - Transtornos específicos da personalidade, F64 - Transtornos da identidade sexual, F70 - Retardo Mental Leve, F71 - Retardo Mental Moderado, F72 - Retardo Mental Grave, F79 - Retardo Mental não especificado, F80 - Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, F81 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares, F84 - Transtornos globais do desenvolvimento, F90 - Transtornos hipercinéticos, F91 - Distúrbios de conduta, F92 - Transtornos mistos de conduta e das emoções, F93 - Transtornos emocionais com início especificamente na infância, F94 - Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência, F95 - Tiques, F98 - Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência.

⁵¹ Da pesquisa quantitativa.

5.1.1 Faixa de 3 a 7 anos

Gráfico 1: Total de cada CID dentro da faixa etária de 3-7 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.**Tabela 2: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 3-7 anos.**

Faixa etária 3-7 anos			
CID	% (M)	% (F)	% (M+F)
F80	45.83%	58.33%	50.00%
F93	18.75%	12.50%	16.67%
F91	14.58%	8.33%	12.50%
F41	8.33%	4.17%	6.94%
F98	6.25%	4.17%	5.56%
F90	2.08%	8.33%	4.17%
F81	2.08%	4.17%	2.78%
F31	2.08%	0.00%	1.39%

Observamos que 50% das crianças nessa faixa possui o transtorno específico do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80). Os outros transtornos emocionais com início especificamente na infância (F93 e F98) aparecem em aproximadamente 22% dos casos, com maior proporção no sexo masculino. Além dos transtornos de conduta (F91) com 12,5%, com maior incidência entre o sexo masculino. Os transtornos das habilidades escolares (F81) aparecem ainda com pouca força, porém com incidência maior no sexo masculino. O dado

que nos chama a atenção é o fato do transtorno hiper-cinético, conhecido como hiperatividade (F90) aparecer em apenas 4,17% dos diagnósticos.

5.1.2 Faixa de 8 a 12 anos

Gráfico 2: Total de cada CID dentro da faixa etária de 8-12 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.

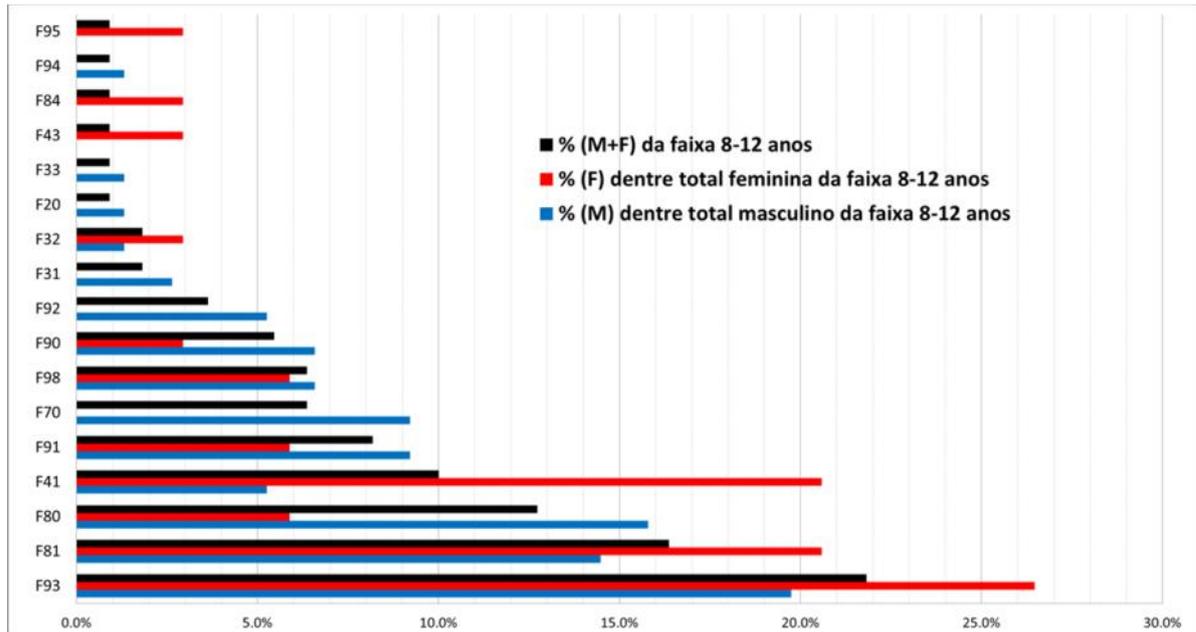


Tabela 3: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 8-12 anos.

Faixa etária 8-12 anos			
CID	% (M)	% (F)	% (M+F)
F93	19.74%	26.47%	21.82%
F81	14.47%	20.59%	16.36%
F80	15.79%	5.88%	12.73%
F41	5.26%	20.59%	10.00%
F91	9.21%	5.88%	8.18%
F70	9.21%	0.00%	6.36%
F98	6.58%	5.88%	6.36%
F90	6.58%	2.94%	5.45%
F92	5.26%	0.00%	3.64%
F31	2.63%	0.00%	1.82%
F32	1.32%	2.94%	1.82%
F20	1.32%	0.00%	0.91%
F33	1.32%	0.00%	0.91%
F43	0.00%	2.94%	0.91%
F84	0.00%	2.94%	0.91%
F94	1.32%	0.00%	0.91%
F95	0.00%	2.94%	0.91%

É possível percebermos como a diversidade de diagnósticos se amplia nesta faixa de idade. Em relação aos sexos, as meninas possuem 30,9% dos diagnósticos e os meninos 69,1%. Nesta faixa de idade, as crianças já se encontram nas escolas, na fase de alfabetização, e os transtornos das habilidades escolares (F81) são apontados como 16,36% dos casos, com incidência de 20,59% nos casos femininos e 14,47% masculinos. Os transtornos emocionais com início específico na infância (F93), e os outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou adolescência (F98), 21,8% e 6,36% respectivamente. O diagnóstico do retardo mental (F70) aparece, ainda sem grande significância com 6,3%, e com frequência de 9,21% dentre os casos masculinos nesta faixa. Os transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80) com 12,73% e o transtorno de ansiedade (F41) também aparece com força, com 10%, tendo maior incidência dentre os casos do sexo feminino, com 20,59%. Os transtornos hipercinéticos (F90) e de conduta (F91) denunciam o que se espera de crianças e adolescentes, dado que aparecem respectivamente com 5,45% e 8,18%, com aparecimento prioritário no sexo masculino.

5.1.3 Faixa de 13 a 17 anos

Gráfico 3: Total de cada CID dentro da faixa etária de 13-17 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.

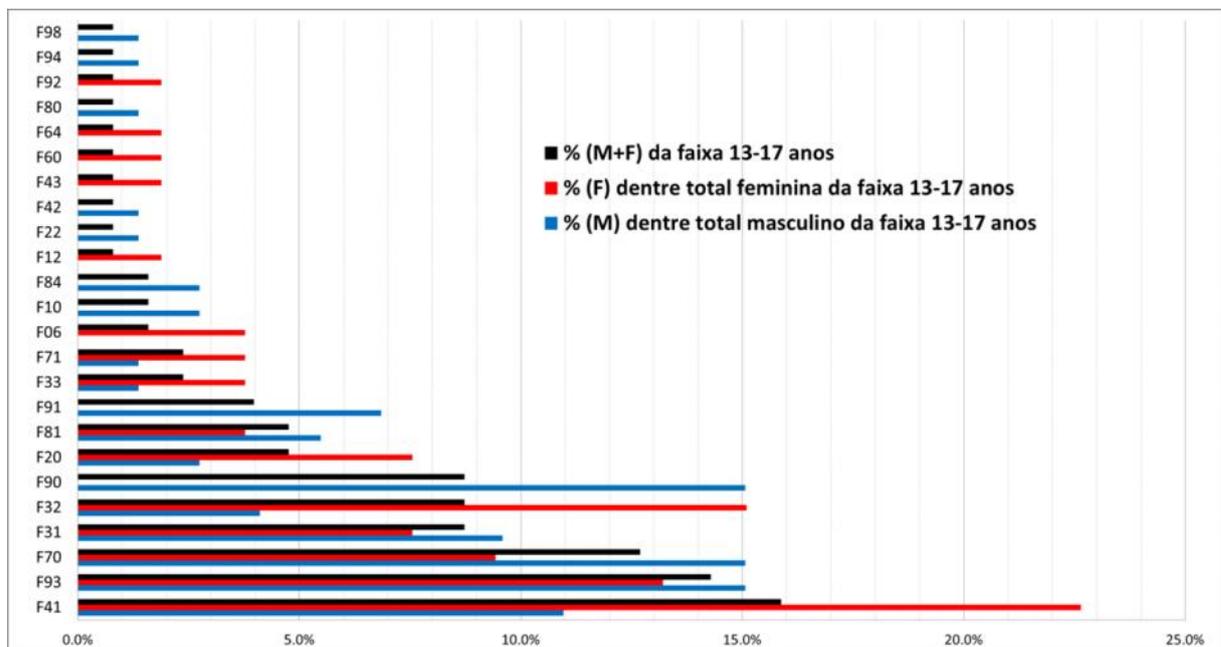


Tabela 4: CIDs por sexo e total, para a faixa etária 13-17 anos.

Faixa etária 13-17 anos			
CID	% (M)	% (F)	% (M+F)
F41	10.96%	22.64%	15.87%
F93	15.07%	13.21%	14.29%
F70	15.07%	9.43%	12.70%
F31	9.59%	7.55%	8.73%
F32	4.11%	15.09%	8.73%
F90	15.07%	0.00%	8.73%
F20	2.74%	7.55%	4.76%
F81	5.48%	3.77%	4.76%
F91	6.85%	0.00%	3.97%
F33	1.37%	3.77%	2.38%
F71	1.37%	3.77%	2.38%
F06	0.00%	3.77%	1.59%
F10	2.74%	0.00%	1.59%
F84	2.74%	0.00%	1.59%
F12	0.00%	1.89%	0.79%
F22	1.37%	0.00%	0.79%
F42	1.37%	0.00%	0.79%
F43	0.00%	1.89%	0.79%
F60	0.00%	1.89%	0.79%
F64	0.00%	1.89%	0.79%
F80	1.37%	0.00%	0.79%
F92	0.00%	1.89%	0.79%
F94	1.37%	0.00%	0.79%
F98	1.37%	0.00%	0.79%

Nesta faixa, já na adolescência, a primeira observação necessária é que a variedade de diagnósticos continua aumentando consideravelmente. Podemos dizer que a cada faixa de idade, o ‘cardápio’ de diagnósticos se amplia e diversifica. Observamos também como a porcentagem do sexo feminino ainda é inferior a do sexo masculino, com 42,1% e 51,9% respectivamente, porém há uma diminuição na discrepância. Aparece com um número mais significativo o transtorno de ansiedade (F41), com 15,87%, e com número maior no sexo feminino. Apontamos o número importante e agora significativo do retardo mental (F70), com 12,7%, e ao juntarmos com o retardo mental moderado (F71), beiramos aos 15%. Os transtornos das habilidades escolares (F81) já diminuem e chegam a 4,76%. O transtorno hiperativo (F90) junto com os transtornos de humor (F31) e depressivos (F32) também aparecem com 8,7 % cada um, porém apenas o transtorno depressivo tem incidência maior no sexo feminino. Os transtornos emocionais com início específico na infância continuam com força, com 14,29%.

5.1.4 Faixa de 18 a 22 anos

Gráfico 4: Total de cada CID dentro da faixa etária de 18-22 anos. Porcentagens de cada sexo, com respeito ao total de seu respectivo sexo, dentro de uma faixa etária.

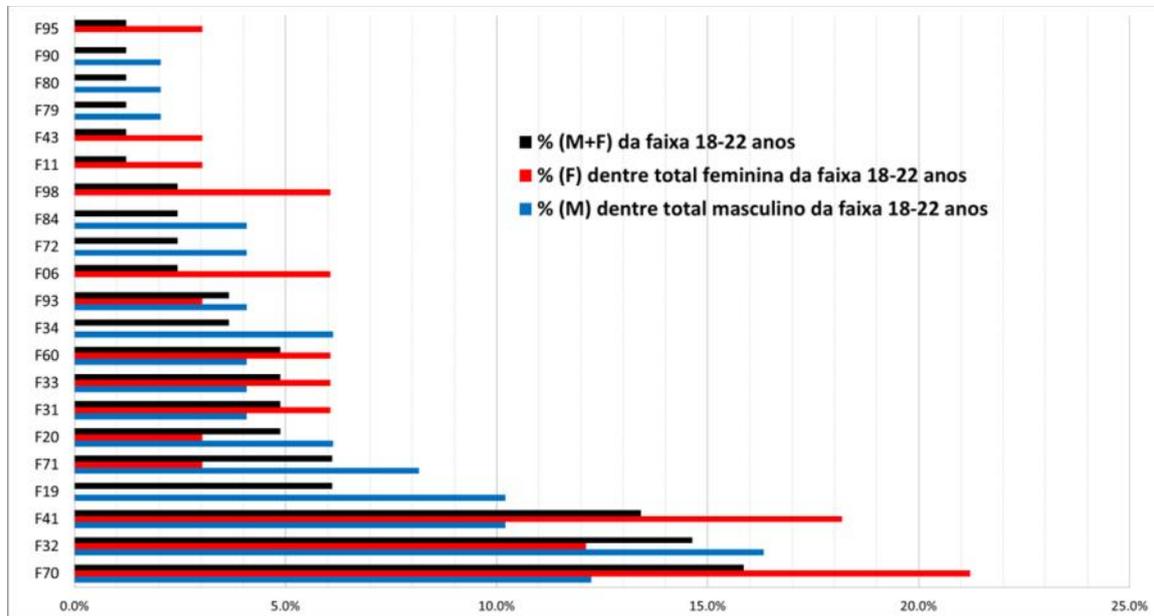


Tabela 5: CIDs por sexo e total, para as faixas de idade 18 a 22 anos.

Faixa etária 18-22 anos			
CID	% (M)	% (F)	% (M+F)
F70	12.24%	21.21%	15.85%
F32	16.33%	12.12%	14.63%
F41	10.20%	18.18%	13.41%
F19	10.20%	0.00%	6.10%
F71	8.16%	3.03%	6.10%
F20	6.12%	3.03%	4.88%
F31	4.08%	6.06%	4.88%
F33	4.08%	6.06%	4.88%
F60	4.08%	6.06%	4.88%
F34	6.12%	0.00%	3.66%
F93	4.08%	3.03%	3.66%
F06	0.00%	6.06%	2.44%
F72	4.08%	0.00%	2.44%
F84	4.08%	0.00%	2.44%
F98	0.00%	6.06%	2.44%
F11	0.00%	3.03%	1.22%
F43	0.00%	3.03%	1.22%
F79	2.04%	0.00%	1.22%
F80	2.04%	0.00%	1.22%
F90	2.04%	0.00%	1.22%
F95	0.00%	3.03%	1.22%

Já na idade que poderíamos pensar na saída da adolescência ou na fase da juventude, vemos como continua a grande variedade de diagnósticos. O retardo mental (F70) se consolidou como um diagnóstico predominante nessa faixa, com 15,8%, com a maior incidência no sexo feminino. Porém, se somarmos com o retardo mental moderado (F71) chega a 22% dos casos, e a incidência nos dois sexos se aproxima. O transtorno ansioso (F41) e a depressão (F32), transtornos mais comuns em adultos, ganham mais força, com 14,6% e 13,4% respectivamente. E é possível observar que nessa faixa há uma mescla de diagnósticos mais comuns em adultos e diagnósticos ainda associados à infância.

5.1.5 CIDs relacionados às queixas escolares

Pensando que o estudo se propõe a discutir a medicalização das crianças e adolescentes ‘inconvenientes’ na escola, atentamo-nos especialmente aos diagnósticos de transtorno das habilidades escolares (F81) e retardo mental (F70, F71), por terem sido os CIDs que mais apareceram no mapeamento, entre os comumente relacionados a queixas escolares. Fomos observando ao longo do levantamento que a grande porcentagem inicial dos transtornos das habilidades escolares diminuiu com o passar das faixas etárias, e ganhou espaço o retardo mental, que aumentou conforme as idades. Então, para melhor efeito da análise, juntamos esses dados, a porcentagem dos CIDs (F81+ F70+F71), por faixas etárias, e encontramos o seguinte cenário:

Gráfico 5: Porcentagens de CIDs do total da faixa etária.

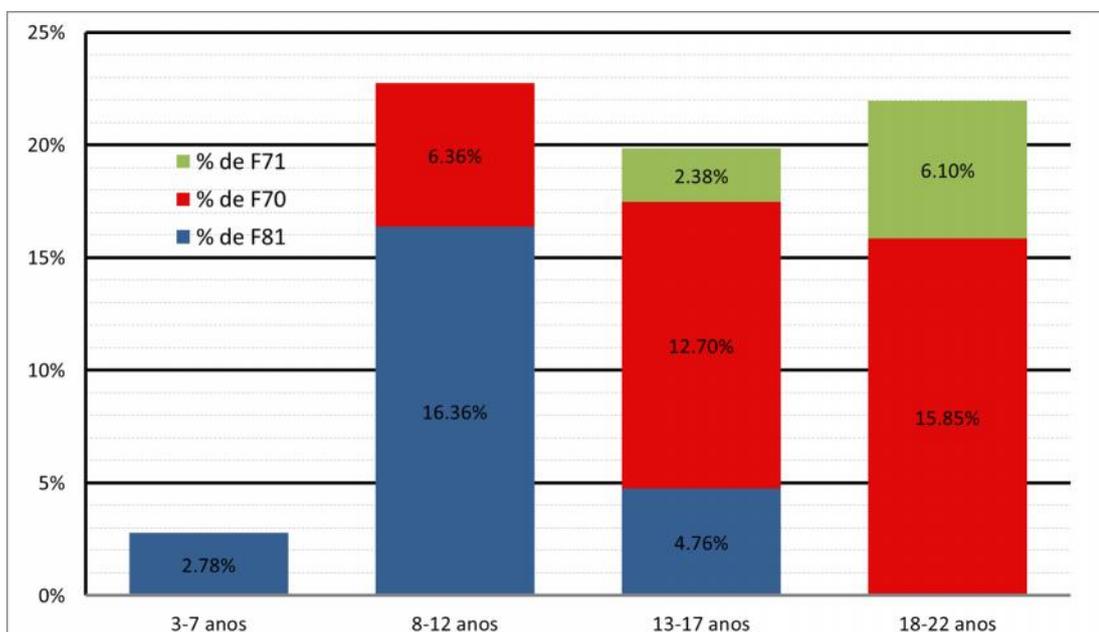


Tabela 6: Tabela com porcentagens de CIDs e o total deles, dentro de faixas etárias.

% CID	3-7 anos	8-12 anos	13-17 anos	18-22 anos
% de F81	2.78%	16.36%	4.76%	0.00%
% de F70	0.00%	6.36%	12.70%	15.85%
% de F71	0.00%	0.00%	2.38%	6.10%
Total	2.78%	22.73%	19.84%	21.95%

Desta forma, percebemos como a incidência da somatória destes transtornos cresce vertiginosamente da passagem das faixas de idade de 3-7 anos para a de 8-12 anos, sendo que dos 8 aos 12 anos se trata do período da consolidação da alfabetização e os primeiros anos escolares das crianças. Essa porcentagem sobe de 2,78% para 22,72%, e praticamente se mantém nas outras faixas etárias. Conforme diminuem o transtorno das habilidades escolares, ocorre um aumento dos retardos mentais. Esse dado nos aponta que os transtornos transitórios atribuídos na infância passam a transtornos definitivos na adolescência e vida adulta. Segundo o levantamento dos diagnósticos, podemos observar como essa frequência é alta e incide com grande proporção nas faixas de idade especificadas. A passagem do transtorno das habilidades escolares para o retardo mental acontece de maneira significativa, e por isso é importante de ser analisada.

Compreendemos os diagnósticos como discursos da psiquiatria, portanto, devem ser afloradas as heterogeneidades que subjazem a todo esse discurso. São práticas não discursivas e nos interessa aqui compreender a rede diferenciada de poderes e saberes que são produzidas. Então, algumas questões foram suscitadas: O que acontece para que ao entrar na adolescência, esses sujeitos recebam o diagnóstico de retardo mental, dado que antes o número mais expressivo era dos transtornos das habilidades escolares? Os transtornos se agravam?

Propomo-nos, também, a descrever com o recorte de gênero, e encontramos o seguinte cenário na página seguinte:

Gráfico 6: Porcentagens de CIDs por sexo, dentro de faixas etárias.

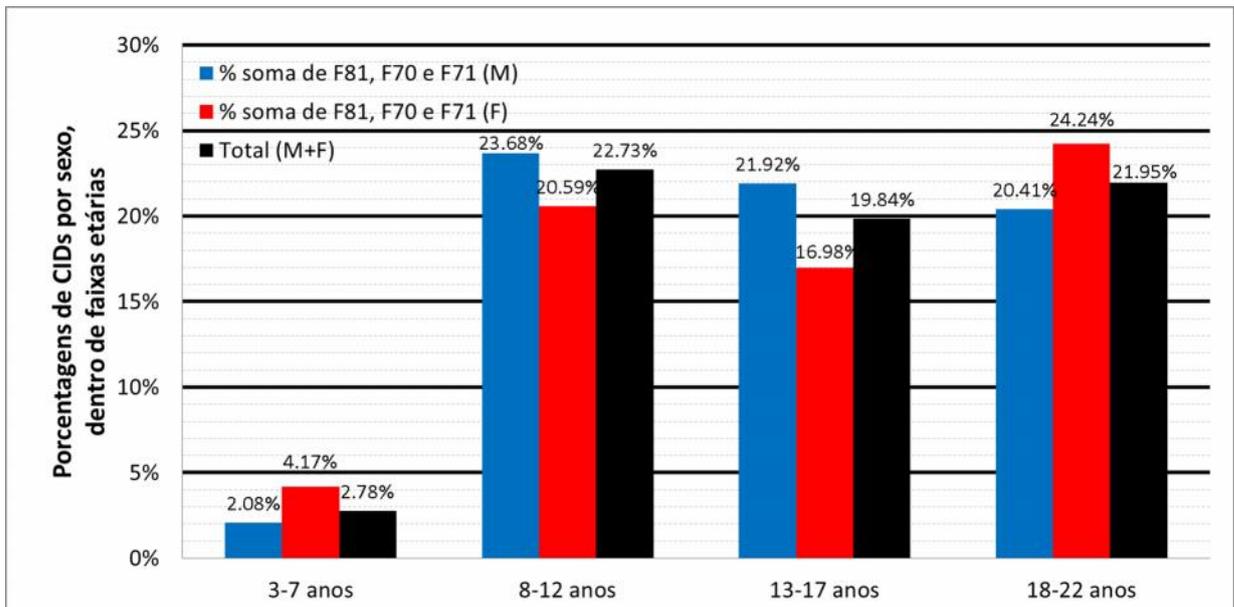


Tabela 7: Porcentagem da soma de CIDs, por sexo, para diferentes faixas etárias.

% CID	3-7 anos	8-12 anos	13-17 anos	18-22 anos
% soma de F81, F70 e F71 (M)	2.08%	23.68%	21.92%	20.41%
% soma de F81, F70 e F71 (F)	4.17%	20.59%	16.98%	24.24%

Observamos uma pequena predominância do sexo masculino, com maior porcentagem nas faixas de 8 a 12 anos e 13 a 17 anos. E nas idades de 3 a 7 anos e 18 a 22 anos, a porcentagem feminina fica um pouco superior. Mas as diferenças encontradas não são discrepantes. Vemos uma concentração dos diagnósticos F81, F70 e F71 em homens, principalmente nas faixas de 8 a 12 anos e 13 a 17 anos. Nos mostra que nessas faixas os meninos apresentam maiores dificuldades de aprender do que as meninas, e já nas faixas de 3 a 7 anos e 18 a 22 anos, são as meninas que apresentam essa dificuldade.

Portanto, é essa a hipótese, é esse o processo que visualizamos, e então faremos esse recorte na pesquisa. Desses sujeitos ‘inconvenientes’, que não aprendem no ritmo que a escola e a sociedade esperam deles e que de repente se deparam com um rótulo, um estigma, que vai se acentuando e tornando-se cada vez mais um diagnóstico ‘definitivo’, pressupõe um indivíduo permanentemente com dificuldade de aprender.

Colocamos aqui em debate a questão relativa ao que a sociedade esperaria da infância e adolescência. Crianças estão em desenvolvimento e nem sempre todas as crianças se desenvolveriam no mesmo ritmo, e ao não se desenvolverem no mesmo ritmo, muitas

receberiam diagnósticos. Os diagnósticos referidos a fases de transitoriedade, ou seja, aqueles que marcam a noção de desenvolvimento, teriam crescido visivelmente. Os transtornos de conduta também nos chamariam a atenção para os comportamentos indisciplinados, em uma sociedade que desejaria disciplinar e controlar os corpos. Isso nos remeteria a outra noção que Foucault trabalha, a dos instintos: sujeitos que além de não se desenvolverem conforme o esperado, não saberiam controlar seus instintos e se tornariam diferentes, ou melhor, ‘inconvenientes’. O que nos remeteria também às discussões referentes à periculosidade, adolescentes indisciplinados, que não controlariam seus instintos, são perigosos, e necessitariam de um controle da medicina.

Vamos observar o que os manuais, principalmente o CID (1993), nos falam sobre esses transtornos. A identificação de um chamado transtorno das habilidades escolares é organizada em relação a uma média obtida pela equação que articula idade cronológica, idade mental e rendimento, ou seja, sempre em termos de padrões “normais”; não há espaço para diferença, pois esta pode ser convertida em doença. Os transtornos das habilidades escolares podem ser: transtorno específico de leitura, transtorno específico da soletração, transtorno específico da habilidade em aritmética, transtorno misto de habilidades escolares, outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares, e transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares. No CID podemos encontrar a seguinte descrição:

Transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doenças cerebrais (CID 10, 1993).

Para ser considerado transtorno de aprendizagem, o rendimento escolar (e esse é o critério para determinação do transtorno, sem uma crítica aos instrumentos de avaliação empregados nas escolas) precisaria estar “significativamente” abaixo das medidas de capacidade nas áreas de linguagem e matemática. Outros campos de conhecimento trabalhados na escola não seriam considerados. Há uma preocupação de que o transtorno poderia evoluir, caso não fosse tratado, e poderia se transformar em dificuldades na adaptação social quando os sujeitos se tornassem adultos. Seria considerado um “distúrbio”, a dificuldade na aprendizagem que deveria se iniciar na infância, indicando algum comprometimento no desenvolvimento convencionado como normal.

Portanto, que noção e que medida seria essa a de significativamente abaixo das medidas de capacidades? Seria em relação a que? Que contexto? Quais crianças? Como poderíamos definir padrões normais, sendo que somos todos singulares e diferentes por natureza? E que escola seria essa que determina, apoiada no discurso da medicina, as capacidades de aprendizagem? Que tipo de ensino teria sido colocado no qual muitos não aprendem? Então, o problema é dos alunos ou da escola? Ou da sociedade?

Na CID-10 (1993), o retardo mental é entendido como uma interrupção ou incompletude no desenvolvimento da mente. Revelaria um comprometimento do nível global de inteligência (entendida como sinônimo de aptidões cognitivas, aptidões de linguagem, aptidões motoras e sociais). Um suposto nível reduzido de funcionamento intelectual seria expresso através da diminuição da capacidade de se adaptar às demandas diárias do ambiente social convencionado como normal. O retardo mental poderia, na linguagem dos manuais, acontecer sem outro transtorno mental ou físico, mas os ditos “retardados costumam apresentar outros transtornos associados de três a quatro vezes mais que a população geral” (CID 10, 1993, p. 222).

Nos sujeitos tidos como retardados escolares, ou atrasados pedagógicos, sua “insistência” em não aprender reforçaria a ideia de que uma dificuldade escolar seria apenas responsabilidade sua. Com o desenvolvimento da medicina, o problema desse sujeito-aluno passaria a ser entendido como problema clínico a ser detectado e tratado pelo campo médico e psicológico. Observamos também, como as “alterações nas modalidades habituais de aprendizado” nos transtornos das habilidades escolares passariam a ser compreendidos como “incompletude do desenvolvimento da mente” nos retardos mentais (CID, 1993).

Não temos o objetivo de nos ater aos diagnósticos e questionar se eles estão adequados ou não. Mas queremos apontar os discursos que estão presentes neles, questionar que sociedade é essa que tem legitimado esses comportamentos como transtornos do indivíduo.

Primeiro, percebemos⁵² que haveria uma questão importante a ser pontuada, que seria o porquê esse tempo da vida humana (infância) têm sido tão monitorados e as crianças tão ‘cuidadas’. Outro ponto visto é que teriam sido transformados em diagnósticos comportamentos situacionais correspondentes às fases de desenvolvimento, e eles se

⁵² Outro ponto que mereceria uma investigação maior em uma pesquisa é a questão de classe atravessando os diagnósticos. Mas para essa pesquisa, esse não era o objetivo.

tornariam, contudo, diagnósticos perenes. Outro ponto significativo seria verificar o que a sociedade tolera em termos de comportamentos específicos de homens e de mulheres, já que a questão de gênero também atravessa os dados observados. E por fim, e não menos importante, poderíamos considerar o papel da escola pública como um colaborador no processo de produção de alunos ‘inconvenientes’.

6 ESTUDO DE CASO

A abordagem qualitativa de estudo de caso foi escolhida levando-se em consideração o objetivo e a perspectiva teórica que fundamenta esta pesquisa. Com o objetivo de investigar a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de subjetivação, foi analisado o caso de um jovem, que passou por um processo de medicalização em um serviço de saúde mental.

Mazotti (2006, p. 639) esclarece que:

[...] o maior problema de grande parte dos trabalhos apresentados como estudos de caso é que eles não se caracterizam como tal. Refletindo uma visão equivocada sobre a natureza desse tipo de pesquisa, esses estudos são assim chamados por seus autores pelo simples fato de serem desenvolvidos em apenas uma unidade (uma escola, uma turma) ou por incluírem um número muito reduzido de sujeitos.

A pesquisa adotou a metodologia do estudo de caso, e foi feita uma análise qualitativa. O estudo de caso é o estudo exaustivo de um caso em particular (uma unidade), a fim de compreendê-lo enquanto instância singular, com seu dinamismo próprio. O caso é entendido como a “representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada” (LUNDKE; ANDRÉ, 1986, p. 21). Preocupa-se mais em compreender e descrever o processo (o que e como está acontecendo), do que com os produtos. Enfatiza a ‘interpretação em contexto’, pois seu objetivo é retratar a dinâmica de uma situação social da forma mais próxima possível do seu acontecer natural. Conforme André (1995, p. 55), “o estudo de caso deve ser um retrato vivo da situação investigada, tomada em suas múltiplas dimensões e em sua complexidade própria”. Cabe ao pesquisador, a partir de uma variedade de fontes de informação, apresentar os pontos de vista dos diversos atores sociais, mesmo se conflitantes entre si.

Na posição de Lundke e André (1986), o estudo de caso como estratégia de pesquisa é o estudo de um caso, simples e específico ou complexo e abstrato, e deve ser sempre bem delimitado. Pode ser semelhante a outros, mas é também distinto, pois tem um interesse próprio, único, particular e representa um potencial na educação. O importante é que haja critérios explícitos para a seleção do caso e que este seja realmente um “caso”, isto é, uma situação complexa e/ou intrigante, cuja relevância justifique o esforço de compreensão.

Após a produção dos dados quantitativos, foram selecionados os prontuários de jovens com 18 a 22 anos que tinham diagnóstico de retardo mental. Com esses prontuários,

foi feita uma análise dos casos e pré-selecionados casos de jovens que realizavam o acompanhamento desde a infância, e que naquele momento tinham o diagnóstico de transtorno das habilidades escolares, conforme vimos na parte quantitativa da pesquisa. Queríamos analisar um caso que havia vivenciado a passagem dos diagnósticos de transtorno das habilidades escolares na infância para o retardo mental na adolescência. E assim chegamos à história de João⁵³. Esta história logo nos impactou pela força dos discursos sob esse sujeito e pelo potencial de demonstrar o que foi observado nos dados quantitativos.

Portanto, utilizamos da análise de documentos (prontuários e relatórios), de entrevistas abertas e diário de campo. Foi realizada a leitura do prontuário de João no Serviço de Saúde Mental, em posteriormente uma entrevista com João⁵⁴ e com seu pai, o Sr. Beto no Serviço de Saúde Mental, a fim de esclarecer melhor a história de vida e apresentar a proposta da pesquisa. João e o Sr. Beto se prontificaram a participar, sem resistências. Foi trabalhado com eles o caráter da pesquisa, explicado minuciosamente e colocado a possibilidade de retirarem seu consentimento em relação à participação nela a qualquer momento desejado. Após isso, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Explicamos que eu iria atrás de informações e relatórios de João nas escolas em que ele havia passado e que seria importante haver entrevistas com ele e com o Sr. Beto. Entrei em contato telefônico com as três escolas em que João estudou e duas delas foram solícitas e forneceram informações e relatórios.

Na primeira escola em que João estudou, a coordenadora forneceu todos os relatórios do seu prontuário escolar. Entretanto, ela não sabia falar sobre ele, porque tinha havido uma troca na direção da escola e ele havia saído dessa escola há alguns anos. Na segunda escola em que fui buscar informações, a última na qual João havia estudado, foram realizadas três visitas e foram obtidas informações por meio de conversas com a professora Jussara, que o conhecia, por relatórios e anotações em registros escolares. As conversas com a professora foram compiladas em anotações de um diário de campo. Com essas informações em mãos, marquei entrevistas com João e com o Sr. Beto separadamente.

Realizei mais uma entrevista com o Sr. Beto, em sua própria residência, com duração de aproximadamente uma hora. Com João, foram mais duas entrevistas, uma no

⁵³ Todos os nomes utilizados no estudo de caso são fictícios, inclusive o nome das escolas.

⁵⁴ É importante pontuar que João nunca foi meu paciente no serviço de saúde mental. O contato com João foi depois do acesso ao seu prontuário, para fins da pesquisa.

Serviço de Saúde Mental e uma na residência de João, com duração de aproximadamente uma hora uma entrevista e trinta minutos a outra entrevista.

As entrevistas foram abertas. Conforme Ludke e André (1986), as entrevistas mais livres e menos estruturadas são as mais indicadas para a análise qualitativa. Essas são as que permitem a obtenção de pontos de vista, opiniões, comentários, que certamente não surgiriam com a aplicação de questionários fechados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra (APÊNDICE A e B), o diário de campo também está transcrito (APÊNDICE C). Outro aspecto positivo do emprego dessa modalidade de técnica de pesquisa é que nos permitiu fazer adaptações e inclusões que se fizeram necessárias e pertinentes no desenrolar do processo de investigação empírica, revendo o próprio processo de condução das mesmas.

Portanto, nesta proposta de trabalho, vamos olhar para a vida de João. Iremos analisar essa passagem de diagnósticos - de transtornos das habilidades escolares na infância e trazendo a ideia de diagnósticos transitórios para o retardo mental na adolescência parecendo ter se tornando diagnósticos mais definitivos - e mergulhar na sua história, como ele se constituiu, quais discursos e singularidades estão presentes em sua trajetória de vida.

Como já sinalizado, utilizaremos a forma de análise do estudo de caso, de acordo com a proposta de Fischer (2001), em que trabalhou com a Análise do Discurso baseada em Foucault. O estudo de caso do João se compõe por diversos discursos: escola, saúde, família e dele próprio; e cada discurso contém outros vários discursos, como uma polifonia discursiva. A partir das práticas, dos discursos, de acontecimentos, da descrição de momentos são produzidos regimes de verdade.

Como escreveu Foucault (2010a, p. 146) em “A arqueologia do saber”, “o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história”. Ou seja, o discurso tem suas regras de aparecimento e jamais se desvincula de questões e jogos de poder, bem como jamais se separa de técnicas e efeitos que se operam sobre o sujeito. Tratar dos discursos e das relações de poder nas mínimas práticas cotidianas e institucionais é um modo de fazer história, história do nosso presente, lançando um olhar profundamente crítico a todas as formas de sujeição do homem, as quais são visíveis nos diferentes campos institucionais e nas inúmeras técnicas, procedimentos, estratégias, discursos e arquiteturas construídos historicamente. É estudar relações de poder, entendendo que o poder sempre existiu em ato e jamais se exerceu de um lado só: em ambos os lados havia agentes e sempre havia espaço

para respostas, revoltas, reações, efeitos, já que o poder só se exerce sobre homens livres (FOUCAULT, 1990 apud FISCHER, 2001).

Pesquisar a partir desses pressupostos históricos e filosóficos significa dar conta de possíveis linhas de fuga, daquilo que escapa aos saberes e aos poderes, por mais bem montados e estruturados que eles se façam aos indivíduos e aos grupos sociais. Isso, porém, exige trabalho, dedicação, estudo pormenorizado de práticas, apropriação criativa do referencial teórico escolhido.

[...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2010a, p. 56).

Em resumo, tudo é prática em Foucault. E tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e as atualizam. Descrever um enunciado, portanto, é dar conta dessas especificidades, é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar. O que permitirá situar um emaranhado de enunciados numa certa organização é justamente o fato deles pertencerem a uma certa formação discursiva. Para o autor, portanto, o conceito de prática discursiva vincula-se diretamente a: “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2010a, p. 136).

A ideia inicial do sujeito como “efeito discursivo” reafirma-se aqui uma vez mais. Em outras palavras, considerar a interdiscursividade significa deixar que afluam as contradições, as diferenças, inclusive os apagamentos, os esquecimentos; enfim, significa deixar aflorar a heterogeneidade que subjaz a todo discurso.

Em outras palavras, as práticas não discursivas são também parte do discurso, à medida que identificam tipos e níveis de discurso, definindo regras que ele de algum modo atualiza. Importa, portanto, deter-se sobre essas práticas – discursivas e não discursivas –, para compreender a rede diferenciada de poderes e saberes que nos produzem.

6.1 A história de João

Compomos os capítulos até agora com algumas cenas da vida de João e finalmente chegamos à história do menino ‘inconveniente’. João possuía 18 anos⁵⁵ e frequentou o serviço de saúde mental por 12 anos. Chegou ao serviço com a queixa de dificuldades na aprendizagem e recebeu o diagnóstico F81.0 (Transtorno das habilidades escolares) e, ao longo dos anos e do acompanhamento, teve a passagem para o diagnóstico de F70.0 (Retardo Mental). E até o momento da pesquisa, ele continuava com o diagnóstico de F70.0, porém, durante o tratamento recebeu como hipótese mais dois diagnósticos, o de F41.0 (Ansiedade Generalizada) e o de F63.0 (Transtorno dos hábitos e impulsos).

Essa passagem de um diagnóstico transitivo para um definitivo nos chamou a atenção e queríamos entender o que houve e como foi esse processo na vida de João, o que havia de singularidade em sua história. Outro ponto que nos chamou a atenção era o fato de que não havia fala dele ali. O prontuário era dele, porém havia falas do pai, o Sr. Beto, das queixas na escola por professoras e diretoras, da avó, a D. Maria, da psiquiatra e da psicóloga do Serviço de Saúde Mental. Portanto, a ideia é narrar a história de João, de sua trajetória escolar, de tratamento e de vida, também com a fala dele.

Quando me deparei com o caso do João, no primeiro momento, foi com o prontuário dele, e me causou um incômodo. Incômodo este, diga-se, ocasionado pelas falas e discursos sobre João. “*Incorrigível*”, “*inconveniente*”, “*terrível*”, “*não aprende*”, eram esses os dizeres sobre ele. Ler as informações do prontuário nos fez remeter a imagens de alguém que não serve para nada, um estorvo, alguém que não sabe nada. Não havia nada de bom relatado ali. E pensei: o que acontece com esse jovem? E, mais uma vez, voltamos à questão inicial que permeia todo o trabalho: o que estamos fazendo com João?

Foucault relacionou sujeito, discurso, identidade, verdade e poder, pois, o discurso seria um ordenador, classificador, e assim instaurador de regimes de verdades. Para ele, as afirmações fazem as pessoas e os discursos constituídos, fazem a verdade prevalecer. O homem fica, então, submetido às metanarrativas e às verdades impostas. Nesse emaranhado de relações, as identidades vão tomando forma com luta ou submissão, conforme a realidade que cada um vivencia. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de

⁵⁵ Idade no momento do estudo. As entrevistas e busca de informações em relatórios e prontuários do estudo de caso foram realizados no período de fevereiro a maio de 2014.

verdade, isto é, os tipos de discursos que ela aceita e que ela faz com que funcionem como verdadeiros.

Trabalhamos com o conceito de enunciado de Foucault (FISCHER, 2001), que não é o mesmo conceito da linguística, isto é, não é sinônimo de ato enunciativo. Como tal, os enunciados são produzidos por um sujeito coletivo, social-histórico, e não por um indivíduo. Os enunciados correspondem a alguma formação discursiva (prática discursiva) e produzem uma posição de sujeito, a qual um enunciador (um indivíduo concreto) pode, eventualmente, ocupar. Um mesmo indivíduo pode ocupar diferentes posições de sujeito, em contextos diferentes (médico, pai, professor, psicólogo, por exemplo), que podem ser inclusive contraditórias.

Portanto, apresentaremos os discursos e ficaremos atentos aos enunciados presentes nas falas. Vamos adentrar a vida do menino ‘inconveniente’.

6.1.1 A chegada à saúde mental

João chegou ao Serviço de Saúde Mental quando tinha 6 anos de idade, provavelmente no primeiro ano escolar, e veio encaminhado pela pediatra do Posto de Saúde do bairro onde ele morava. No prontuário havia a guia de encaminhamento (do ano de 2002) para a psicologia, e a médica escreveu como queixa: **“criança muito agitada e inquieta, não aprende”**. Então, D. Maria passou em uma entrevista com a psicóloga Juliana, do Serviço de Saúde Mental, e contou:

“Ele é nervoso, muito agitado, inquieto, irritado, às vezes grita muito e responde. Na escola não para sentado na carteira, só quer brincar e fica andando pela sala, tem também dificuldades para aprender. E briga muito com os amigos” (Prontuário do serviço de saúde mental).

São os primeiros dizeres sobre João encontrados em seu prontuário, e ressaltamos que ele estava com apenas seis anos, mas já falavam em dificuldades de aprendizagem. Voltando à história de João, lemos no prontuário que ele morava com os avós, D. Maria e Sr. Antônio e o irmão mais velho, Pedro. Nessa entrevista com a Psicóloga Juliana, D. Maria contou que os pais de João eram separados e que por isso ele morava com ela, porém, a mãe dele, Márcia, morava no fundo da casa deles. João tem uma irmã mais velha chamada Angélica, mas ela morava com os avós paternos e ela é filha de outro pai. D. Maria falou que Márcia era epiléptica e que tinha muitos desmaios e por esses motivos, era ela quem cuidava de João desde que ele era bebê.

D. Maria relatou para a psicóloga Juliana sobre a gravidez e o desenvolvimento de João, que assim descreve no prontuário:

“A gravidez foi agitada, mãe tinha desmaios. João nasceu prematuro de oito meses. Não mamou no peito. A mãe não pode amamentar devido a remédios. Andou com 13 meses. Falou mais ou menos com nove meses. Controle vesical diurno e noturno com um ano e três meses. Controle fecal diurno e noturno com 11 meses. Bebê tranquilo. Sono tranquilo. Tia paterna deficiente mental. Mãe epiléptica. Pai alcóolatra. Pai não trabalha”.

Retornando ao que trabalhamos no capítulo dois dessa dissertação, para Foucault (2006), o poder psiquiátrico se instaurou através do regime disciplinar, sobretudo pela confluência dos ideais eugênicos, programas de higiene social e a criação da psiquiatria moderna. Entretanto, a difusão desse poder ocorreu também a partir da reinvenção do modelo e ideal de família e de sua função. Família essa que passa a ser responsabilizada pelo processo de degeneração psíquica e moral de seus membros, que se tornam doentes e/ou criminosos.

A família de João, ao lermos os relatos no prontuário, parece ilustrar esse processo, pois há uma procura por uma justificativa e indícios dele ser assim. Os “doentes” na família são enfatizados e há a construção de um discurso de família degenerada e desestruturada.

O Sr. Beto não morava com João nesta época, mas ele na entrevista nos falou um pouco sobre a Márcia. Contou que por conta da epilepsia, ela era sempre internada em Hospital Psiquiátrico. E houve um dia em que ela pediu para ser internada, e lá teve uma parada cardíaca e faleceu⁵⁶. Ele falou também que Márcia começou a ter problemas com 18 anos e era muito nervosa.

Conforme relatado por João em uma das entrevistas, sua mãe era ‘morena’ e João se define como ‘moreno’ também, ou ‘pardo’, mas tive que explicar-lhe o que era pardo. A questão étnica apresenta-se também como um fator marcante na vida de João. Sua mãe faleceu em um hospital psiquiátrico, e conforme um estudo de Wandí (2006, p. 75) sobre a trajetória de mulheres internas em um hospital psiquiátrico, “a relação entre gênero e raça/cor talvez seja o fio condutor das identificações do discurso psiquiátrico, que marcaram como única saída possível do labirinto a morte em seu interior [...]”. A questão de gênero e raça/cor não é marcante em relação ao número de internações, mas em relação ao número de mortes dentro do hospital psiquiátrico.

⁵⁶ Foi realizada uma pesquisa em Sorocaba denunciando a alta taxa de mortalidade nos hospitais psiquiátricos da região. A pesquisa foi feita entre os anos de 2004 a 2011, nos quais ocorreram 459 mortes. O autor que faz o estudo coloca em debate as causas dessas mortes nessas instituições totais e discute sobre a violação dos direitos humanos (GARCIA, 2012).

O casal havia ficado três anos e meio juntos e foram morar juntos porque ela engravidou. Segundo ele, a gravidez não foi planejada, mas eles queriam a criança. Quando se separaram, o Sr. Beto via João nos finais de semana. O Sr. Beto falou do desenvolvimento de João, na entrevista:

“Nasceu de oito meses, ele sujou dentro dela e foi feita uma cesárea às pressas. Ele não nasceu bem, nasceu sem peso, ficou 40 dias na incubadora até ganhar peso. Márcia cuidava bem, mas tinha que ficar junto com ela, por causa das crises. Ela não amamentou por conta dos remédios. Ele era um bebê tranquilo, até os 3 meses era chorão, e teve 3 hérnias na virilha e umbigo, fez cirurgia com 3 meses. ... Andou com 2 anos e meio, ele engatinhava sentado. A médica achava que ele não ia andar. Fez exames e não deu nada. Falou com 3 anos, ele falava bem. Ele foi para a escola apenas com 7 anos, antes tinha ido no parque, mas os avós tiraram ele porque ele chorava lá”.

João nasceu com a marca de ter algum problema, de não ser normal, ou por problemas de saúde ou por descrédito de médicos. Na nossa sociedade, ao nos depararmos com a anormalidade e a imperfeição do outro, estamos confirmando nossa normalidade. Como indicou Goffman (1988), esse processo de ‘confirmação’ da normalidade pela exposição do que não é normal já ocorria na Grécia Antiga. Os gregos costumavam marcar os corpos dos escravos, criminosos ou traidores com sinais feitos com cortes ou fogo. Estes sinais corporais depreciativos foram denominados “estigmas” e tinham função de identificar publicamente indivíduos que deveriam ser evitados. Na sociedade moderna, as marcas corporais foram substituídas por outros tipos de estigmas que indicam que indivíduos ou grupos de indivíduos não podem obter pela aceitação social (MEIRA, 2012a).

Podemos pensar que já desde pequeno João já tinha marcas, por ter a família que tinha, por ter tido problemas no desenvolvimento que ninguém sabia afirmar com precisão. Porque observamos divergências nas falas sobre o desenvolvimento de João presentes no prontuário, através da fala de D. Maria, e no que o Sr. Beto relatou nas entrevistas.

Com as queixas da família e da escola, João iniciou o acompanhamento psicológico no Serviço de Saúde Mental em grupo com Juliana e, alguns meses depois, recebeu alta por melhora no comportamento e no rendimento escolar. No ano seguinte, em 2003, temos a informação, através dos relatórios escolares da Escola Vida (Escola que João estudava), de que ele foi encaminhado pela própria escola para a Sala de Apoio Pedagógico Especializado – SAPE⁵⁷, com o intuito de trabalhar as suas dificuldades escolares. E segundo anotações no prontuário de João, no ano seguinte, ele agora com oito anos, foi novamente encaminhado pela pediatra do Posto de Saúde para psicóloga com a seguinte queixa:

⁵⁷ AEE, Atendimento Educacional Especializado, anteriormente se chamava SAPE.

“Veio com um relatório da escola falando sobre o comportamento agitado da criança, relata que é muito agitado, não fica sentado, atrapalha os colegas, pega objetos dos outros alunos e estraga, provoca brigas. Pais são separados, pai era alcoolista. Mãe sempre usou calmante tinha crises nervosas. Pais às vezes discutiam. Mora com as tias, sempre morou todo mundo junto, quando bebê era acompanhado por várias pessoas diferentes. Eu já tinha notado certas atitudes e palavras impróprias para sua idade. Tem evidências de sexualidade aguçadas. Motivo do encaminhamento: necessita de uma avaliação e conduta adequada”.

Nesse discurso, observamos os enunciados presentes. Não é apenas a pediatra que fala nesse encaminhamento. Falam a escola, os discursos de degeneração, o higienismo, entre outros. Junto a essas anotações no prontuário de João havia um relatório escolar, anexado de abril de 2004, assinado pela coordenadora, diretora e professora da Escola Vida, que falava o seguinte:

“O aluno não assimila os conteúdos, não se interessa por nada do que é feito em sala, mesmo as atividades de Educação Artística. Não fica sentado, é agitado, atrapalha os colegas o tempo todo, pega objetos dos mesmos e estraga, provoca brigas. Apresenta evidências de sexualidade aguçada em demonstrações diárias e crescentes, tais como: fala o tempo todo em pornografia: -vou enfiar o lápis no fiu-fiu da se eu não fizer ela vai enfiar o dedo. – Vou fazer “sexo” com a Bruna (aluna da classe). – Be a bávou balançar. Constantemente passa a mão no das meninas e meninos, abraça, beija. Na aula de vídeo assistindo a fita da Turma da Mônica, em uma das cenas em que o Chico Bento ficava boiando com o traseiro para fora da água e a Mônica aparece derrubando a toalha e ficando nua, o aluno que até então não havia dado a mínima atenção ao vídeo, ficou alterado e gritou duas vezes: -oba, que gostoso! No mesmo dia, saindo da aula, agarrou uma aluna do infantil e a beijou. São atitudes como as descritas acima que o aluno vem se colocando na escola, portanto, para nós educadores, a preocupação é muito grande, pois o aluno não consegue ter como parâmetro a escola como lugar em que se aprende e se socializa, mas não tem limites e infelizmente não conseguimos atingir o seu aprendizado quanto a sua socialização e o seu pedagógico”.

João, pela segunda vez, foi encaminhado por pedido da escola. A escola pede para a família ir atrás e a família procura o serviço de saúde novamente. E a escola e o serviço de saúde mental não se comunicam, apenas através da elaboração e do envio de relatórios. Se a escola diz que João ‘não consegue ter como parâmetro a escola como lugar em que se aprende e se socializa’, esta por sua vez não consegue ver João como um ser humano em suas singularidades. Antes de ser um aluno, João é uma pessoa com singularidades, com história, inserido em um contexto de vida. A escola conseguia ver as habilidades de João? Temos que retornar ao que Foucault discutiu sobre o corpo, pois, para ele, é do corpo que se trata, de conhecê-lo para potencializar suas forças, sua utilidade e docilidade. “O corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso” (FOUCAULT, 2009, p. 29). João não era produtivo e não era submisso ao olhar da escola. E havia um fator agravante ainda, a sexualidade ‘descontrolada’ desse menino. Vemos discursos de um menino que não

se controla, de maneira preconizada, e que não se deixa controlar pelas disciplinas. Ele não obedece e ainda escancara a sua sexualidade.

A escola sempre foi um lugar de produção de discursos que tornam visíveis, por meio dos rótulos, das etiquetas, os processos de subjetivação que classificam e nomeiam os alunos como: bons, lentos, agitados, adiantados, prodígios, gênios, atrasados, deficientes, revoltados, hiperativos, depressivos. “Somos inextricavelmente ligados aos acontecimentos discursivos. Em certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito há séculos, meses, semanas...” (FOUCAULT, 2006b, p. 252). Desse modo, a ‘inconveniência’ foi sendo constituída por atravessamentos dos múltiplos discursos (psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos, escolares e jurídicos) que, relacionados, compuseram-no. Os discursos compõem um dispositivo estratégico de relações de poder-saber e a escola funciona atravessada por essas composições discursivas (PELBART, 2013). Essa composição discursiva sobre João estava sendo tecida: não aprende, nervoso, agitado, ‘inconveniente’, sexualidade aguçada, e outras que estão por vir.

Outro ponto a ser abordado é que o SAPE/AEE nesse município não cumpre com a função política de atender a Deficiência Intelectual. Quando uma Política pública não atende os seus objetivos e acaba por atender outra população, o risco de patologizar essa outra população aumenta. E dependendo do olhar, o AEE pode ser um espaço de potencialização da diferença ou de fabricação e sustentação do lugar dos diferentes (ANGELUCCI, 2014). Temos que pensar em qual desses caminhos João estava sendo colocado.

No prontuário de João, vimos que novamente ele iniciou o acompanhamento psicológico no Serviço de Saúde Mental, e alguns meses depois teve outra alta da psicóloga Juliana, com informações de melhora em seu comportamento. E é desta forma que foi relatado no prontuário: ‘melhora em seu comportamento’. Sem maiores especificações.

Que atendimentos são esses que começam e tem alta, mas o paciente volta e as queixas continuam? Esse modelo de atender na saúde, isolado de articulações com a vida de João, com a escola, com a família, tem eficácia em termos de tratamento? A escola não estava satisfeita e pedia novamente o atendimento, ela não sabia lidar com esse menino ‘inconveniente’ ou estava procurando um laudo, um diagnóstico que justificasse, ou que acalmasse a angústia de não saber o que fazer com o João. E será que alguém parou para olhar e entender o que João queria dizer com esse comportamento? Claramente observamos que

havia algo que não estava bem na escola, na família, na saúde, na sociedade e que estava sendo deslocado apenas sobre o João.

6.1.2 João, o ‘inconveniente’ na escola

Fomos até a Escola Vida buscar mais informações de João, e soubemos que as funcionárias que estão agora na escola não eram as mesmas da época em que João estudava lá. Então, a coordenadora nos passou informações contidas nos relatórios e registros escolares de João, mas não sabia nos contar sobre ele. Assim, em 2004, vimos que ele continuou frequentando o SAPE com uma psicopedagoga. As informações são de pouca evolução, por apresentar dispersão e dificuldades na compreensão. No final de 2004, quando João estava no final do segundo ano escolar, a Escola Vida fez um encaminhamento para a APAE⁵⁸ solicitando uma avaliação da criança. Esse encaminhamento é embasado no seguinte relato que uma Professora de João fez sobre ele:

“O aluno apresenta distúrbios de comportamento (mentais) não tendo capacidade de concentração, não assimila conteúdos. O aluno foi avaliado e encaminhado para Escola Especial, aguarda vaga”.

E então, no começo do ano seguinte, a APAE fez a avaliação de João e encaminhou o seguinte relatório para a Escola Vida:

“CONCLUSÃO: O menor acima passou em avaliação com a equipe multidisciplinar da APAE (Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional), onde observamos que o mesmo não apresenta Deficiência Mental e sim um comportamento que possivelmente seria compatível a um TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), portanto não se enquadrando em nossos programas de atendimento. CONDUTA: Sugerimos a continuidade na 2ª série do ensino fundamental no programa SAPE e avaliação com neurologista para a conclusão do diagnóstico”.

Devemos ficar atentos aqui a um processo interessante: primeiro a colocação da necessidade de uma escola especial, uma vez que, obviamente, se ele tem uma patologia, um déficit, uma deficiência intelectual como a escola já acreditava, João necessitava de um lugar especializado para ele. É esse o discurso que está posto: João tem algum problema. A APAE avaliou e, por sorte, não o manteve na escola especial, na institucionalização, mas manteve o discurso de que ele tem algo, talvez um TDAH, se tem uma patologia, então necessita de um tratamento. João escapou por pouco da escola especial, mas tem um problema, tem uma marca, um estigma.

⁵⁸Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

A discussão sobre a educação especial vai na direção de uma reflexão sobre a Modernidade. Para Foucault (2002), a sociedade disciplinar ou normalizadora pode ser compreendida como um ambiente de sucessivos confinamentos, cada qual com suas próprias leis e sanções disciplinadoras. Portanto, o isolamento constitui-se numa prática importante no tratamento do desvio da normalidade e, uma vez estabelecidos os critérios de pertencimento e não pertencimento à normalidade, a sociedade passa a avaliar e posicionar seus membros conforme os padrões por ela definidos. A deficiência, entendida como desvio da normalidade, constitui-se como um objeto frequente de isolamento e vigilância.

Dias (2006, p. 27), ao problematizar a escola como território de exclusão social, afirma que “ao se classificar e isolar as crianças com o objetivo de apoios e serviços diferenciados [...] acaba por gerar um ensino que não só segrega como exclui definitivamente a criança da inserção social”.

Tentaram excluir João, mas ele continuou na escola regular e resistiu. Nesse ano, ele repetiu o segundo ano escolar e continuou frequentando o SAPE durante o ano. O Sr. Beto nos falou, nas entrevistas, sobre o desempenho e comportamento do filho na escola nessa época:

“A cabeça dele é lenta. A médica disse que ele tem a mente atrasada, de uma criança, teve atraso no desenvolvimento. No primeiro ano não aprendeu, tinha reclamação de que ele não queria estudar, atrapalhava os outros, nunca fez lição em casa. Hoje ele sabe ler e escrever mais ou menos. A escola não aguentava ele”.

“Não se interessava... pra ele tanto fazia... fazia bolinha de papel e jogava nos outros, ele levantava da cadeira, a professora falava com ele e não tava nem aí... ele saía e voltava na hora que queria... um dia trancou a porta, a professora tinha saído e não deixou ela entrar mais na classe”.

“Ele não se esforçava... ele não queria... não tem vontade... não tem interesse”.

Nos discursos do pai havia enunciados da médica, de que João tinha uma mente atrasada. Atrasada em relação a que e a quem? Aliás, um discurso que atravessou a constituição da psiquiatria infantil fortemente foi a ideia advinda da psicologia sobre o desenvolvimento. Como se houvesse tempos e modelos estabelecidos de como ser e todos têm que alcançar essas etapas. Se não alcançassem teriam algum problema no desenvolvimento, algum déficit. E, portanto, João tinha.

Voltando às informações que vimos no prontuário, João, desde que nasceu, trouxe a marca de ter algum problema, de ser anormal. Afinal, ter uma mãe doente e uma família desestruturada contribuiu para patologizá-lo. Ele ia mal na escola, mas ao mesmo tempo havia

muitas falas de falta de interesse e de que ele queria só brincar. E realmente, quando não temos interesse em algo, não queremos aprender, sendo assim diferente de não conseguir aprender. Será que João não conseguia aprender mesmo? Será que o espaço escolar era interessante para João?

O Sr. Beto contou nas entrevistas que ele tinha contato frequente com a D. Maria e o Sr. Antônio, e os avós pediam para ele ir à escola conversar sobre o João, devido às reclamações que havia. João fazia reforço, porém faltava muito; segundo o Sr. Beto, ele faltava porque os avós o deixavam faltar. Quando questionamos o Sr. Beto sobre o que a Escola Vida falava de João nesses momentos em que ele era chamado, ele nos disse:

“ele ficava só brincando, não queria estudar... a professora chamava a atenção e ele respondia, não estava nem aí com nada”.

“colocava apelido nos meninos e nas meninas.... inclusive teve uma escola que os pais de umas meninas queriam conhecer ele, para entender e saber o que ele estava fazendo com as filhas... para ver se ele dava umas paradas com essas brincadeiras, de passar a mão nas meninas”.

“uma vez eu levei uma declaração daqui para a escola falando que ele tem problema, que era para ter paciência com ele”;

Nas entrevistas com o próprio João, perguntamos como era a vivência dele na Escola Vida:

“Era bem, legal, os professores... só tinha uma professora que me tratou mal. Ela mandava eu escrever letra de mão certa, igual o dela. Ela xingava e falava palavrão feio para mim... eu fazia letra de forma...”.

Corpos dóceis e disciplinados fazem apenas o que mandam. Se a letra era de mão, quem fazia de forma estava errado. A escola é disciplinada e só aceita os que são disciplinados, os que não são, são excluídos. Na sociedade que vivemos os excluídos são os não produtivos. Escrever de outra forma não é possível, só é possível da forma que a escola acredita que tem que ser. Não há espaço para as singularidades. São essas as lembranças que João tinha desse período na escola.

Logo em seguida, ele viveu um momento marcante em sua vida com a perda da mãe, quando estava com oito anos. No prontuário dele, vimos relatos de que João continuou morando com D. Maria e Sr. Antônio. E, nas entrevistas com João, ele nos contou sobre esse momento:

“Eu estava com oito anos quando ela faleceu. Faz 10 anos já. Eu recebi a notícia na escola, eu estava fazendo artes. Minha tia que foi lá. Perguntei, porque estão me

tirando da escola? Ela disse que eu precisava ir com ela. Cheguei em casa e todo mundo chorando. Daí na hora né... chorei também. Ela tinha problema né, doença mental”.

João, nas entrevistas, falou que a mãe era nervosa e que tinha uma doença mental, mas também falou dela com carinho. O Sr. Beto, também nas entrevistas, relatou-nos que João não sentiu muito a perda da mãe, por João pouco ter convivido com ela. Parece que para o pai, o menino ‘inconveniente’ não tinha afetos e sentimentos, até disso o desapropriaram. Mas João tinha, mas não como a escola, a família e a saúde queriam que tivesse. O Sr. Beto relatou que os avós cuidavam bem dele, mas ele vivia na rua porque eles ‘não colocavam muito limite’. Questionamos João nas entrevistas, sobre como era sua relação com o pai, e ele falou que ele ia todo final de semana na casa do pai:

“ele andava de bicicleta comigo, soltava pipa, era bom...”.

João mostrou seus afetos, ele falou de momentos prazerosos ao lado do pai, falou da relação pai e filho. E os enunciados das falas são apenas de um menino travesso, que queria só brincar. Ele passou por perdas na vida e ninguém parou para compreendê-lo e acolhê-lo. Olhavam somente para o que ele não tinha, não sabia. O que ele aprendia e o que ele fazia não eram valorizados. Os afetos de João não eram considerados, havia uma tentativa de um apagamento de sua subjetividade, sendo ele esse menino ‘inconveniente’.

Ele continuou na Escola Vida até a quarta série, quando repetiu novamente (já era o segundo ano escolar que João repetia). Após quatro anos, João estava com 12 anos, segundo informações do prontuário, D. Maria procurou novamente o Serviço de Saúde Mental, com uma nova guia da pediatra solicitando psicóloga para João. Porém, neste momento, a queixa mudou um pouco. Entretanto, mais uma vez, a família vem procurar a mando de alguém. Nessas procuras da avó por atendimento, ela não procurava sozinha, ela ia com os discursos e saberes-poderes da escola, do higienismo, da psiquiatria, da psicologia, da justiça, entre outros.

“Paciente está agressivo, tendo crises de agitação, pioraram após falecimento da mãe, já acompanhou com psicologia. Diagnóstico: distúrbio do comportamento”.

D. Maria passou novamente em entrevista com Juliana. João estava presente na entrevista e, segundo anotações da psicóloga Juliana no prontuário, ele não concordou com o que a avó falava dele. D. Maria, falou mais sobre a história de vida de João. Contou que ele nasceu de uma relação extraconjugal, sendo que o Sr. Beto não conseguia dar atenção para ele, dado que cuidava de sua mãe (do Sr. Beto). D. Maria falou que João não estava indo bem

na escola e não havia conseguido fazer uma prova de matemática. Em um momento da entrevista que Juliana realizou, João falou para a psicóloga que gostava de matemática, mas não de avaliação. Novamente, João retomou o atendimento em grupo com Juliana.

Há alguns pontos aqui a serem destacados. João disse à psicóloga que não concordava com a fala da avó. Ele resistiu, mas não havia muito espaço para ele. Outro ponto: ele disse que gostava de matemática, mas isso foi valorizado? Disse não gostar de avaliação, mas, afinal, qual criança (e qual ser humano) gosta de ser avaliado?

Collares e Moysés (2010) debatem que a forma de avaliação que possuímos tem que ser questionada. Nesse modelo, a criança tem que fazer o que o avaliador sabe avaliar. O avaliador tem que enfrentar o desafio de transformar em avaliação o que a criança sabe e gosta de fazer. A subjetividade e as capacidades de cada um não são reconhecidas, é reconhecido apenas o que a sociedade e a escola esperam dele. Novamente, não há espaço para singularidades e outras formas de ser e estar.

Nas falas dos familiares e da escola, além das influências da medicina, há uma forte influência da psicologia do desenvolvimento. Esse olhar psicologizante, capaz de prever quem são os alunos com deficiência e até onde eles poderão evoluir em suas aprendizagens, passou a embasar de forma determinante as práticas das instituições especializadas em meados do século XX e continuam direcionando as ações educacionais até os dias atuais (PATTO, 1991; SOUZA, 2010).

6.1.3 A rede medicalizante

João estava no atendimento de grupo terapêutico com Juliana e no seu prontuário há anotações de sua *“infantilidade, e de ser hiperssexualizado”*. Ele perdeu a vaga no mesmo ano por faltar sem justificativa. Retornou ao atendimento dois anos depois, em 2010, quando já estava com 14 anos. Nesse período, João morava ainda com os avós e estava estudando na Escola Amanhecer, na qual ficou um ano. Entramos em contato com a Escola Amanhecer para saber mais informações de João, porém não obtivemos resposta quanto à solicitação de informações.

Para Louro (2000), a sexualidade é um dispositivo histórico (FOUCAULT, 1977a). Em outras palavras, ela é uma invenção social, uma vez que se constitui, historicamente, a partir de múltiplos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que

normatizam, que instauram saberes, que produzem “verdades”. O que essas anotações da psicóloga queriam dizer? João estava com 12 anos, no início da adolescência, quando os comportamentos sexuais costumam ser mais frequentes. Mas também patologizaram esses comportamentos. Portanto, os discursos que estão presentes na fala sobre a sexualidade de João são de um olhar anormalizante, dado que ele estava hipersexualizado, acima do esperado para ele.

Que grupos terapêuticos são esses? Ele perdia a vaga e ninguém fazia nada nesse serviço de saúde. Há que questionarmos sobre a ação do serviço de saúde, sendo que não havia uma ação da equipe para procurar saber e compreender porque ele sempre abandonava os atendimentos. Será que estava fazendo sentido para João ou seria por questões sociais ou ainda falta de interesse? O serviço de saúde mental acolhia a demanda e ficavam sozinhos, os detentores do poder tendo que dar conta de tudo sozinhos. Não havia ações intersetoriais, não foi proposto minimamente discussão de caso com a escola. E nem a escola procurava o serviço de saúde para pensar mais detidamente no caso, limitando-se a apenas enviar relatórios acusatórios. O serviço de saúde produzia uma verdade sobre o João que sustentava o processo que já estava se formando com as falas da escola e da família. Podemos visualizar o que falamos no terceiro capítulo, a medicalização enquanto um dispositivo que opera através dos biopoderes, poderes sobre a vida e sobre o sujeito.

João passou por mais perdas em sua vida. Vimos relatos no prontuário que, logo em seguida, D. Maria e Sr. Antônio faleceram, (primeiro um depois o outro) e João foi morar com o Sr. Beto. Nas entrevistas, João pouco falou disso e quando questionamos comentou que foi difícil e quis mudar de assunto. Para ele, a mudança para a casa do pai não foi algo ruim. Teve que mudar de escola, por conta da mudança de bairro e então foi para a escola do bairro do pai, a Escola Aprendiz. Nesta escola ele permaneceu até o segundo ano do ensino médio.

Ele estava ainda frequentando o atendimento psicológico e, segundo anotações do prontuário, em uma das conversas de Juliana com o Sr. Beto, ele solicitou uso de medicação psiquiátrica para João, dizendo que estava muito difícil lidar com ele. João estava então com 14 anos e Juliana o encaminhou para a psiquiatra Luísa, que fez as seguintes anotações no prontuário:

“Queixa: ‘é nervoso’. Muito atrasado em questões escolares, dificuldades na escrita. “Piores alunos na mesma sala”. Brinca e não presta atenção. Professores se queixam de comportamento de falar etc. Tem episódios de agressividade. Oscila o padrão do sono – sonambulismo. Avós falecidos. Bom apetite. Tem vários amigos – pai não deixa

ficar na rua. Operou estrabismo 2ª feira. Nega crises convulsivas. Histórico de doença mental mãe e tias. Conduta: 1) F 70.0 e transtorno ansioso. 2) Imipramina⁵⁹ 2mg (001) (002). 3) apoio + orientação. Retorno 60 dias”.

Agora João estava com um diagnóstico referendado por um psiquiatra, além do uso de medicamento. Nesse cenário, parecemos ver encarnadas em uma medicação o que Foucault (2002) chamou de tecnologias do biopoder (DECATELLI; BOHRER; BICALHO, 2013), como tecnologias de gestão da vida. Remédios que são receitados com a ideia de que comportamentos serão controlados. A expectativa era de que toda a inconveniência de João poderia melhorar com o uso de uma pílula.

Passam a existir, então, formas tidas como eficientes para alcançarmos esse ponto normal, que serão definidas segundo as necessidades e os desejos que se produzem no funcionamento social, nas formas de viver de certo tempo, sendo uma dessas formas a ação de medicar-se. A engrenagem vai se ampliando e se conectando com novas práticas e relações cotidianas: a norma, a individualização, a busca por soluções imediatas que remediam aquilo que se considera anormal, o mercado, os laboratórios farmacêuticos, a química, a intensa presença de medicação para aliviar a vida. Com isso, intensificou-se, nos últimos anos, a crítica em relação ao excesso de uso de medicação e psicofármacos visando a alterar formas de sentir e de viver, e a grande quantidade de crianças medicadas (em uma sociedade medicalizada) nos alerta para um grande perigo (MACHADO, 2014, p. 94).

É possível percebermos o poder-saber médico, e nada consegue propagar de forma tão imperiosa esse saber quanto a medicalização. O olhar empirista do médico, contudo, estará sempre atrelado a uma linguagem, intrinsecamente ligada às interpretações dos sintomas e sua transformação ou não em signos de doença, conforme demanda o raciocínio diagnóstico clínico. Ao transformar o sintoma num signo a verdade essencial de uma doença, a singularidade se perde com a padronização, pois o saber científico se pretende totalizante. Quando o olhar clínico pressupõe uma natureza humana concebida dentro de um padrão universal de saúde, ele deixa de se ater à complexidade multifatorial e intersubjetiva da qual somos constituídos (MOLON, 2011).

Podemos dizer, embasados nos estudos de Foucault sobre o poder disciplinar, que: “O sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame” (FOUCAULT, 2009, p. 164). O exame psiquiátrico vem com essa função de controle e de vigilância que permitem qualificar, classificar e punir. O exame permite levantar todo um campo de conhecimento sobre o sujeito.

⁵⁹Antidepressivo.

Para além das disciplinas, temos também que problematizar o controle da população, através da biopolítica, dos que não são normais, os que se desviam de alguma forma do comportamento da sociedade normal. Os ‘inconvenientes’ não seguem a norma, e portanto, se desviam e são anormais e precisam do controle da medicina e de medicamentos. E a psiquiatria auxilia esse processo da medicalização.

João já passou para o diagnóstico de Retardo Mental, junto com um transtorno ansioso. A passagem sinalizada nos dados quantitativos de um diagnóstico transitório, que traz a ideia de um desenvolvimento não satisfatório (como o de transtorno das habilidades escolares - F81.0), migra para o de Retardo Mental (F.70.0), com a noção de um diagnóstico definitivo. Marca-se de forma indelével sua trajetória, assumindo-se sua inabilidade e incapacidade. Como colocamos também nos dados quantitativos, não podemos deixar de problematizarmos além da ideia de desenvolvimento fortemente presente, a ideia de infância e adolescência normais, de uma concepção de como devem ser as crianças e aos adolescentes. E João não atendia a essas concepções.

Uma observação importante a ser feita é sobre os diagnósticos não possuírem uma especificidade. Eles são gerais (F81.0 e F70.0), nos manuais de psiquiatria cada grupo de transtornos apresentam suas especificidades e para isso possuem por ex. F70.1, F70.2 etc. Mas João não possui especificidades, não há singularidade em seu ‘transtorno’, tudo é genérico. E devemos questionar a qualidade desses atendimentos no serviço de saúde.

Quando indagamos o Sr. Beto nas entrevistas sobre qual o problema ele acreditava que João tinha, ele falou que ele “*é muito distraído*”, e completou:

“Ah... ele nunca foi normal... né... sempre diferente das outras crianças... Ah na televisão ele gosta de assistir desenho que criança gosta...”

O carimbo do médico reforçou mais ainda a fala do pai e com certeza a da escola. Vemos aqui uma rede medicalizante que se retroalimenta de discursos da escola, da família, da saúde e sociais.

Sin embargo considero necesario preguntarnos a qué responden estos modos de realizar diagnósticos en la actualidad. Modos de pensamiento simplista y reduccionista que pierden de vista la multiplicidade de lo humano y etiquetan la infancia hipotecando el futuro como diferencia. Por ora parte reducen toda la complejidad de la problemática a um único origen, em este caso neurobiológico, dejando afuera la multiplicidade de causas que podrían entramarse para que um niño no atienda a lo que los adultos esperan que atienda. Esta diversidad sólo podrá ser abordada por profesionales dispuestos a la escucha y el alojamiento del sufrimiento humano (UNTOIGLICH, 2014, p. 171).

Perguntamos ao Sr. Beto o que ele achava do tratamento e do uso da medicação:

“Ele tomava, mas tinha dia que não queria tomar... quando tava indo para a escola estava tomando, daí parou. Mas, não fazia diferença. Não sei se era muito fraco o remédio, mas eu não notava diferença nenhuma...”

Nas falas do Sr. Beto há uma ideia de que o medicamento deveria mudar o comportamento de João e transformá-lo em alguém normal, já que, como ele mesmo diz, ele não era. Mesmo não fazendo o efeito desejado, ele buscava por esse apagamento da subjetividade de João.

O conhecimento científico entrou com força na subjetividade humana, determinando o adoecer, o agir e o como ser. É a ciência, a medicina com todo o seu conhecimento técnico que determina quais crianças e jovens são normais e anormais na escola. Ela que diz se um ser está apto ou não. Com toda a cientificidade, a medicina deixa de lado a subjetividade humana, as questões sociais e políticas que atravessam os humanos.

El médico queda entonces investido de un lugar de saber supremo, el saber científico se transforma en autoritarismo científico (PETEIRO, 2011) y no importa los costos que se paguen en pos de la ciencia, [...]. La ciencia queda sacralizada y se transforma en dogmática y los profesionales son los nuevos sacerdotes que determinan quién es normal y quién patológico, quién tiene que ser medicado, quien tiene que entrenarse para modificar sus conductas nocivas, a quién habrá que aislar (como antes se dictaminaba quién era creyente y quién hereje, quién viviría y quién moriría en la hoguera). Por lo tanto, cuando un enunciado proviene de un supuesto saber científico que encima está avalado por estadísticas, nadie entonces se cuestiona su origen, a que intereses económicos y políticos responden, simple y tristemente: se obedece (UNTOIGLICH, 2014, p.170-171).

Acredita-se que as crianças que demonstram comportamentos destoantes do considerado normal só têm capacidade de aprender se estiverem sendo tratadas, medicadas, controladas e contidas. Podemos perceber em discursos de pais, professores, alunos, que consideram a necessidade de certas medicações, que têm por objetivo fazer os “ajustes necessários” para que o aluno aprenda.

Com João, nas entrevistas, o assunto da medicação e tratamento que havia realizado também veio à tona e ele falou:

‘Eu não tomava muito o remédio. Eu não me sentia muito bem com esse remédio. Tomei duas, três vezes. Não senti nada quando tomei porque eu não gostava’.

“A escola que mandava eles me levarem na médica, né, mas eu não precisava”.

Temos uma rede composta por vários discursos, do higienismo, da degenerescência, da educação, da família, da burguesia, da justiça. Mas João resiste, ele não se conforma. Ele não se torna um corpo dócil e se rebela.

Aos 14 anos, João estava medicado. Ele continuou o atendimento em grupo com Juliana e o acompanhamento psiquiátrico com Luísa. No prontuário de João, vimos que na segunda consulta com a Luísa apareceu a informação de ele estar menos ansioso. Entretanto a medicação foi mantida. No final deste ano, mais uma vez ele perdeu a vaga com Juliana por faltas sem justificativa e continuou o atendimento com Luísa. No ano seguinte, os relatos do Sr. Beto para a Luísa são de dificuldades para dormir, agitação, péssimo rendimento escolar, de não ter interesse na escola e que só queria brincar. Portanto, com essas informações, Luísa aumentou a medicação e continuou com o diagnóstico de retardo mental (F70.0).

“Refere episódios de “pedir para ir com a mãe” (falecida quando ele tinha oito anos). Não se interessa pela escola, não termina tarefas. Fica brincando na sala. Pai foi chamado duas vezes na escola – ligou celular na classe. Sr. Beto coloca que João só quer brincar. Conduta: 1) Imipramina 25mg (002) (003) carbamazepina ⁶⁰200mg (001). 2) apoio + orientação”.

Ele perdeu a vaga com psicóloga e mais uma vez ninguém fez nada. Um serviço que possui um tratamento apenas voltado para a medicação, que não articula com outros setores da vida social, não tem possibilidades de ofertar um bom atendimento. As questões de João fogem da alçada apenas da medicina, são questões sociais, políticas, de outra ordem, que mereciam atenção. Ele não tem interesse na escola e a solução foi aumentar a medicação. Ele havia passado por várias perdas na vida e isso não foi olhado, foram vistos apenas seus sintomas e comportamentos desviantes. Além da perda dos familiares, ele perdeu também a credibilidade com as pessoas, ninguém acreditava em seu potencial. A escola, a saúde e a família criticavam cada vez mais. Que espaço de vida e de produção houve aqui? Qual a potência da vida? O movimento era de tentativa de apagar a potência de sua vida. Ele reagiu aprontando, sendo indisciplinado, não obedecendo as ordens sociais.

Na escola João continuava brincando, seu pai havia sido chamado mais duas vezes na escola, sendo uma das vezes por ele ter ligado o celular na sala de aula. Será que esse comportamento é tão desviante na adolescência? O que estão esperando dos adolescentes? Que fiquem parados e prestem atenção durante toda a aula, que ele não tenha vontade de mexer no celular para conversar com amigos e ter acesso à internet? Será que as aulas são

⁶⁰ A carbamazepina é um medicamento de uso oral com ação anticonvulsivante, antinevrálgico, antimania, antidiurético, antipsicótico antiepilético.

mais interessantes? A psiquiatria mais uma vez se vale do discurso da escola, do discurso disciplinador e não avalia de maneira adequada João, deixando de olhar para o contexto em que ele vive e as questões sociais, políticas e econômicas que fazem parte da vida dele. O Sr. Beto não aguentava mais, a rede lexicalizante fazia forças para a família também entrar na rede ou permanecer nela.

Nas anotações presentes no prontuário da psiquiatria sempre aparecia a palavra ‘conduta’. Entendemos a palavra conduta como a ação que será feita para aquele caso. Porém é uma ação solitária, não há discussão da equipe sobre qual conduta, não há a própria implicação da escola, da família, do João em seu tratamento. É uma conduta autoritária e a solução é impor mais um medicamento para o João.

A sociedade busca instrumentos de controle e de poder sobre tudo o que escapa às normas. Trata-se de um projeto que promove, no domínio e na força do poder de controle, uma contenção exatamente daquilo que escapa à norma, em um mundo que cada vez mais não sabe muito bem como lidar com tudo o que é exceção. E quando a Psiquiatria começa a agir não em nome da clínica, mas em nome da ordem pública, de preservar a paz, de acalmar aquilo que se deseja, nós estamos a um passo dos piores equívocos que já houve na mistura de Psiquiatria e poder. Em nome da ordem pública dos que mantêm o poder, é possível inclusive criar diagnósticos que se referem a vida cotidiana (VERAS, 2014).

6.1.4 As tentativas de institucionalização

João estava com 15 anos e continuou o acompanhamento com a psiquiatra Luísa. Na consulta seguinte:

“Rebaixado leve. Gosta de brincar de carrinhos. Não consegue acompanhar na escola. Carta para escola, solicito inclusão. CD:1) medicação mantida. Oriento pai sobre escola especial”.

Mais uma vez, foi colocada a possibilidade de escola especial. Mais uma vez querem isolá-lo, segregá-lo, já que ele não tem capacidade. A psiquiatra solicitou inclusão em escola especial e não na escola regular, segundo informações do Sr. Beto na entrevista e da escola. Segundo Luísa, João tem uma deficiência intelectual, um retardo, sendo assumido que ele não possui capacidade de frequentar uma escola regular, que ele não será capaz de aprender como os outros.

Não podemos deixar de lado essa ideia de inclusão. A crítica de Dias (2006, p. 23) refere-se ao fato de que “a educação não pode receber a atribuição de inclusiva porque, em sua origem, constituição e fim, ela sempre visou o homem enquanto homem, isto é, em sua humanidade e, portanto, ela é em si mesma, inclusiva”. Considerando a exclusão como processo cultural que interdita, rejeita e nega o lugar do sujeito no acesso ao direito de ser cidadão, não se pode situar o paradigma da inclusão sem situar que este tem sua origem na exclusão de uma parcela significativa da sociedade. Essa exclusão, não é semelhante às demais: é fundamental, pois afeta o sujeito excluído em sua humanidade.

Nesta lógica, a diferença humana além de ser reduzida a marcas do corpo, “é utilizada como um mecanismo sutil de apagamento das diferenças” (DIAS, 2006, p. 215). Significa que as diferenças entram na escola, porém são conduzidas pelas engrenagens da maquinaria escolar até o apagamento ou a exclusão do sujeito, pois ao não ser incorporado ao meio, é visto como alguém que se excluiu do processo (LOPES, 2006). Portanto, o João é que deveria ter se incluído na escola e não a escola que deveria abrir possibilidades de romper com a lógica disciplinar para ele estar incluído. Porque se a escola visasse a humanidade de João e suas singularidades enquanto ser, ele estaria incluído. Biesta (2013) e Arendt (2010) também reforçam essa ideia como problematizamos no quarto capítulo.

Outra informação importante no prontuário foi a de que, em uma consulta em que o Sr. Beto passou apenas com a enfermeira Tânia para pegar receita da medicação para João em 2012, Tânia relatou: “*pai nega crise*”. Quando fui perguntar para Tânia a que crise ela se referia, ela disse que ele era “*epilético*”. Porém, João nunca foi epilético. Assim, impossível não questionar: será que a saúde tem olhado para a singularidade de seus pacientes? Parece que não.

Em visita à escola Aprendiz, escola na qual trabalha a professora Jussara, que se lembrou do João como o menino ‘inconveniente’, ela me informou que lá havia muitas anotações, porém o que ela conseguiu me fornecer eram anotações e relatórios de 2012 e 2013, as mais antigas, de 2010 e 2011, ela não conseguiu encontrar. Houve mudança na direção e coordenação da escola nesse ano e as novas diretoras não conheciam João, então a referência na escola se tornou Jussara.

Na entrevista sobre João, Jussara contou que ele fazia acompanhamento com uma psicopedagoga da Sala da Itinerância (ela atendia os casos de deficiência intelectual), mas ele faltava muito. Jussara falou que João era muito difícil, ele falava tudo o que queria, não

pensava para falar. Ele era hipersexualizado, chamava a inspetora de gostosa e mexia com as alunas.

Jamais se questionou quais seriam os parâmetros utilizados para o julgamento do que seria hipersexualizado ou não. Veja-se que essa noção varia muito dependendo da idade e da personalidade conservadora ou não do ouvinte, e até mesmo da religião de cada. Seria João de fato hipersexualizado ou seria Jussara alguém extremamente conservadora?

Louro (2000) colocou que nos espaços escolares, públicos ou privados, através do silenciamento ou da afirmação, é exercido uma pedagogia da sexualidade, reprimindo ou marginalizando as identidades e práticas sexuais.

Nesse processo, a escola tem uma tarefa bastante importante e difícil. Ela precisa se equilibrar sobre um fio muito tênue: de um lado, incentivar a sexualidade “normal”, e de outro, simultaneamente, contê-la. A sexualidade deverá ser adiada para mais tarde, para depois da escola, para a vida adulta. É preciso manter a ‘inocência’ e a ‘pureza’ das crianças (e se possível, dos adolescentes), ainda que isso implique no silenciamento e na negação da curiosidade e dos saberes infantis e juvenis sobre as identidades, as fantasias e as práticas sexuais. Aqueles e aquelas que se atrevem a expressar, de forma mais evidente, sua sexualidade são alvo imediato de redobrada vigilância, ficam “marcados” como figuras que se desviam do esperado, por adotarem atitudes ou comportamentos que não são condizentes com o espaço escolar (LOURO, 2000, p. 17).

Jussara sempre via João andando na rua aos redores da escola. Segundo ela, ele não queria saber de estudar, mas queria ir para a escola. Gostava de ir, porém depois não aguentava e pedia para ir embora.

Nesse sentido, a escola é o local propulsor de práticas discursivas que constituem diferentes tipos de alunos, dos quais a categoria do anormal tem se ampliado. “Ele não aprende porque é hiperativo, precisava tomar um remedinho para se acalmar”. Esse enunciado, que regularmente aparece no interior escolar, pode ser visto como uma prática que se utiliza de uma racionalidade médica para justificar ou mascarar a dificuldade de trabalhar com determinados alunos. Desse modo, essa prática aponta o problema como sendo do indivíduo e não das relações, dos encontros, do contexto. Há uma necessidade de encontrar e declarar o culpado pelo “fracasso escolar”⁶¹, considerando, de maneira geral, o sujeito, sua dinâmica familiar, sua situação econômica, sua constituição orgânica, suas condutas, como os

⁶¹ Hoffman (1999) afirma que o fracasso escolar não pode ser uma ferramenta de culpabilização dos alunos, já que se refere ao descompasso entre o processo de ensino e aprendizagem criando um ambiente que não favorece o desenvolvimento.

únicos responsáveis. No contexto da biopolítica, a escola é o lugar, por excelência, de constituição dos corpos saudáveis e educáveis (DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013).

Como já falamos, acreditamos que a medicalização é um fenômeno que se dá em rede, e a escola nunca é questionada. E se o problema é médico ou social, ele deve ser encaminhado aos serviços de saúde e assistência, deixando-se todo o questionamento relativo à qualidade da escola oferecida fora do foco (VIÉGAS, 2014). Nesse ponto, o sistema educacional encontra-se de forma perversa com as políticas de saúde. A equação é quase simples: na medida em que a escola é precarizada pelas políticas educacionais, implantadas com vistas ao barateamento dos investimentos públicos, aumenta o fracasso escolar, que é interpretado como problema individual biológico, ampliando a demanda por projetos de “saúde escolar”. O resultado é assistido diariamente: inúmeras crianças despejadas nos serviços de Saúde para serem tratadas por problemas que enfrentam dentro da escola (SOUZA, 2010; VIÉGAS, 2014).

A escola era para João um local de encontro, ela tinha uma importância social para ele, porém, por não aprender o que os professores ensinavam e por não se comportar como eles queriam, os outros aspectos importantes da escola foram colocados de lado. A escola foi totalmente pedagogizada, não é um espaço que prioriza a educação e sim a aprendizagem, conforme Biesta (2013) discute e problematizamos no capítulo 4.

O processo de patologização dos problemas educacionais tem servido como justificativa para a manutenção da exclusão de grandes contingentes de crianças pobres que, embora permaneçam nas escolas por longos períodos de tempo, nunca chegam a se apropriar de fato dos conteúdos escolares (MEIRA, 2012b).

Outro ponto a ser analisado é a questão de classe que atravessa todo esse estudo de caso. A escola pública exclui os alunos que não aprendem como ela quer, exclui os alunos ‘inconvenientes’. A saúde colabora ao sustentar com diagnósticos marcados pela questão de classe. Ao se detectar dificuldades na aprendizagem de crianças, será que crianças pobres e ricas seguem o mesmo caminho? Possuem as mesmas possibilidades e oportunidades? Será que as crianças ricas chegam com frequência ao diagnóstico limitador e rotulador de Retardo Mental? João teve poucos recursos e estímulos sociais, culturais, familiares. Enfim, temos que voltar a refletir sobre o fracasso da escola e não na escola.

A questão étnica também deve ser colocada em foco, João era pardo, de uma família que possuía negros e pardos. E os trabalhos do médico maranhense Raimundo Nina

Rodrigues⁶² (1862-1906) discutem teorias médicas que relacionavam os conceitos de raça, mestiçagem, degenerescência e alienação mental.

João, além de já carregar o estigma de pobreza, parecia carregar uma reatualização da **draptomania**. A draptomania era uma doença mental exclusiva de escravos, descoberta por volta de 1850, cuja maior característica era desejarem fugir “sem razão aparente”. Atualmente, ela não existe mais nos manuais de psiquiatria. João mostrava-se ‘fugidio’ da escola, ele não possuía interesse, além de que possuía características históricas de escravos: indolente, preguiçoso, desobediente. E lembrem-se João era ‘inconveniente’, ele possuía todas essas características.

Retornando à cena⁶³ já relatada sobre João estar de bicicleta esperando na saída da escola, vimos naquele momento um adolescente com desejo de namorar e ter amigos, de se relacionar. Porém, Jussara achava que ele no fundo não queria isso, porque ficava feliz de irritar os colegas, e com isso a classe de alunos o excluía. Jussara representa o que tantos outros achavam de João, no enunciado de que ele não se interessava por nada, e que não era um adolescente normal.

A sociedade vive também um processo de patologização da adolescência, entendida como momento de sofrimento psíquico, no qual se pressupõe a necessidade de um “tratamento”, que teria o objetivo de garantir como resultado uma pessoa saudável e, sobretudo, útil à sociedade. E temos que pontuar que a questão de classe e raça também atravessa a adolescência. Os adolescentes pobres vivenciam o processo da sua rebeldia, vistos meramente como periculosidade e criminalidade. Abramo discute (1997, p.33) que, na medida em que os jovens são vistos como “a encarnação de impossibilidades, eles nunca podem ser vistos, e ouvidos, e entendidos, como sujeitos que apresentam suas próprias questões, para além dos medos e das esperanças dos outros”.

O Sr. Beto nos falou na entrevista sobre a relação de João com os alunos da escola:

“Ah... a maioria dos alunos não gostava muito dele...”

E perguntamos a João, que também falou sobre isso:

“Eles falavam que eu era chato, não deixava eles estudarem... e eu fazia isso mesmo”.

⁶² Doutorado pela Unicamp de Ana Maria Gaudini Raimundo Oda, denominado ‘Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues’. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000309601>>.

⁶³ Cena do início do capítulo 3.

Mas também João relatou na entrevista momentos bons com os amigos:

“Às vezes eu queria ir na rua de baixo, encontrar com os colegas, eu sempre ia, a gente pegava massinha de pão, os caras da padaria dava para nós né... dava 7 sacos cheio, nós fazia uma luta com um monte de gente. 20 para o lado direito e 20 para o lado esquerdo... nós víamos carro batido e ficávamos fazendo guerrinha de massinha, jogava um no outro... brincava de esconde-esconde, ficava com as meninas”.

E segundo ele, os amigos o viam como:

“Ah legal, meio simpático, meio assim, a gente ia sair na festa junina e eles meios que ajeitavam menina para mim... mas eu falava não sei não... ficava meio de canto. Ah eu era meio conhecido (risos)... nós ia em 16 moleques... eu era o mais velho da turma... nós fazia uma vaquinha para comprar quentão”.

“Então, é... ah as vezes conversava com as meninas, elas vinham conversar comigo... daí eu fui pegando o jeito, as meninas chamavam eu e eu ia... conversava, conhecia”.

Aqui era o lugar que ele encontrava um reconhecimento, uma aceitação, um olhar. Era na turma aprontando com os amigos. Fora isso, era olhar de não pertencimento, de anormalidade. Mas ele também falou das suas dificuldades, disse que não ia bem na escola, não fazia as lições, para ele era difícil aprender. Contou-nos que fazia muita bagunça na escola:

“ah nós entrava na escola mais cedo, pegava massinha de pão, levava um monte e fazia bolinha e tacava, tirava sarro do professor. Ah desenhava pé, pé da professora (risos) e grudava na lousa. Ah o pé da professora era engraçado (risos). Era os dedos todo tortinho (risos), eu desenhava e colocava lá”.

“Ah eu não me adaptava na escola”.

Que consciência João tem de si ao dizer que não se adaptava à escola! E quem se adapta? Só os corpos dóceis e disciplinados. Os ‘inconvenientes’ estão presentes justamente para subverter a ordem, escancarar o que está posto. Para alguém que teria Retardo Mental, ele se expressa muito bem e tem uma boa consciência de si e do seu entorno.

Ressalta-se aqui, mais uma vez, o debate que Angelucci (2014) propõe em torno da medicalização, ela deve ser inserida na discussão sobre a Educação que queremos. Isso significa ir contra a um conjunto de ações de adaptação dessa população à escola. As diferenças não devem ser homogeneizadas, elas devem ser singularizadas.

Perguntamos nas entrevistas a João como era não conseguir aprender, de como ele se sentia:

“Ah... sentia magoado né... Antes eu não sabia nem ler e nem escrever. Aprendi na quinta série. Todo mundo lia, era eu e um amigo que não sabiam... os outros tiravam

sarro... falava não sabe ler, analfabeto... falavam um monte... eu ficava bravo, eu saia da sala, batia a porta”.

“Desistia de fazer... porque tinha vergonha”.

“Mal... de não poder aprender mais”.

João lembrou que aprendeu a ler e a escrever quando estava na quinta série. Segundo ele, foi a diretora Fabiana, da Escola Amanhecer, que o ensinou e ele disse que ficou muito feliz. Então, afinal, João podia aprender. Mas a escola assinou a sua derrota, a diretora com outras funções ensinou-o, ele era capaz de aprender, mas não igual a todo mundo.

Centrar as causas do fracasso escolar em qualquer segmento que, na verdade, é vítima, seja a criança, a família, ou o professor, nada constrói, nada muda. Constitui um empecilho ao avanço das discussões, da busca de propostas possíveis, imediatas e de longo prazo, de transformações da instituição escolar e do fazer pedagógico (COLLARES; MOYSÉS, 2010). E a escola continua sem ser questionada.

Quando questionamos sobre as dificuldades que ele tinha, sobre o fato dele ter repetido de ano, João tomou outra posição e mostrou-se resistente:

“Eu não tinha dificuldade... repeti por falta... depois eu fui passei de ano e um mesmo colega meu foi e repetiu de ano... daí estudamos juntos”.

João não gostava de falar de suas dificuldades, ele gostava mais de falar do que sabia fazer, do que aprontava. Ele gostava de falar da vida.

6.1.5 João torna-se perigoso

No caderno de ocorrências da Escola Aprendiz, apareceu, por diversas vezes, o nome de João. ‘Ocorrências’, é bem esse o nome, que nos remete à polícia, ao controle e vigilância. Havia ‘ocorrências’ de que não fazia as lições e atividades propostas e de perturbar os outros alunos e as aulas. Em 2013 as ‘ocorrências’ se intensificaram:

“o aluno vem apresentando comportamento inadequado em sala de aula. Brinca o tempo todo, também falta com respeito com alguns colegas através de brincadeiras maliciosas e vexatórias. Com a Joana comete bullying chamando-a de vara de pescar, bambu, espeto, entre outros, com o Mateus, constrange-o chamando-o de veado, e que um outro aluno tem caso com ele. Na sala, em minhas aulas, não realiza as atividades atrapalha o tempo todo com as brincadeiras citadas acima. Aluno imaturo. Professora de Inglês, Marcela”.

Nesse momento, pelas anotações no caderno de ocorrências, vimos que o Sr. Beto era chamado frequentemente na escola. João ainda passava com Luísa e com a enfermeira

Tânia no Serviço de Saúde Mental e permanecia com a mesma medicação. Nesse ano, alguns alunos escreveram cartas reclamando do comportamento de João, a pedido da escola, tivemos acesso a algumas dessas cartas:

“Eu, Felipe, por meio deste documento escrito a punho, venho relatar que estou sendo assediado verbalmente e psicologicamente pelo aluno que infelizmente estuda no 1º C. Suas atitudes são venenosas perante minha posição de estudante na escola. Prejudicando minha vida pessoal. Ele faz chacota da aparência de meu olho esquerdo, que é atrofiado e sem visão, causando um dano físico na minha face, eu tento me aceitar como sou, mas infelizmente o aluno me faz passar de idiota e alvo de chacota para a sala de aula. Ele é um aluno preconceituoso como já dá para perceber. [...] Ele abusa da paciência dos outros, principalmente a de professores. Enfim, a situação é precária”.

“O aluno gosta muito de por apelidos em mim, ele inventa muitos apelidos e sai falando para todo mundo da sala de aula, ele me chama de magrelo seco, vara de pescar, bambu, vareta, espeto etc. Eu não aguento mais várias agressões verbais. Paulo”.

O que a escola estava fazendo? Ela discrimina mais, há um processo de discriminação dentro da escola, produzindo exclusão e marcas. Queriam colocar o João para fora de todo jeito, e demonstram não saber lidar com os diferentes, com o João. Há um fracasso da escola, não dão conta de seu papel, de educar as crianças e adolescentes.

Se há um processo que está absolutamente democratizado no Brasil é a maneira como se organiza nossa escola: uma escola tradicional, conteudista, que repõe uma relação hierárquica, pautada pelo medo e ausência de sentido. Para as pessoas pobres ou para as pessoas ricas, o modelo de Educação é o mesmo. A diferença é que esse processo afeta diferentemente pobres e ricos. Se o rico é visto como portador de doença que precisa ser tratado pelos especialistas, o pobre é tratado como futuro delinquente. Não é novidade afirmar que, na nossa sociedade, pobreza é associada a indicativos de diagnóstico e potencialidade para criminalidade. Tal aferição se comprova quando analisamos diversos projetos de lei que afirmam ser importante diagnosticar precocemente traços de dispersão, pois os mesmos podem indicar que essas pessoas têm uma tendência maior à criminalidade (ANGELUCCI, 2014, p.304).

No Brasil, a delinquência e a doença são associadas às camadas populares da população. Portanto, é importante lembrar que racismo e preconceito relacionados à pobreza é o pano de fundo para refletir a diferença e a desigualdade no país, sendo que a culpabilização dos sujeitos esconde relações de poder. E nesse processo, os educadores se encontram impedidos de participar. Não é à toa que vemos professores desesperados, muitos dos quais sabem qual é o seu papel, mas se veem impossibilitados de agir (ANGELUCCI, 2014).

A análise do fracasso escolar tem como um de seus principais argumentos o fato de que os problemas de aprendizagem incidem maciçamente sobre as crianças das classes

populares e é sobre elas que durante décadas recaem as explicações a respeito dos chamados problemas de aprendizagem: ou porque apresentam problemas psicológicos, ou biológicos, ou orgânicos ou mais recentemente, socioculturais; bem como analisando o caráter ideológico e repleto de equívocos presentes nessas explicações, resultado de concepções preconceituosas a respeito do pobre e da pobreza no Brasil (SOUZA, 2010).

É o momento de uma revisão estrutural do sistema educacional para compreendermos tantos casos de crianças que a escola considera que não aprendem. As crianças não aprendem ou a escola não consegue lidar com as crianças e adolescentes da atualidade. Porque muitas vezes fora da escola as crianças e adolescentes aprendem e muito. 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 mais uma vez, que escola queremos? Será que as Políticas Públicas estão sendo voltadas para as reais necessidades da população? Ou o que vivemos são as consequências de Políticas Públicas insatisfatórias?

A concepção de educação fica esquecida e de lado. Temos que colocá-la no centro do debate. Trabalhamos no quarto capítulo a visão de Biesta (2013) sobre educação, que fala desta como uma intervenção na vida de alguém e isso traz a responsabilidade dos que fazem esse papel. Os adultos e educadores tem responsabilidade nesse processo, a sociedade tem responsabilidade. Portanto, não há dúvidas sobre o quanto a escola precisa ser repensada e o quanto a responsabilidade é de todos nós.

Educar, então, é um ato que vai mais além da tecnologia da Educação, que por certo é muito importante, pois deve levar em conta a contingência do encontro, o modo como vai se abrir para cada um o desejo de saber e não a obrigação de saber. Não há tecnologia pura que dê conta de educar. Consegue adestrar-se, mas não educar, se não se leva em conta que o educar envolve realmente o desejo de saber. É preciso que a criança tenha curiosidade. Como estimular essa curiosidade na criança? O que se percebe é que há um fracasso, então, dos métodos ortodoxos e que a escola precisa ser repensada realmente para o século XXI (VERAS, 2014, p. 197).

Nas entrevistas, João nos falou com grande empolgação sobre as amizades, referiu que tinha muitos amigos e sempre teve. Vê suas amizades como boas relações para ele:

“O pessoal nessa escola me chamava de Cilão... era o nome do outro colega meu, é igualzinho eu... Eu era o mais velho da turma (ri)”.

“eles me chamam de ET, não sei por que, a mulher do meu colega que colocou.... não sei por quê”.

Conforme Goffman (1988) trabalha sobre o estigma, apesar de João gostar de ser chamados de Cilão e ET, vemos o estigma constituído, há marcas que foram produzidas. Ele é um ET, de outro mundo, além de ser um vacilão. Essa era a forma que ele se inseria no social, e encontrava um reconhecimento desta forma. Esse mesmo autor discute o fato do sujeito estigmatizado fazer um uso a seu favor do estigma, e parece que João se utilizava desse recurso ao se colocar no papel de ‘bagunceiro’, de ‘anormal’. Para Goffman (1988, p. 12), “A criatura estigmatizada usará, provavelmente, o seu estigma para ‘ganhos secundários’, como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões”.

E o Sr. Beto nos contou como ele achava que os amigos viam João:

“No bairro que moramos todo mundo conhece ele lá da rua. Apelidaram ele de Cilão... de vacilão... se perguntar pelo nome dele ninguém conhece, agora se perguntar por Cilão, todo mundo sabe. Ele se mistura... conversa com todo mundo”.

João continuou o tratamento medicamentoso no Serviço de Saúde Mental. Quando estava com 17 anos, e ainda apresentando problemas de comportamento e aprendizagem na escola, um novo psiquiatra, o Luís, passou a atendê-lo no Serviço de Saúde, e encontramos no prontuário:

“No momento em uso de Imipramina 25 mg (003), parou por conta própria o uso de carbamazepina. Na escola – 1º colegial – joga chiclete nos colegas, coloca apelido nos colegas. Fala “palavrão” com as meninas. Não apresenta comportamento agressivo. Não faz atividades, só quer brincar, dificuldade de aprendizagem. Em casa, não obedece ordens, responde, fica nervoso quando contrariado. Dorme e come bem. Nega uso de drogas ilícitas, Bebida Alcoolica. Usa tabaco. Não sabe ler e escrever direito. Hipótese Diagnóstica: F70.0, F63 (? Transtorno dos hábitos e dos impulsos). Conduta: Risperidona⁶⁴ 1mg (001/2) – 7 dias – (001). Imipramina 25mg (002) – 7 dias – (001) – 7 dias – encerra. Retorno 60 dias”.

Mais um diagnóstico para João e o serviço de saúde cumpre seu papel de só diagnosticar e não se questionam, não se colocam em debate a escola, não se discutem o que podem fazer juntos. Não ouvem João, e mais uma vez os diagnósticos são genéricos, não veem as singularidades. Olham só para os sintomas e a conduta é autoritária. Podemos visualizar claramente o que foi percebido na análise quantitativa: os diagnósticos se agravaram e se tornaram perenes. Os relatos e queixas sobre João só aumentaram, as forças dos discursos há tempos estão tentando colocá-lo fora, entretanto, ainda não conseguiram.

⁶⁴ A Risperidona é um neuroléptico do grupo benzisoxazol. Sua principal indicação é para o tratamento de sintomas psicóticos, especialmente os pacientes esquizofrênicos que não melhoraram com outras medicações antipsicóticas.

Na Escola Aprendiz, ele continuava ‘inconveniente’. Segundo anotações das ocorrências escolares, ele foi retirado da sala por tumultuar, houve um episódio também em que ele carregou o extintor pelo corredor e o mesmo estava aberto e molhou a sala de livros, o que fez com que fosse suspenso por três dias. Em outro, ele mostrou filmes pornô para outros alunos na sala de aula. Apenas João fazia isso? Não há espaço para sexualidade na escola e João vive mais uma exclusão, mais uma marca. A sexualidade está em todo lugar, porém querem controlá-la e a escola se esforça para cumprir esse papel.

Ele continuou o acompanhamento psiquiátrico com Luís, apenas pegando a medicação, sem participar do grupo terapêutico com psicóloga. Ao final do ano de 2013, alguns acontecimentos importantes:

“Comparece conselheira tutelar. Relata que o menor, está agressivo, com heteroagressividade, uso irregular de medicação e provável uso de drogas ilícitas (sic). Ameaçou familiares e tentativa de suicídio com faca há alguns dias. CD: Solicito internação em Hospital Psiquiátrico. Luís”.

Tomamos então aqui o papel do Conselho Tutelar. Ele faz ver e falar um modo de funcionamento da biopolítica. O Conselho Tutelar se baseia no Estatuto da Criança e do Adolescente, que é uma instituição que atualiza a lógica da proteção ao seguir uma direção político-pedagógica, em vez de correcional (como nos códigos menoristas). Para Santos e Chaves (2006, p. 87), o Estatuto

[...] representa o corolário atual de um longo processo histórico de transformação do próprio conceito de infância. Funciona como uma expressão legal e legalizante dessa concepção [...], um marco histórico, no caso brasileiro, em termos de abordagem legal da infância.

À criança protegida e garantida, é atribuída uma condição natural/normal de desenvolvimento, saúde, enfim, de um modo de vida. E o Conselho tutelar pega emprestado uma função policialesca, de ameaça, de correção, porém não deveria ser esse seu papel (DECATELLI; BOHRER; BICALHO, 2013). A ideia de aproximação entre “anormalidade” infantil e delinquência apoia-se e é apoiada por medidas “preventivas”, através da propagação de modelos de controle moral e social, amparados nas teorias eugênicas, higiene mental e estudos sobre hereditariedade.

Jussara nos informou que a escola acreditava que ele estava envolvido com drogas, porque ele aparecia com isqueiro e bebidas. O Sr. Beto nos contou que também acreditava que ele estava fazendo uso de drogas. João, segundo o pai, pegou uma quantia de

dinheiro da tia Ana. Quando questionamos sobre a suspeita do uso de drogas o Sr. Beto relatou:

“Tem amigos suspeitos... Ele fuma cigarro”.

“ele falou ah não peguei nada... daí comecei a apertar ele e ele falou que tinha gastado e falei gastado como, 100 reais assim na hora... daí depois ele confessou, quer dizer inventou que ele tinha cagoetado os caras e os caras iam pegar ele, daí ele jurou que era verdade... daí foi o dia que eu chamei a polícia, porque tava demais sabe... daí foi o policial e como ele era menor ainda, tinha 17 anos foi a conselheira tutelar junto... daí o policial forçou e depois me chamou no canto e falou: é tudo mentira dele, ele está devendo em biqueira”.

O fenômeno da judicialização da vida vai paralelo ao da medicalização, a ideia de delinquência e criminalidade é construída e a polícia e o conselho tutelar comparecem para resolver e corrigir essa situação. Pelo bem da ordem e da paz, além da psiquiatria atuar, agora também atuam a polícia e o Conselho Tutelar. O Sr. Beto não aguentava mais essa rede medicalizante fazendo forças, então teve que primeiro pedir ajuda à medicina, e agora a saída encontrada por ele foi solicitar auxílio à justiça. Percebemos um adoecimento da família nessa rede medicalizante. E a rede medicalizante se fortalece na sociedade atual.

Puede considerarse como un emergente de un sistema socioeconómico que lo permite, retroalimenta y ayuda a su continuidad. La medicalización solo puede florecer cuando hay un sistema económico que hace del lucro el objetivo vital, que lleva finalmente a romper todas las barreras lógicas y/o Morales con tal de obtener un beneficio económico (BENASAYAG, 2014, p. 145).

A lógica da medicalização tem relação com a produção de um modelo de dominação. Reencarnamos modelos dominantes e é muito difícil superar essa lógica se o que pretendemos for também dominar. Nessa rede, nos interessam o sofrimento desse pai pela desadaptação de seu filho, a maneira como esse adolescente tem agido na escola, a forma como essa família foi atendida, a vontade de que essas coisas mudem, a concepção produzida historicamente de que os especialistas é que entendem o que é melhor para uma vida, a farta distribuição e venda de remédios em uma sociedade em que Educação e Saúde se tornaram negócio financeiro, o funcionamento da escola. Ora, como dissemos acima, esses elementos se articulam (MACHADO, 2014).

Por conta desses episódios, Sr. Beto nos falou que não sabia como lidar com João e Antônia (avó de João e mãe do Sr. Beto) que estava acamada e doente. Então, o Sr. Beto solicitou ao Dr. Luís que o internasse em um hospital psiquiátrico, e o Luís fez o pedido de internação:

“Eu que pedi para ver se dava uma melhorada porque tava demais né... queria que melhorasse o comportamento dele, porque minha mãe estava de cama, mal, e eu cuidando dela”.

“Ah não sei se ia melhorar, mas ia melhorar em casa o tempo que ele estivesse fora... agora mesmo eu saio de casa e tenho que deixar minhas coisas tudo fechado com cadeado... sabe, não confio nele mais”.

João não concordou com a atitude do pai e também não concordava com o tratamento que o pai queria que ele fizesse, e ele dizia ao Sr. Beto:

“Eu não sou doente”.

O pai foi orientado a trazê-lo ao Serviço de Saúde Mental caso não conseguisse a internação. Há anotações no prontuário quanto à ciência em relação ao TAC (Termo de ajustamento de conduta)^{65, 66}.

“Pedido Médico de Internação: Atesto para fins de internação psiquiátrica, que o menor M. em tratamento ambulatorial neste Serviço, começou desde 06.09.2013, com hipótese diagnóstica de F70.0 e F63, com uso de risperidona 1mg e de acordo com relato do Conselho Tutelar, o menor acima referido, há alguns dias vem apresentando comportamento de heteroagressividade e não aderência ao tratamento, provável uso de drogas ilícitas e tentativa de suicídio. Solicito internação em hospital psiquiátrico. Luís”.

A judicialização da vida ganha força com a configuração de uma noção de periculosidade: João se tornou perigoso e com isso, além da necessidade de ser psiquiatrizado, necessita da justiça intervindo. Além de ser institucionalizado. João recebeu a culpa pela ‘falha’ no sistema da saúde, da educação e agora até da justiça. Voltando à questão de classe: este é um caminho típico de pessoas das camadas populares.

Em pesquisa recente, Scieleski et al. (2008 apud VICENTIM, 2010) verificaram que a questão da drogadição é a patologia juvenil que mais demanda atendimento no serviço pesquisado⁶⁷, sendo, inclusive, corriqueiramente encaminhada de um modo bastante peculiar: via determinação judicial. Nesses casos, a ordem judicial parece desempenhar um papel dúbio: se, por um lado, é um procedimento que se oferece como uma estratégia de acesso para

⁶⁵ O Ministério Público do Estado de São Paulo formalizou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o MP Federal, União, Estado e municípios para enfrentamento dos problemas no atendimento dos sete hospitais psiquiátricos particulares da região de Sorocaba que compõem o maior polo manicomial do País, com mais de 2,7 mil pacientes. Este é o primeiro TAC tripartite na área de saúde mental envolvendo todas as esferas de governo. O TAC, que levou cerca de seis meses para ser elaborado, tem a finalidade de fortalecer e consolidar a rede protetiva aos pacientes e garantir tratamento eficaz e humano. O Termo estabelece que, em até três anos, todos os pacientes hoje atendidos pelos sete hospitais psiquiátricos privados – que recebem verba do SUS – serão transferidos para a Rede de Atenção Psicossocial gerida pelo poder público.

⁶⁶ Sorocaba era referência para internação psiquiátrica para a cidade onde está o Serviço de Saúde Mental pesquisado.

⁶⁷ Serviço de saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial.

jovens ao serviço de saúde, por outro, por vezes é utilizado como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens, ou seja, permitindo um processo de docilização dos mesmos. Tal atitude acompanha uma tendência à Patologização de setores da juventude de camadas populares, isto é, uma forma de “encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade” em relação a esses jovens (SCIELESKI et al., 2008 apud VICENTIM, 2010, p. 350). Há uma associação desvio-periculosidade-droga-violência. Cresce a internação desses jovens em clínicas psiquiátricas e sua multiplicação segue a mesma lógica: muitos ingressam no juizado, em primeiro lugar, por um delito, quando se reconhece o consumo habitual de drogas. A internação psiquiátrica funciona tanto como resposta que dá legitimação de uma “individualidade fracassada” quando reafirma o lugar de marginalidade social desses jovens (SCIELESKI et al., 2008 apud VICENTIM, 2010).

Interessa-nos focalizar as problematizações e os conflitos que setores da juventude vêm colocando no campo da psiquiatria e da psicologia. A psiquiatrização dos adolescentes caminha na direção do paradigma emergente de gestão dos chamados indesejáveis e perigosos, marcado pelo recurso cada vez maior ao encarceramento em detrimento do investimento em políticas sociais e na radicalização da política punitiva, como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança. No âmbito dessa radicalização inclui-se a Patologização da conduta criminosa (KOLKER, 2005 apud VICENTIM, 2010).

É o próprio percurso institucional, portanto, que dá forma e nome a um objeto socialmente perigoso. E tudo o que se apresenta como ingovernável e intratável, é, por essa razão, perigoso. Não estamos então frente à mesma noção de periculosidade, forjada no século XIX, a do “atributo intrínseco de um sujeito em si mesmo”, mas mais perto do perigo como “incontralabilidade”, como “o que escapa à gestão institucional” (LEONARDIS, 1998 apud VICENTIM, 2010, p. 47).

Segundo informações e relatórios presentes no prontuário de João, há uma comissão⁶⁸ na cidade composta por alguns setores e presidida pelo Conselho Tutelar, para lidar com casos de crianças e adolescentes de maior complexidade. E há os seguintes relatórios:

“Requisição de serviço público, pedido do Conselho Tutelar. Este conselho foi chamado em uma denúncia pelo Sr. Beto, para comparecer em sua residência por estar sendo ameaçado pelo menor em tela, o mesmo passa por tratamento psiquiátrico, chegando na residência eu e o Soldado, o menor estava bem abalado e conversando com o mesmo e com o pai me relatou que está sendo pressionado por alguns indivíduos dependentes químicos, mas diz não ter envolvimento com drogas, o pai mora com a

⁶⁸ Comissão Especial de acompanhamento e integração ao atendimento da criança e do adolescente - CEAIACA

mãe acamada e a mesma sofre muito pelas atitudes do menor, em conversa com o psiquiatra foi encaminhado para internação mas no momento não há vaga disponível no município, Assistente Social ciente, aguardando, encaminhamento e relatório em anexo. Conselheira Tutelar”.

Anexo: Termo de Encaminhamento ao Ministério Público. Para Promotor. Na data de 13/09/2013, foi relatado a este Conselho Tutelar fato referente a criança/ adolescente João, nascido em 08/12/1995, filho de Sr. Beto e Sra. Márcia, em função da seguinte situação/problema: Medidas Protetivas. Em visita a casa do Sr Beto. o qual fez relato em denuncia que o menor em tela estaria ameaçando o mesmo e sua mãe idosa e acamada aparentemente após um surto psiquiátrico, dizendo que iria fazer uma besteira e com a vida dele também, junto com um furto de dinheiro da avó e tia, após adentrar na casa da Tia idosa, em cima de ameaça o genitor acionou este Conselho e a ajuda da Polícia civil, chegando na residência o menor se mostrou mais calmo e relatou que estaria sendo ameaçado de morte por outros indivíduos do bairro, e que no desespero se apossou de quantias em dinheiro de ambas idosas, e que queria ajuda deste órgão para um tratamento, após o relato fiz o encaminhamento a Rede do município, que se constitui em ameaça e violação dos direitos da criança/ adolescente. Relatos do genitor o mesmo não tem condições de encaminhá-lo para ajuda em clínica particular, residem em casa no fundo junto com a mãe idosa e doente e que a única ajuda financeira é a da idosa, e ele faz alguns trabalhos de bico para ajudar, acha necessário essa ajuda para o Menor pois a genitora já falecida também tinha surtos agressivos e depressiva, por isso pede a ajuda de imediato para o menor em tela. Solicitamos que este Ministério Público tome as medidas legais cabíveis e informe a este Conselho Tutelar quanto às providências tomadas. 13/09/2013”.

João, mais uma vez, conseguiu escapar e não foi institucionalizado. Devido ao Termo de Ajustamento de Conduta são proibidas na cidade novas internações psiquiátricas. Na saúde mental há um movimento há tempos contra as internações, e a nova política pública está alinhada com serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, baseados nos princípios de aprender a lidar com a diferença e de que exista um trabalho em rede que dê suporte aos diferentes e anormais. Porém, nesse serviço de saúde, os princípios da Reforma Psiquiátrica não estão presentes, o que é evidenciado nesse pedido de internação psiquiátrica e por não fazerem um trabalho em rede e que realmente produza saúde aos ‘inconvenientes’.

João nos falou sobre o episódio de pegar dinheiro da tia Ana e sobre as pessoas dizerem que ele estava usando droga:

“peguei dinheiro porque queria colocar crédito no celular, não uso drogas”.

“Ah nem sei... ah antes eu fumava cigarro... comecei com a minha tia... Droga eu não conhecia, eu não uso... agora bebida... Ah desde 8 anos de idade... Cerveja só...”.

Perguntamos como estava a relação de João com seu pai na época, e na entrevista ele nos falou que o pai não dava muita bola para ele e ele sentia falta do pai. João referiu que não estava de acordo com a decisão do pai de interná-lo. Ele não entende o porquê, por não achar que precisava:

‘Eu não estava na consulta só meu pai... fiquei agressivo com meu pai... a gente brigava sempre... Não concordei né, fiquei magoado’.

Nas anotações no prontuário, observamos que em outubro de 2013 era o retorno da consulta de João com o Dr. Luís, após o pedido de internação. João e o Sr. Beto não compareceram. Em novembro havia outro retorno e também não foram. O Sr. Beto também não foi ao serviço nem buscar a receita, como era de costume. João não passou mais com o Dr. Luís e nem com Juliana e nem com a Tânia. E o Conselho Tutelar e o Ministério Público, até a data desse estudo, não haviam procurado o serviço para saber mais do caso. E ninguém fez nada depois. Nem a justiça, nem a saúde.

A polícia da saúde e da disciplina, acrescida da ampliação da seguridade social por meio do dispositivo militar, foi um modo de organizar a sociedade com mecanismos governamentalizados, no quais tanto os médicos quanto os militares foram administradores do espaço coletivo, agindo por meio de racionalidades da economia política, da geografia, da estatística e da história. Higienizar a cidade era uma maneira de gerir a vida em nome da defesa social e de uma gestão do território de modo a intensificar a circulação com cuidado, fazer a liberdade funcionar dentro dos limites das práticas de segurança (LEMOS, 2012). Observamos por meio do caso do João, o quanto ainda estão presentes na atualidade, as práticas de cuidado e proteção da paz e da ordem pública.

6.1.6 Fora da escola

Nas ocorrências escolares, havia ainda anotações de novembro (2013), mas depois João não foi mais à escola. Como completou 18 anos no final do ano, a Escola Aprendiz o orientou a estudar no supletivo. Ele não podia mais estudar na escola regular. E João nos falou na entrevista:

“Não pode continuar na escola com 18 anos... se pudesse eu continuaria sim... Porque era legal... muita bagunça... Às vezes eu vou até hoje na escola, ver lá”.

“Ah não sei, me inscrevi no EJA⁶⁹, lá é só fazer prova... Tenho vontade de terminar... falta um ano só”.

Foram várias as tentativas, primeiro para escola especial, depois para o AEE, e posteriormente tentaram a escola especial de novo, mas sem sucesso. Então, a tentativa foi o Hospital Psiquiátrico e agora conseguiram finalmente tirá-lo da escola. Agora ele está fora, fora da escola, que é uma importante rede social para João.

⁶⁹ Educação de Jovens e Adultos – antigo supletivo.

Já o Sr. Beto nos falou:

“A escola via ele como um problema lá, queriam se livrar dele o quanto antes... todo ano iam passando de ano sem saber escrever... ano passado mesmo, parou de ir antes do final de ano e passou de ano ainda... fui pegar o histórico dele lá e ele tinha passado”.

João relatou que via a escola com importância, pois é neste local que se aprende. Quando questionamos sobre o local em que ele mais aprendeu na vida, ele respondeu que foi numa das escolas, na Escola Amanhecer onde ele aprendeu a ler e a escrever. Mas quando perguntamos sobre os aspectos positivos da escola, ele teve dificuldades para responder. Ficou pensando bastante e respondeu: *“artes”*. Mas na fala de João, parece haver alguns enunciados de discursos da escola. Será que é essa a importância que ele realmente via na escola ou que ele deveria ver? Não que ele não ache importante a escola, pelo contrário, mas é algo para pensarmos nos discursos presentes nessa fala, pois João em alguns momentos foi capturado. Depois ele falou o que ele gostaria de mudar na escola:

“Ah... tudo... Professor, eu ia mudar todos os professores e colocaria uma só e não aquele monte de professor. O pátio. Na escola Aprendiz era tudo grade, ali fora... eu preferia janela lá... parecia uma cadeia, um presídio... Hum... não passava a hora quase”.

Aqui ele já fala por ele, ele olha criticamente a escola, mostrou como ele tinha uma boa percepção, pareceu até que já tinha lido ‘Vigiar e Punir’ de Foucault. Não é à toa que Foucault faz essa discussão em seu livro e percebe as técnicas disciplinares presentes tanto na escola como na prisão.

Durante as entrevistas, o Sr. Beto nos contou como ele percebia e olhava para o filho, falou de uma visão de descrédito e de desconfiança. Parecia não saber o que fazer para a situação melhorar:

“Não sabe mexer nas peças da bicicleta. Não sabe mexer no caixa eletrônico. Tem celular, mas não sabe mexer direito. Em casa ele não é agressivo, não responde, mas não obedece também”.

“Ninguém confia mais nele lá, não acredito em nada que ele diz... ninguém da família mais quer ele”.

“Tem uns amigos lá, mas os amigos que ele fez não é bom... as amizades dele são com a turminha da droga lá”.

“e essa lei agora né, não pode bater”.

“Ele não tem vontade de nada... ele não sabe apertar um banco de bicicleta... não tem vontade de aprender, nada”.

As famílias não aguentam a pressão de ter um filho com problema e desajustado. Os que não se adequam à norma, por usufruírem de valores diferentes, ou talvez pela ausência de bens materiais, de herança ou simplesmente por viverem um padrão distinto de família, passam a ser considerados, rotulados, como “desajustados”. E a família se torna “desestruturada”, pernicioso para a sociedade, sem afeto, sem qualidades. O Sr. Beto estava sofrendo com esse processo (COLLARES; MOYSÉS, 2010).

Jussara percebia que o pai não o incentivava, segundo ela o pai dizia que ele não prestava para nada. O Sr. Beto falava para ela que quando João fizesse 18 anos iria mandá-lo embora para cuidar da sua vida. O pai falou muito de como o filho foi um problema na escola, como ele não era bem querido pelos familiares, não tinha amigos bons. Teve outro episódio em que o menino ficou um final de semana fora de casa e não avisou ao pai. E então perguntamos se para ele o filho era um problema:

“Ah é meu filho né... eu queria que ele melhorasse né.... Se ele me obedecesse pelo menos né... eu canso de falar pra ele, no dia mesmo que ele ficou desaparecido... eu me preocupei, fiquei procurando ele por todo lado... fui até perto da escola que ele estudava... diz que sempre viam ele na rua lá... eu deixei recado pra ele lá, inclusive um andarilho lá de cadeira de roda. falou que ia repartir coberta com ele lá pra ele não passar frio a noite... aquilo me deixou mais nervoso ainda... deixei o recado: fala pra ele que se ele não aparecer em casa amanhã a polícia vai procurar ele... demorou mais umas duas horas e ele apareceu lá em casa... com fome, todo sujo”.

“Que não ficasse saindo com a bandidagem por aí e que arrumasse um servicinho numa firma por aí e ficasse sossegadinho... no supermercado trabalhou 3 dias só e dispensaram ele, começou a colocar mercadoria no lugar errado pra dispensarem ele”.

Porém, João não quer ser conformado, ele se mostrou rebelde, ele vai contra a lógica que querem impor. A lógica capitalista e neoliberal produz sujeitos conformados, e João resistiu. A biopotência de João se colocava produzindo rupturas nos biopoderes. Como João não se conformava e disciplinava, ele passou por mais uma exclusão, a da família.

O Sr. Beto não trouxe nas entrevistas falas positivas sobre o filho e então pedimos para que ele nos falasse o que João tinha de bom e de positivo:

“De bom tem o coração só (risos)... coraçãozinho dele é bom... quando estava trabalhando ele recebia o dinheiro dele e entregava pra mim, falava pai guarde ai... Entregava pra mim, pra mim dar aos poucos pra ele pra ele não gastar tudo”.

“Dá, qualquer um tira o que ele tem... ele é muito ingênuo, qualquer pessoa dobra ele... é que nem criança”.

O pai apenas reconhece o que é de bom no filho quando ele se torna um corpo dócil e disciplinado. Se João age diferente, é excluído.

Na última entrevista, realizada na casa dele, João mostrou-se um adolescente, um jovem, com planos e perspectivas, ao mesmo tempo com um lado meio infantil ainda, alguém que está amadurecendo. Ele falou sobre o que gostava de fazer por lazer: gosta de videogame e de mexer no celular, já futebol e música não ligava muito. Ele me mostrou a sua casa, na frente o pai tem a bicicletaria em que trabalhava. Na casa da frente mora a tia, o tio e um primo. No fundo há duas casas, a de João com seu pai e a de um primo com a esposa.

Voltou a dizer do que ele gostava, de andar de bicicleta, e segundo o Sr. Beto, se deixar ele fica o dia todo andando pela rua de bicicleta. João falou que tem vontade de sair para a balada com os amigos, mas não sai porque tem briga e o pai também não o deixava sair à noite. Falou ainda que desejava trabalhar, trabalhou por um tempo em um supermercado, mas brincava demais e não deu certo, segundo ele. Depois o irmão Pedro o ajudou e conseguiu um emprego em uma construtora como pedreiro, mas xingou o encarregado e foi demitido. Estava trabalhando com reciclagem, andava pela cidade catando os reciclados e depois vendia em um depósito. Disse que seu vô, o Sr. Antônio, fazia isso e aprendeu com ele. Sobre o trabalho na reciclagem e as perspectivas do futuro, Sr. Beto falou:

“ele sai de manhã com o carrinho, fala que vai lá perto do posto da fábrica... diz que traz e vende reciclagem em um depósito que tem no bairro... mas ele chega com umas moedinhas em casa... ontem ele chegou com um real e eu falei: o dia inteiro ficou e voltou com um real só... daí ele disse que foi porque ele pegou só garrafa de vidro... eu falei mas um real só?”.

“Querida que ele entrasse em uma firma... melhor né... mas o futuro dele está começando... catar reciclagem, uma pessoa que não sabe nem escrever o nome quase”.

Pelas falas do Sr. Beto sobre o filho, como falava sempre algo ruim, perguntamos se ele achava que João precisava de tratamento:

“Ele acha que não, mas eu sei lá... não sei dizer... um dia ou outro ele vai ter que melhorar... pior do que tá não é possível ficar... pode ser que piore se ele me enfrentasse também, mas ele não enfrenta... na minha frente não, depois ele vai lá e faz... ele fica resmungando, mas não enfrenta. Quando eu chamo atenção dele, minha irmã também o repreende... ele sai reclamando pra rua, mas não enfrenta”.

Segundo o Sr. Beto, os médicos diziam:

“Falavam que o crescimento dele, ele desenvolveu a idade mas não a cabeça dele... está com 18 anos mas está com a mente de 10 anos”.

Já João referiu que os médicos nunca disseram o que ele tinha. E disse o que ele achava que o ajudou mais nas suas dificuldades: não foram os profissionais da saúde e os medicamentos, foi a sala de apoio. Na sala de apoio ele tinha mais atenção da professora e a Jussara nos relatou que ele conversava muito com dali. Na escola, pode ser que esse fosse o

lugar que ele se sentia compreendido e que era mais escutado. Nos outros espaços escolares João não era visto e ouvido, a não ser pelo mau comportamento. Ninguém via o que ele tinha de bom, mas aparentemente pode ser que essa professora da sala de apoio conseguiu ver.

Em seguida, João falou que a reciclagem não estava dando muito dinheiro e acabou parando. Agora está à procura de um novo emprego. E falou sobre o que quer do futuro:

“Procurar serviço... quero trabalhar, estudar... quero namorar”.

João se coloca como um jovem com desejos, apesar de seus desejos estarem entrelaçados com os discursos do que esperam dele. Ele diz querer se disciplinar, se normatizar, ao procurar um serviço e estudar. Será que sua fala não estava atravessada com os discursos que tratamos até o momento: da psicologia, da escola, da psiquiatria, do higienismo, da justiça? Mas ele sempre rompia e escapava a essa lógica. A lógica da rede medicalizante, que opera através dos biopoderes e que também produz biopotência.

Nesse trabalho, não queremos dizer que João não necessitasse de atendimento algum, mas tratamos de discutir e problematizar a sociedade que favorece a emergência de meninos ‘inconvenientes’. O que podemos afirmar é que com toda essa vivência de estigmas, de exclusão, de medicalização e judicialização, seria importante para João vivenciar um processo terapêutico para poder reconhecer suas singularidades e potencialidades, mas isso não foi possível até o momento.

Outro ponto importante é a falta de perspectiva vivenciada por ele. A questão da pobreza atravessa-o fortemente, não oferecendo outros caminhos de vida para o menino. João escapou da institucionalização, mas vivenciou exclusões. Ele está fora, fora da escola, do trabalho, mas também está dentro: dentro da juventude, em busca de outras saídas e possibilidades e mais ainda, dentro da vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cena final: Na última entrevista na casa do João, estávamos sentados conversando e ele me contou sobre seu grande amor, a Marina. João se lembrou de que no primeiro dia que ele foi ao serviço de saúde, na entrevista, ele havia encontrado a Marina saindo do atendimento comigo. Eu era psicóloga da Marina no serviço de saúde mental. João havia ficado muito feliz de reencontrá-la e sempre perguntava dela para mim. Ele havia me contado anteriormente que conheceu a Marina quando participava do grupo terapêutico com a psicóloga Juliana no serviço de saúde. Falou que logo em seguida eles namoraram, mas ela acabou terminando com ele. Ele ficou triste ao falar disso. Perguntei quando eles namoraram, e ele falou que ele tinha 14 anos na época, e namoraram por três meses, mas que até hoje gostava da Marina! Encantava-se ao falar dela! João contou-me que estava saindo com uma moça mais velha, mas ele queria a Marina e disse que com ela até se casaria. Ele queria saber se a Marina estava namorando outra pessoa e ficou me perguntando várias vezes na última entrevista, e eu falava: João não posso falar da vida dos meus pacientes. E aí ele falou: ah, mas você vai falar da minha vida nessa pesquisa que você está fazendo não é? Eu expliquei que era diferente, ele havia me autorizado, mas eu não identificaria quem era ele, e aqui eu estava como pesquisadora e lá como psicóloga. Ele ficou cabisbaixo e falou: já sei! Posso entrar para o grupo? Eu falei: mas você acabou de me dizer na entrevista que você achava que não precisava mais de atendimento. Ele falou: eu sei, mas eu quero ver a Marina. E eu disse: João, agora que acabamos as entrevistas, se quiser um atendimento ou conversar pode me procurar, mas não vou te colocar no grupo da Marina. Ele deu muita risada e disse: tá bom vai! E falou: já terminou? Eu perguntei: tem mais algo que queira me dizer? Ele falou: Não, já falei tudo para você, você sabe tudo de mim e agora eu tenho que ir andar de bicicleta. Perguntei: aonde você vai? Ele falou: dar um rolê!! Despedi-me de João, do pai e agradeci imensamente a disponibilidade e contribuições deles. Mas no fundo eu estava com dificuldade de me despedir deles. João era uma figura encantadora e me apeguei a ele! Eles foram até o portão comigo, João pegou a bicicleta e falou: a gente se encontra por aí, vou lá te ver um dia!!! Fiquei feliz em ouvir isso! E fui em direção ao carro e pensei o quanto eu havia aprendido com o João e seu pai, e o quanto a vida deles havia me tocado. Eles não faziam ideia da riqueza que eles tinham, apesar de todo o caminho limitado que percorreram e percorrem na vida. Tenho o maior respeito e agradecimento ao João e ao Sr. Beto!

É nesse clima que vamos começar a encerrar essa dissertação. Com a alegria de ter alcançado um objetivo, pelo aprendizado adquirido durante toda a pesquisa e com a dificuldade de encerrar um processo intenso, difícil, mas rico e vivo! Falo sobre a dificuldade de encerrar, por ter sido uma pesquisa mobilizada por afetos e marcas. Ao longo da pesquisa foram produzidas novas marcas e novos afetos foram experienciados!

Por meio da análise do trabalho e, especialmente, através da história de João, alguns questionamentos permearam toda a pesquisa, baseadas nas discussões de Hanna Arendt: o que estamos fazendo com João, o ‘inconveniente’? E agora acrescento: o que nossa sociedade tem feito com os ‘inconvenientes’?

É o momento de retomarmos as questões iniciais para podermos fazer alguns apontamentos, não com o objetivo de encontrar uma resposta única e finalizar o debate. Na verdade, o debate está apenas aberto e as discussões não pretendem se findar.

Tínhamos como objetivo da pesquisa investigar o dispositivo medicalizante de crianças e adolescentes na escola pública para compreender que efeitos são produzidos nas subjetividades e na trajetória escolar, de tratamento e de vida de crianças e adolescentes.

O tema da medicalização não pode ser reduzido apenas como responsabilidade da educação, da medicina ou da psicologia. Ela é um fenômeno muito mais amplo, que possui em seu bojo discursos que sustentam o fenômeno. Vimos nessa pesquisa que a medicalização é um dispositivo que opera através dos biopoderes, e que funciona como uma rede medicalizante (medicina, psicologia, educação, higienismo, justiça, entre outros), e que também produz biopotência. Portanto, a responsabilidade pela medicalização é nossa, é da sociedade! E para entendê-la temos que olhar para a sociedade e não tornar o nosso olhar reducionista.

Vamos primeiro ressaltar os pontos de análise que chegamos nesse trabalho. A primeira parte da pesquisa compreendeu-se pelo mapeamento dos diagnósticos psiquiátricos, encontramos dados que foram descritos e nos levaram a discutir sobre os diagnósticos relacionados às queixas escolares. Outros pontos importantes, como a questão de gênero e de classe, foram observados. Havia um número significativo de crianças que possuíam o diagnóstico de transtornos das habilidades escolares, e na faixa de idade da adolescência esses diagnósticos diminuía e se tornavam significativos os diagnósticos de Retardo Mental. Esse quadro, que enfatizamos na pesquisa quantitativa, foi considerado por nós de importância para a análise. Diagnósticos transitórios, relacionados às fases do desenvolvimento, ao longo do tempo passam a ser diagnósticos definitivos.

Essa passagem de diagnósticos nos sinalizou um processo vivenciado por crianças e adolescentes, especialmente os de camadas populares. Aparentemente, esses diagnósticos se agravariam e se tornariam perenes. Portanto, temos que colocar em debate o que a escola e os serviços de saúde, e até as políticas públicas tem feito para possibilitar formas de lidar com os 'inconvenientes'. Será que o sistema social se questiona acerca do que vem acontecendo? E a escola se questiona sobre seu papel e o porquê de tantas crianças não aprenderem o que eles estão ensinando? Parece haver uma retomada da ideia da teoria da carência cultural, segundo a qual crianças e adolescentes das camadas populares são considerados como detentores de

dificuldades para aprender simplesmente por terem poucos estímulos culturais. Mais uma vez, vemos recair sobre os ‘inconvenientes’ a culpa pela falha do sistema social.

Seguindo a pesquisa, com o mapeamento e a análise dos diagnósticos relacionados às queixas escolares, selecionamos no serviço de saúde mental um caso que possuísse esse perfil apontado nos dados quantitativos. A pesquisa quantitativa ajudou-nos a chegar à qualitativa e, portanto, ajudou-nos a chegar ao João. Realizamos um estudo de caso embasado na análise do discurso foucaultiana, da trajetória da vida escolar, de tratamento e familiar de João. Alguns pontos foram levantados na análise e iremos retomá-los.

Observamos o quanto a concepção de infância e adolescência está inserida no olhar da medicina, da educação e da família. A noção de desenvolvimento normal e de instintos, que Foucault (2006a) trabalhou em seu texto do ‘poder psiquiátrico’, estão presentes nos discursos da rede social de João. Além da noção de família desestruturada e de degenerescência familiar. As famílias se veem pressionadas a adotar o discurso da escola e da saúde, a pressão para terem filhos ‘normais’ é tão grande que eles compram o discurso e passam a ver seus filhos como ‘inconvenientes’. A família de João não encontrava saídas para romper com essa rede de discursos que estava inserido nela.

A medicina, ou melhor, a psiquiatria compareceu com seu olhar hierárquico, através das técnicas de exame, produzindo ‘verdades’ sobre João. Sem muita articulação com outros profissionais da saúde, ou principalmente, com a educação, ela terminou por consagrar o processo de medicalização de João. O menino também vivenciou várias tentativas de institucionalização e de exclusão. Da escola especial até chegar à tentativa de enviá-lo ao hospital psiquiátrico. Portanto, observamos como nossa sociedade não sabe lidar com a diversidade, e a maneira de resolver é através da segregação, da exclusão. Vemos como ainda nos utilizamos de técnicas dos séculos passados das instituições totais. Mas João resiste.

A noção de periculosidade também foi sendo construída ao longo da adolescência de João, primeiro por ser visto como tendo um desenvolvimento anormal. Ele passou a ser um descontrolado dos ‘instintos’, perigoso, e não tendo a saúde conseguido domá-lo, então chamaram a justiça. A sexualidade de João também aparece com esse teor de incontrolabilidade, devendo ser regulada. A questão étnica também foi colocada em debate, os resquícios de um olhar sobre as doenças mentais de negros e escravos, contribuíram para esse olhar sobre o menino inconveniente. Escancara-se o sistema falido da sociedade atual,

ninguém consegue dar conta e controlar. João rompe, ele não era esse corpo dócil que queriam que ele fosse.

Vivemos uma sociedade que carrega ainda enraizadas as noções do higienismo, na qual se buscam a ordem e cidadãos saudáveis e produtivos. Na sociedade neoliberal e capitalista, os sujeitos que produzem que são os úteis. João não era produtivo aos olhos deles e várias técnicas disciplinares foram adotadas como tentativa de torná-lo controlável, tanto em ações da escola como da própria saúde. A escola deixa claro que não sabe lidar com João, e assina seu atestado de fracasso. Mas não é João que é um fracassado, é a escola.

Com efeito, perguntamo-nos: Qual o papel da escola? Que escola queremos? Esse é o debate que devemos fazer. E ir mais além: que sociedade queremos?

Veiga-Neto (2000)⁷⁰ discute sobre a crise que a escola estaria vivendo. Porém, para ele, a crise não seria apenas da escola, estaria acontecendo também na escola. E dado o caráter heterogêneo e fragmentário desses tempos pós-modernos, é até mesmo possível que várias racionalidades políticas estejam coexistindo, de modo que não apenas a lógica do controle tenha se somado às lógicas da disciplinaridade e da soberania, como, também, estejamos vivendo em múltiplas e simultâneas configurações sociais, nas quais o que varia e é transitório são as ênfases nessa ou naquela lógica (VEIGA-NETO, 2000).

Hannah Arendt irá discutir, conforme o autor acima, que a crise da educação se refere a uma crise da sociedade. Ela amplia o olhar sobre a educação apontando a sociedade como em crise. Para ela “[...] certamente, há aqui mais que a enigmática questão de saber por que Joãozinho não sabe ler” (ARENDR, 2009, p.222). Arendt tira a compreensão das dificuldades de aprendizagem “do Joãozinho” e olha para “o mundo em que Joãozinho vive”. Qual é a responsabilidade que o mundo tem sobre Joãozinho. Portanto, é nosso dever olhar a responsabilidade que o mundo tem sobre o João!

Arendt (2009) e Biesta (2013) debatem como a educação se transformou em um campo de conhecimento sobre o ensino, transformando-a em ciência da aprendizagem. E deixou de ser uma ciência de educação para o mundo que habitamos, para a formação de seres humanos. E esse ato de recepcionar ou receber o novo em um mundo já velho, ou seja, de educar e de formar seres humanos, não pode se dar sem tensão.

[...] Por isso, Arendt (2009) argumenta que a educação é sempre indiscutivelmente um campo de tensão, um domínio crítico e em crise. A partir dessa importante tese,

⁷⁰ Disponível em: <<http://www.lite.fe.unicamp.br/cursos/nt/ta5.10.html>>.

a educação pode ser compreendida como um campo de permanente tensão entre a novidade e o instituído, isto é, entre os novos indivíduos e um mundo que já existe e que possui uma longa tradição cultural, em suma, entre os mais novos e os mais velhos. Entendendo a educação como campo de tensão insolúvel, Arendt afirma que “é impossível determinar mediante uma regra geral onde a linha limítrofe entre a infância e a condição adulta recai em cada caso” (p.246). Afinal, como a educação é a única forma que possuímos para receber as crianças que nascem e vêm ao mundo, o conflito e a crise estão permanentemente instaurados nesse campo, visto que a cada nascimento ressurgem a tensão entre o novo e a tradição cultural, manifesta na conversão daquele ser desconhecido à “nossa” lógica e maneira de ver e se relacionar com o mundo. Se educar é receber e apresentar o mundo e a tradição cultural para os recém-chegados, o germe da novidade será sempre um fator de desestabilização do campo educacional. Este, por sua vez, também deverá ser cuidado com atenção, dada a sua fragilidade, pois a escola e a educação constituem um campo de passagem, um lugar de preparação para a vida adulta e para o cuidado político para com o mundo. Nesse sentido, é bem possível que a crise hodierna da educação também se relacione com a crescente ausência de tensão entre novidade e tradição, entre passado e presente, visto que também o próprio passado vai se transformando em mera mercadoria para o consumo rápido e voraz de uma população de adultos e crianças alucinados pelo ideal da felicidade imediata (CÉSAR; DUARTE, 2010, p. 836).

A função da escola é ensinar às crianças como o mundo é, e não instruí-las como ser, como viver. É colocar em debate e em conflito, é não silenciar suas crianças e jovens com ações reguladoras e disciplinadoras. É não tornar dóceis os corpos, é não medicalizá-los. É olhar para a diversidade produzida pela potência de vida e acolhê-las.

O papel da educação, com isso, seria perturbar as consciências. Há professores que apenas ensinam e não educam, não perturbam as consciências, apenas colaboram com a manutenção do *status quo*. Devem-se instigar dúvidas nos estudantes sobre as imagens que eles têm de si e da sociedade a qual pertencem. E não buscar meramente uma sala em ordem e conformada.

Adorno (1995) coloca que o trabalho deve orientar para uma educação que possibilitasse ao homem a discussão corajosa de sua problemática. De sua inserção nesta problemática. Educação que o coloque em diálogo constante com o outro, que o predisponha a constantes revisões, à análise crítica de seus achados, a uma certa rebeldia, no sentido mais humano da expressão, que o identifique com métodos científicos.

Não há nada que mais contradiga e comprometa a emersão popular do que uma educação que não jogue o educando às expectativas do debate e da análise dos problemas e que não lhe propicie condições de verdadeira participação (ADORNO, 1995, p. 93).

A crise, portanto, é social. Encontramo-nos em uma sociedade do controle na qual os poderes estão capilarizados em todos os espaços e relações, tentando produzir sujeitos dóceis e disciplinados. Os poderes atuam com força para manter o rótulo de ‘anormal’ e ‘inconvenientes’ na sociedade. Nesse caminho, a medicalização se configura como uma rede que opera através de vários discursos, que atuam por meio dos biopoderes que se inserem na vida. Mas há rupturas nesse processo. João, o menino ‘inconveniente’, rompeu e não se tornou um corpo dócil e disciplinado. A potência da vida humana está no novo, de romper com o instituído. É possível pensar e criar novos modos de vida, com a valorização da pluralidade e da diversidade.

Portanto: o que estamos fazendo com João?

O problema de João não é a escola tê-lo colocado no lugar de ‘inconveniente’, não foi a saúde tê-lo diagnosticado e medicado, nem o pai se cansar e passar a desacreditar nele. Não há apenas um culpado, mas sim, toda uma rede responsável por João. Ele vivenciou todo esse processo da medicalização por meio dos discursos da escola, do serviço de saúde, da família e da sociedade. O poder sobre a vida de João se inseriu em todos os espaços de sua vida. Ele foi colocado no lugar de ‘inconveniente’, e com isso, toda sua trajetória de vida seguiu esse caminho. João viveu tentativas de exclusão e institucionalização, mas admiravelmente encontrou estratégias de resistência.

Com isso, devemos pensar em uma perspectiva desmedicalizante, na qual colocamos os conflitos à tona, debatemos, evidenciamos os conhecimentos diversos, anunciamos as diferenças, olhamos para as crises e refletimos sobre elas, agimos contra hegemonicamente, não aceitamos as totalidades e totalitarismos, não normatizamos comportamentos, não patologizamos e medicalizamos nossas crianças e jovens; devemos romper com o instituído e criar novas possibilidades de vida e de existência. Olharmos para o que essas crianças e jovens medicalizados têm de potente e de novidade nesse mundo. Pensarmos em estratégias de intervenções intersetoriais para o enfrentamento dessa problemática. Devemos, por fim, pensarmos em como essas crianças e jovens chegam ao mundo, em como são recebidas e tratadas; e não tratá-las de maneira que as invisibilizem quando querem aparecer através de outras formas de existência, através de outras maneiras de estar no mundo.

Indicamos a necessidade constante de debatermos sobre essa problemática, sobre os ‘Joãos’ e os meninos ‘inconvenientes’, também a necessidade de mais pesquisas que

possam denunciar esses processos. Anunciamos que pesquisas que discutam a questão de classe, de gênero e raça/etnia relacionadas ao processo de medicalização se fazem necessárias. Há que se ter em vista que a sociedade precisa lidar melhor com a diversidade. E para tal, é necessária a atuação de todos.

Concluimos, pois, que ao assumir que a medicalização da vida de João é responsabilidade da sociedade, estamos afirmando, portanto, que a responsabilidade é nossa, é de todos!

8 REFERÊNCIAS

ABRAMO, Helena Wendel. **Cenas juvenis** – punks e darks no espetáculo urbano. São Paulo: Página Aberta, 1994.

_____. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.5 e 6, p. 25-36, mai./dez. 1997. Disponível em: <http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE05_6/RBDE05_6_05_HELENA_WENDEL_ABRA MO.pdf>. Acesso em: março de 2013.

ABREU, Maria Helena do Rego Monteiro de. **Medicalização da vida escolar**. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. Trad. de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de, BOCK, Ana Mercês Bahia, OZELLA, Sérgio. Orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; FURTADO, Odair. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.163-178.

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. Michel Foucault e a teoria do poder. **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v.7, n. 1-2, p.105-110, 1995. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/terpoder.pdf>>. Acesso em: maio de 2013.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Etnografia da prática escolar**. São Paulo: Papirus, 1995.

ANGELUCCI, Carla Biancha. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade – Ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p.301-314

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 6. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2009.

_____. **A condição Humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. Trad. de Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

BARROS, José Augusto Cabral de. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de vida? In: CAPONI, Sandra et al. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 89-95.

BASTOS, Helivalda Pedroza. **O psicólogo da saúde pública numa proposta de trabalho interinstitucional: a queixa escolar como elo de ligação.** 1999. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1999.

_____. **Saúde e Educação: Reflexões sobre o processo de medicalização.** 2013. 208f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2013.

BAUMAN, Zigmund. **Vida Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

BAUTHENEY, Katia Cristina Silva Forli. **Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico.** São Paulo: 2011. 279 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BENASAYAG, Leon. Del biopoder al Déficit de Atención com/sin Hiperactividad (Addh) y TGD (Transtorno Generalizado Del Desarrollo) - Medicalizacion. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et. al (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade – Ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p.145-168.

BENTES, Ana Lúcia Seabra. **Tudo como dantes no quartel D’Abrantes.** 1999. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: CIRINO, Oscar. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 127-144.

BIESTA, Gert. **Para além da aprendizagem.** Educação democrática para um futuro humano. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BOARINI, Maria Lúcia; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, São Paulo, v.13, n.1, p. 59-72, 2004.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Educação especial brasileira.** Integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: Educ, 1993.

CALIMAN, Luciana Vieira. **Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault.** 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o Patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, Sandra et al. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.** Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, v.24, n.3, Rio de Janeiro. Jun-Set 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000300741&script=sci_arttext>. Acesso em: outubro de 2014.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. **Da escola disciplinar à pedagogia do controle**. 2004. 191f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CÉSAR, Maria Rita de Assis; DUARTE, André. Hannah Arendt: pensar a crise da educação no mundo contemporâneo. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.36, n.03, p. 823-837, dez 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29815819012>>. Acesso em: 09. fev. 2014.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e de aprender na escola: Medicalização (in)visível?** 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre: Art Med, 1993.

COIMBRA, Cecília; BOCCO, Fernanda; NASCIMENTO, Maria Lívia do. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.57, n. 1, p. 2-11, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229017444002>>. Acesso em: março de 2013.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau no município de Campinas. **Em Aberto**, Brasília, ano 11, n.53, jan./mar. 1992. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/790/709>>. Acesso em: maio de 2013.

_____; _____. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico** (A Patologização da Educação). Série Idéias, São Paulo: FDE, n.23, p. 25-31, 1994. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

_____; _____. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes** – Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.193-214.

_____; _____. A Educação na era dos transtornos. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs.). **Medicalização da Educação e da Sociedade** – Ciência ou mito? Salvador: Edufba, 2014. p.47-68.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annu. Rev. Sociol.** [Versão eletrônica], 18, p. 209-232, 1992. In: <http://66.199.228.237/boundary/addiction/medicalization_and_social_control.pdf>. Acesso em junho/2014.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2004.

COSTA E SILVA, Jorge Alberto da. Psiquiatria S.A. **Veja**. O poder da mente, p. 11-15, 2001.

CRUZ, Maria Ângela Santa. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de ‘manicomialização’. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes** – Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.17-26.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos; BICALHO, Pedro Paulo Castanho. A droga da obediência: Medicalização, Infância e biopoder – Notas sobre Clínica e Política. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.33, n. 2, p.446-459, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a14>>. Acesso em: dezembro de 2013.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? In: _____. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

_____. **Conversações 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O antiédipo: capitalismo e esquizofrenia** 1. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004.

DIAS, Sandra. Educação e inclusão: projeto moral ou ético. **Educação e Subjetividade**, Faculdade de Educação da PUCSP, São Paulo, Ano 1, n.02, p.17- 42, 2006. Disponível em: <<http://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/educa%C3%A7%C3%A3o-e-inclus%C3%A3o-projeto-moral-ou-%C3%89tico-texto-05.pdf>>. Acesso em janeiro de 2015.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Trad. de M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FERNANDES, Vladimir. **Filosofia, ética e educação na perspectiva de Ernst Cassirer**. FEUSP: Tese de doutorado, 2006, cap.4.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, Maranhão, n.114, p. 197-223, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: abril de 2013.

_____. Foucault revoluciona a pesquisa em Educação. **Perspectiva**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 371-389, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAB&url=https%3A%2F%2Fperiodicos.ufsc.br%2Findex.php%2Fperspectiva%2Farticle%2Fdownload%2F9717%2F8984&ei=9mlOVYaBD_PisAT3yIDQCQ&usg=AFQjCNGsSEINGP1TZ8NBMhvdtP_5L2HiJA&sig2=mUf9DX7dNe6Ye-II3yPeIQ>. Acesso em: julho de 2014.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Trad. de Roberto Machado e Eduardo Moraes. Rio de Janeiro: Nau, 1996a.

_____. **Ditos e Escritos: estratégia, poder-saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996b.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977a.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977b.

_____. **A História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975 - 1976)**. São Paulo: Martins Fontes: 2002.

_____. A Vida dos Homens Infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber, Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

_____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Paz e Terra S/A. 2004.

_____. **O poder psiquiátrico**. 1. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006a.

_____. Poder e Saber. In: MOTTA, Manoel Barros da. (Org.). **Ditos e Escritos IV**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b, p. 223-240.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 37. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **A Arqueologia do Saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **VERVE**, São Paulo, n.18, p.167-194, ago./dez. 2010b.

_____. **Microfísica do Poder**. 29. reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Revista Psi**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2013. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a13.pdf>>. Acesso em: julho de 2014.

GALLO, Silvio. Repensar a educação. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.29, n.1, p.79-97, 2004. Disponível em: <

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.ufrgs.br%2Feducacaoerealidade%2Farticle%2Fdownload%2F25420%2F14746&ei=HmtOVZbnCum1sQTlioCoBQ&usg=AFQjCNGOW7fmLH8wFK0ENCdm4SS-2hoV5A&sig2=wtp81A_e7O-feNG1KoT75g. Acesso em: agosto de 2014.

_____. **Deleuze e a Educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v.12, n.23, p. 105-120. Jan. – abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008>. Acesso em agosto de 2014.

GARRIDO, Juliana; MOYSÉS; Maria Aparecida Affonso. Um Panorama Nacional de estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.149-162.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jun. 2013.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. de Mathias Lambert. 1988.

GOMES, Natália Areias. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2009.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p.115-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2013.

_____. **O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações do saber médico na educação**. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

_____. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes – Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 27-40.

HARDT, Michael. A sociedade mundial de controle. In: ALLIEZ, Éric. **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Ed. 34, 2000.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HOFFMANN, Jussara Maria Lerch. **Avaliação: Mito e Desafio: uma perspectiva construtivista**. 26. ed. Porto Alegre: Mediação, 1999.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.3, set-dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: junho de 2013.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.32-51.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p.76-91.

LAJONQUIÈRE, Leandro. **Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LEMO, Flávia Cristina Silveira. História do Espaço e Governamentalidade em Michael Foucault. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.138-148, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1668/2155>>. Acesso em: maio de 2013.

LIMA, Ana Laura Godinho. **O Espectro da Irregularidade ronda o aluno: um estudo da literatura pedagógica e da legislação sobre a “criança-problema”**. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

LIMA, Gerson Zanetta. **Saúde Escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LINS, Flávia Ranoyua Seixas. A psicologização da Psicanálise na educação: um estudo de sua origem em SP. **Anais do Colóquio do LEPSI IP/FE da USP**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/lepsi/n8/a19n8.pdf>>. Acesso em abril de 2014.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Lamparina, 2008.

LOPES, Maura Corcini. O lado perverso da inclusão - a exclusão. In: FÁVERO, Altair.; DALBOSCO, Cláudio e MARCON, Telmo. (Orgs.) **Sobre Filosofia e Educação: racionalidade e tolerância**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2006. p.207-218.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: _____. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. (Org.). Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LUENGO, Fabíola Colombani; CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, SP, v.8, n.2, 2009. Disponível em: <http://medicalizacao.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Fabiola_Colombani_Medicalizacao_Patologizacao.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

LUNDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Adriana Marcondes. Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatório. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade – Ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p.93-104.

MACHADO, Roberto. **Danação da Norma: Medicina social e a constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACIEL, Marcelo de Abreu. **"Deixei vir a mim as criancinhas"**: histórias, memórias e leituras de um tempo presente da saúde mental infanto-juvenil. 2011. 223 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade de Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM-IV**. Porto Alegre: Art Méd, 2000.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de pesquisa**, Rio de Janeiro, v.129, n.36, p. 637-351, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>. Acesso em: setembro de 2013.

MEIRA, Marisa Eugênia Mellillo. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-cultural. In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MEIRA, Marisa Eugênia Mellillo. **A exclusão dos “incluídos”**. Uma crítica da Psicologia da Educação à Patologização e Medicalização dos processos educativos. 2. ed. Maringá: Eduem, 2012a.

_____. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v.16, n.1, p.135-142, jan./jun. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>>. Acesso em: outubro de 2013.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

MENEZES, Eva Cristina Aurélio; FERRI, Lúcia Maria Gomes Corrêa. Medicação de conflitos nas escolas e a atuação do professor escolar e comunitário. **Colloquium**

Humanarum, Presidente Prudente, v.10, n. Especial, p.1021-1031, jul./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Humanarum/Educa%C3%A7%C3%A3o/MEDIA%C3%87%C3%83O%20DE%20CONFLITOS%20NAS%20ESCOLAS%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROFESSOR%20MEDIADOR%20ESCOLAR%20E%20COMUNIT%C3%81RIO.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2014.

MOLON, Susana Inês. Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n. 4, p. 613-622, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a12v16n4>>. Acesso em: fevereiro de 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem-na-escola**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.). **Direitos humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

_____; _____. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente. **A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal**. – UNICAMP – trabalho apresentado na ANPEd 2008.

_____; _____. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade** – Ciência ou mito? Salvador: Edufba, 2014. p. 21-46.

NASCIMENTO, Ivany Pinto. **As representações sociais do projeto de vida dos adolescentes: um estudo psicossocial**. 2002. 380 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, Marília Vilella. Algumas concepções sobre o Fracasso Escolar no Brasil: como pensar hoje? **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v.13, n. 26, p. 7-20 jul./dez., 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/761/687>> Acesso em: 14 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: statistics for 2006: assessments of annual medical and scientific requirement**. 2008. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2008/psy_2008.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

PATTO, Maria Helena Souza. **A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1991.

_____. Formação Profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: FERNANDES, Maria Inês; SCARCELLI, Ianni Régia; COSTA, Eliane Silvia. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

_____. Para uma crítica da razão psicométrica. In: _____. **Mutações do cativeiro:** escritos de psicologia e política. São Paulo: Edusp, 2000. p. 65-83.

PELBART, Peter Pál. Poder sobre a vida, potência da vida. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, n.17, p. p33-43, 2002. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120907Poder%20sobre%20a%20vida%20pot%C3%A4ncia%20da%20vida%20-%20Peter%20P%C3%A1l%20Pelbart.pdf>. Acesso em: outubro de 2014.

_____. **Viver não é sobreviver:** para além da vida aprisionada. Fala proferida na mesa de abertura do 3º Seminário Internacional A Educação Medicalização: reconhecer e acolher as diferenças em São Paulo, em 2013.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha, **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n.1, p. 29-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004>. Acesso em: setembro de 2013.

RIZZINI, Irene. **A institucionalização de crianças no Brasil:** percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **O século perdido** – raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

ROLNIK, Sueli. Pensamento, corpo e devir. **Caderno de Subjetividade**, São Paulo, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Pós Graduandos de Psicologia Clínica, PUC/SP, v.1 n.2, p. 241-251, set./fev. 1993. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

_____. **“Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma.** Conferência proferida nos simpósios Corpo, Arte e Clínica (UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado. Porto Alegre, 11 abr. 2003) e A clínica em questão: conversações sobre clínica, política e criação (DA de Psicologia da UFF e Universidade Nômade, Niterói, 05 dez. 2003). Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2014.

ROSE, Nikolas. A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços dos médicos no século XXI. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.22, n.3, p. 628-638, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a24.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2011.

SANTOS, Gilberto Lima; CHAVES, Antônio Marcos. Proteção e promoção da infância: tensões entre coletivismo e individualismo no Brasil. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.10, n.1, p. 83-90, 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/5770>>. Acesso em: setembro de 2014.

SERRA, Lia Novaes. **Infância perdida:** a concepção de "menores anormais" na obra de Pacheco e Silva. 2011. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, Ana Paula Ferreira da. Arthur Ramos e a “crença problema” na escola pública dos anos de 1930. **Trama Interdisciplinar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 58-73, 2011. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

SILVA, Emílio de César. Afinal: a escola que temos, é a escola que queremos? **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n.75, ago/2007. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/075/75silva_emilio.htm>. Acesso em: fevereiro de 2014.

SILVA, Léa de Lourdes Calvão. O discurso e as promessas da Saúde Escolar em Campo Grande/MS. **Intermeio:** Revista do Mestrado em Educação, Campo Grande, MS, v.8, n.15, p. 50-63, 2002. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.intermeio.ufms.br%2Ffojs%2Findex.php%2Fintermeio%2Farticle%2Fdownload%2F209%2F203&ei=MnhOVffQB420sATF6YHAAw&usq=AFQjCNGzQs1oS5pqws2E18gTieTcbBeIOQ&sig2=ggyqQvGF1pRhF8EEsjQ4fw>>. Acesso em: julho de 2014.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de Souza. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes** – Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.57-68.

SPÓSITO, Marília Pontes. Uma perspectiva não escolar no estudo sociológico da escola. **Revista USP**, São Paulo, n.57, p. 210-226, mar./mai. 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/57/14-marilia.pdf>>. Acesso em: maio de 2013.

TELLES, Heloisa Prado Rodrigues da Silva. **Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas.** 2006. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2006.

_____. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

UNTOIGLICH, Gisela. Violências cotidianas. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs.). **Medicalização da Educação e da Sociedade** – Ciência ou mito? Salvador: Edufba, 2014. p.169-190.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. A maquinaria escolar. **Teoria e Educação**, Porto Alegre, n.6, p. 68-96, 1992.

VEIGA-NETO, Alfredo. **A ordem das disciplinas**. Porto Alegre: PPGEduc/UFRGS, 1996, f. 264. Tese de doutorado (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. Espaços, tempos e disciplinas: as crianças ainda devem ir à escola? In: ALVESMAZZOTTI, Alda et al. **Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender**. Rio de Janeiro: DP/A, 2000. p.9-20.

VERAS, Marcelo. Da Psicopatologia à patologia da vida cotidiana. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade – Ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p. 191-204.

VICENTIM, Maria Cristina; ROSA, Miriam Debieux. Transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da Patologização do adolescente autor de ato infracional. **Revista Brasileira e Ciências Criminas**, São Paulo, v.17, n.78, p.320-247, maio-junho, 2009.

VICENTIM, Maria Cristina. Os “Intratáveis”: a Patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade, 2010. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes – Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.41-56.

VIÉGAS, Lygia de Souza. Direitos Humanos e políticas públicas medicalizantes de Educação e Saúde: uma análise crítica a partir da Psicologia escolar e Educacional. In: VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade – Ciência ou mito?** Salvador, Edufba, 2014. p.121-144.

VILLELA, Heloísa. Saudável na França, doente nos Estados Unidos. Postado em 3 ago. 2011. In: **Viomundo:** o que se vê na mídia. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/heloisa-villela-normal-na-franca-doente-nos-estados-unidos-html>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

WANDI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). **História Unisinos**, São Leopoldo, RS, v.10, n.1, p. 65-79, jan/abr. 2006. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6171>>. Acesso em: Dezembro de 2014.

9 APÊNDICES

9.1 Apêndice A

A primeira entrevista foi realizada no serviço de saúde mental.⁷¹

E: E como que é você está catando reciclagem e você ganha, quanto que ganha?

P: É por quantidade, eu pego na rua, ou no posto de gasolina, ferro... metal, alumínio, cobre, eu pego e vendo.

E: Vende onde? É em uma associação?

P: É.

E: Eles pegam por peso?

P: Por peso...

E: E você pega plástico, essas coisas, na rua também? Papel?

P: Não pego papel, só pet, latinha e ferro.

E: Dá dinheiro com isso?

P: Dá, 10 real por dia.

E: E o que você faz com esse dinheiro?

P: Compro as coisas

E: Primeiro, João, para começar, queria que a gente conversasse sobre a sua vida na escola. Não sei se você lembra desde a primeira série. Acho que até você ia para a escola antes da primeira série. Você ia no parque?

P: Fui

E: Aonde?

P: Na escola vida

E: E como que era lá?

P: Era bem, legal, os professores... só tinha uma professora que me tratou mal.

E: O que ela fazia?

P: Ela mandava eu escrever letra de mão certa, igual o dela. Ela xingava e falava palavrão feio para mim. E na hora que ela estava fazendo isso, a diretora chegou.

E: E aí?

P: A diretora chamou a polícia e tudo... e mandaram ela embora da classe, da escola.

E: E do que ela te xingava?

P: Ah vai tomar naquele lugar, um monte de coisa.

E: Isso porque você não conseguia escrever de letra de mão?

P: É.

E: De forma você escrevia?

P: É.

E: E os outros professores, você não tinha nenhum problema?

P: Os outros todos bons...

E: E a diretora lembra dela?

P: Lembro, parece que era M. o nome dela....

E: Ah é?

P: É.

E: E nessa época você morava com sua mãe ou com seus avós?

P: Com meus avós.

E: E sua mãe estava viva ainda?

P: Estava.

⁷¹ A letra E se refere ao entrevistador e P ao sujeito da pesquisa.

E: Ela morava na casa deles?

P: Morava, eu estava com 8 anos quando ela faleceu. Faz 10 anos já. Eu recebi a notícia na escola, eu estava fazendo artes. Minha tia L. que foi lá. E eu nem pensava e perguntei, por que estão me tirando da escola? Ela disse que eu precisava ir com ela. Cheguei em casa e todo mundo chorando. Daí na hora. Olhei na cama da minha mãe e não tinha ninguém e daí eu vi o carro da Ossel encostando. Daí já comecei a chorar.

E: Ela faleceu do que mesmo, João?

P: Ela tinha problema né, doença mental.

E: O que ela tinha?

P: Dava crise nela...

E: Crise como?

P: Ela desmaiava, agredia

E: você também ela agredia?

P: Eu não.

E: E como que era a sua relação com sua mãe?

P: Era bem... só minha irmã que não se adaptava, ela chegou a dar um tapa na cara da minha mãe.

E: Ah é? Quantos anos sua irmã tem de diferença de você?

P: 32 anos, meu irmão é do meio.

E: Quantos anos ele tem?

P: 27 anos.

E: A sua irmã não aceitava, não lidava bem com sua mãe?

P: Não... dava tapa na cara dela...

E: E sua mãe fazia tratamento?

P: Não sei.

E: E quem cuidava mais de você?

P: Minha vó e meu vô.

E: Como que era seus avós com você? Eram bravos, eram bonzinhos, cobravam, eram carinhosos? Como que eles eram?

P: Mais ou menos... hum...

E: Como assim?

P: Às vezes eu queria ir na rua de baixo, encontrar com os colegas, eu sempre ia... a gente pegava massinha de pão... os caras da padaria dava para nós, né... dava 7 sacos cheio... nós fazia uma luta com um monte de gente... 20 para o lado direito e 20 para o lado esquerdo... nós víamos carro batido e ficávamos fazendo guerrinha de massinha, jogava um no outro...

E: Como assim, um carro batido?

P: Tinha um carro velho lá, um gol antigo, acho... e a gente brincava lá... a gente entrava dentro dele e se escondia...

E: O cara da padaria dava ou vocês pegavam escondido?

P: Não, ele dava (mostra o tamanho das bolinhas que eles faziam para a guerrinha)... o cara dava as massas que ele não usava. A gente molhava fazia bolinha e embrulhava no papel alumínio e deixava de um dia para o outro para ficar dura...

E: E seus avós sabiam disso?

P: Sabiam, às vezes eles iam lá na rua de baixo e viam um monte de bagunça...

E: Você ficava muito na rua, João?

P: Ficava...

E: E seus avós não controlavam? Não mandavam você vir embora?

P: Nada, deixavam...

E: E o que você fazia tanto na rua?

P: Guerrinha... brincava de esconde-esconde, ficava com as meninas...

- E: Ficava com as meninas? Mas quantos anos você tinha?
- P: Tava com uns 12 anos...
- E: E como que eram suas amizades lá?
- P: Ah eu tenho ainda...
- E: O que você acha que esses amigos acham de você? Como eles te veem?
- P: Ah, legal... meio simpatião...
- E: Como assim?
- P: Ué, simpático... meio assim... a gente ia sair na festa junina... e eles meios que ajeitavam menina para mim... mas eu falava não sei não... ficava meio de canto...
- E: Você era conhecido na turma?
- P: Ah eu era meio conhecido sim (risos)... nós ia em 16 moleques... eu era o mais velho da turma... eu tinha 14 anos, e tinha um de 19 só, de maior... nós fazia uma vaquinha para comprar quentão...
- E: Vocês bebiam?
- P: Ah bebia (risos)... juntava vaquinha, as vezes levava 50 reais, 100 reais...
- E: E todo mundo bebia?
- P: Ah... tem dia que nós pousava fora na rua...
- E: E sua vó e seu vô, o que que falavam?
- P: Ah, minha vó e meu vô às vezes vinham também com a gente... iam junto para olhar... quando meu vô e minha vó eram vivos, pegou a gente no pulo, bebendo no banheiro...
- E: Banheiro da onde?
- P: Da festa junina (risos)... foi só correria os moleques...
- E: E eles ficaram bravos?
- P: Ficaram... daí depois pedi desculpa tudo... e só... mas era bom...
- E: E como que você era com seus amigos? Mais tímido? Mais extrovertido?
- P: Mais tímido né...
- E: Mas você não disse que era simpatião, que brincava, que ficava com as meninas?
- P: Então, é... ah, às vezes conversava com as meninas, elas vinham conversar comigo... daí eu fui pegando o jeito, as meninas chamavam eu e eu ia... conversava, conhecia...
- E: E esses seus amigos eram da escola também?
- P: Eram... tudo da mesma escola, uns 15... era tudo da mesma classe...
- E: Mas você não disse que eles eram mais novos?
- P: Era, mas tudo da mesma classe...
- E: E essas coisas, essas bagunças, vocês também faziam na escola? Como que era o comportamento de vocês lá?
- P: Imagine que não? Ah... na escola era pior...
- E: Por que? Como que era na escola?
- P: Era na escola Amanhecer... ah, nós entrava na escola mais cedo... pegava massinha de pão... levava um monte e fazia bolinha e tacava...
- E: Lá na escola também?
- P: Dentro da escola (risos)...
- E: Nesse momento você estudava na Escola Amanhecer e já tinha saído do da Vida?
- P: Isso... no Vida eu não cheguei a fazer isso...
- E: Mas voltando um pouco no Vida... quando que foi, João, que você começou a ter dificuldades para aprender, para ler, para fazer letra de mão... quando que foi? Como que era? Como você se sentia?
- P: Ah... sentia magoado né...
- E: Por quê?
- P: Antes eu não sabia nem ler e nem escrever...
- E: Quando você aprendeu a ler e escrever?

- P: Na escola Amanhecer...
- E: Você estava em que ano, sexto, quinto?
- P: Quinta série...
- E: Até a quarta você não conseguia ler?
- P: Não...
- E: E como que era em relação aos outros alunos da classe... todos sabiam ler?
- P: Todos, todo mundo lia...
- E: Tinha outro aluno que não sabia?
- P: Tinha, era eu e o N....
- E: E o que você achava?
- P: Ah, mal, chateado...
- E: E você falou dessa professora que te xingava, mas tinha algum aluno que falava alguma coisa, tirava sarro?
- P: Tinha... falava não sabe ler, analfabeto... falavam um monte...
- E: E o que você fazia?
- P: Ah, eu saía da sala, batia a porta... uma vez eu arranquei a porta da sala na bicuda... A professora que xingou eu, estava na diretoria xingando eu para a diretora... os alunos estavam na sala trancados e não deixavam eu entrar, daí... uma bicuda que eu dei rancou a maçaneta da porta... depois a porta tombou no chão, puuuff... daí eu entrei, mas não deu nada... e eu era briguento, brigava (risos)...
- E: Você brigava com outros alunos também?
- P: Não... uma vez só eu saí no soco com a M., uma menina...
- E: Por quê?
- P: Por que ela enchia muito meu saco, batia em mim... Daí uma vez eu esmurrei ela na parede... daí veio pai dela, mãe dela...
- E: Ela enchia o saco como, o que ela fazia?
- P: Chutava eu...
- E: Mas qual o motivo para ela fazer isso?
- P: Ela não gostava de mim...
- E: Por que, qual o motivo de não gostar?
- P: Ah... meio periguete assim... filhinha de papai...
- E: E você disse que na sua turma de amigos você era quase o mais velho, e na sua sala você também era?
- P: Não...
- E: E como que era você, você tinha dificuldade para ler e escrever né... você tentava fazer os exercícios... ou você nem queria fazer e desistia?
- P: Ah, desistia...
- E: Por quê?
- P: Ah eu... desistia...
- E: Você tinha vergonha?
- P: Tinha...
- E: De não conseguir e os outros estavam conseguindo?
- P: É...
- E: E você fazia reforço, alguma coisa na escola para te ajudar?
- P: Fazia, sala de apoio...
- E: E te ajudava a sala de apoio?
- P: Ajudava... Era a S., né? A S. mora perto de casa... sobe uma rua e é a casa dela....
- E: E ela deu esse reforço para você anos né?
- P: É, anos...
- E: Você gostava de conversar com a S.?

- P: Gostava... quando eu estava lá na escola Aprendiz eu cheguei a pedir ela em namoro...
- E: Mas quantos anos tem a S.? Ela é mais velha?
- P: 38 anos...
- E: E ela falou o que para você?
- P: Não falou nada...
- E: Ela não é casada?
- P: Não é... o marido dela morreu...
- E: E, João, e como que era na época da escola Vida que você tinha dificuldade para aprender... e seus avós, o que eles diziam? Eles te ajudavam? Sua mãe te ajudava? O que eles diziam? Eles tentavam te ajudar?
- P: Minha mãe não ajudava... eles me ajudavam né, eu para caramba...
- E: Ou eles brigavam?
- P: Ah, brigavam assim, era o jeito deles né...
- E: Eles te xingavam porque você não aprendia?
- P: Não...
- E: Ou por causa do seu comportamento na escola, você disse que você aprontava...
- P: Ah sim, eles brigavam...
- E: Mas daí você parava ou continuava aprontando?
- P: Continuava, né...
- E: E seu pai, participava da sua vida nessa época?
- P: Ia todo dia na escola Amanhecer...
- E: E na época da escola Vida?
- P: Não, minha vó que ia...
- E: E seu pai, você não morava com ele, você encontrava com ele?
- P: Ia todo final de semana na casa dele...
- E: Era boa a relação de vocês?
- P: Era... andava de bicicleta comigo... agora não faz mais isso...
- E: Agora o quê?
- P: Ah... às vezes ele não dá muita bola para mim....
- E: Hoje em dia?
- P: É...
- E: E naquela época ele sabia que você tinha dificuldade na escola? E o que ele falava?
- P: Sabia... falava para eu ir bem...
- E: E você tinha vontade de aprender? Ou você não tinha?
- P: Tinha...
- E: Porque pelo que você está me falando, você tinha dificuldade de aprender na escola, mas você aprendia um monte de outras coisas né...
- P: Aprendia...
- E: Você tinha amigos, você brincava, e essas coisas também são importantes... e você sabia?
- P: É... sabia...
- E: Você repetiu algum ano lá na escola Vida?
- P: Só na Amanhecer, a quinta série...
- E: E como que foi na Amanhecer? Eram os mesmos amigos?
- P: Era tudo... tudo na minha classe...
- E: E aí, como que era lá?
- P: Ah era bom... era legal...
- E: Você aprontava muito lá? Tinha muita reclamação de você na escola Amanhecer?
- P: Tinha, tinha dia que sim, tinha dia que não...
- E: O que você fazia lá?
- P: Ah, aprontava... tirava sarro do professor...

- E: Tirava sarro como?
- P: Ah, desenhava pé, pé da professora (risos)... e grudava na lousa...
- E: Por que o pé?
- P: Ah o pé da professora era engraçado (risos)... Era os dedos todo tortinho (risos), eu desenhava e colocava lá...
- E: E a professora, o que ela fazia?
- P: Fazia nada... tirava sarro também...
- E: Ela não ficava brava?
- P: Ah, um dia ela ficou brava... eu falei que queria conhecer a filha dela... ela ficou louca da vida...
- E: E você falou que foi na Amanhecer que você começou a aprender a ler e escrever, e como que foi?
- P: Ah, eu fiquei feliz...
- E: E quem que te ensinou?
- P: A diretora... acho que era F. o nome dela...
- E: Por que você ia lá na diretoria, ela te ensinava?
- P: Eu ia...
- E: E aí, na quinta série, você aprendeu a ler e aí você conseguia acompanhar depois o que os professores passavam?
- P: Sim...
- E: Ou você tinha dificuldade ainda?
- P: Eu não tinha dificuldade...
- E: E por que você repetiu de ano então?
- P: Falta...
- E: Você faltava muito?
- P: Muito...
- E: Por que seus avós não te mandavam ir para a escola?
- P: Não, às vezes eu ia receber junto com meus avós e faltava...
- E: E lá na escola Amanhecer você repetiu um ano ou dois anos?
- P: Ah, não lembro (essa hora ele vai ficando mais quieto)...
- E: E você gostava de estudar lá?
- P: Gostava...
- E: Tinha algum professor lá que não te tratava bem? Você gostava dos professores?
- P: Gostava dos professores... mas eu era muito bagunceiro...
- E: Então, lembra que eu fui pegar uns relatórios seu lá na escola Aprendiz e te encontrei lá na frente... então, tem muita coisa escrita lá que você era muito bagunceiro e aprontava muito, e por que você aprontava tanto assim lá na escola, João?
- P: Não sei... [silêncio]. Era muito bagunceiro
- E: Você não se interessava pelo o que a escola ensinava?
- P: Ah, interessava...
- E: E o que você acha que seus amigos, os professores te viam como? O que eles achavam de você?
- P: Hum... legal...
- E: Mas você disse que era bagunceiro?
- P: Muito, bastante...
- E: Você já chegou a levar suspensão?
- P: Já...
- E: Por quê?
- P: Ah... muita bagunça...
- E: E nessa época você morava com seus avós, da escola Amanhecer?

P: Morava...

E: E eles estavam bem de saúde?

P: Estava... eu conheci a N. lá na escola Amanhecer... ela estava na sétima e eu na quinta, e começamos a namorar... Ficamos, depois namoramos.

E: Onde vocês ficavam?

P: Na escola

E: Pode namorar na escola?

P: No intervalo podia...

E: E como foi quando você repetiu de ano e todos os seus amigos foram para outra turma?

P: Daí eu fui, passei de ano e um mesmo colega meu foi e repetiu de ano... daí estudamos juntos...

E: Quem eram esses amigos?

P: Era o Xixo, o Branquelo, o Vermelho....

E: E seu apelido qual que era? Como que te chamavam?

P: Bituca...

E: Porque bituca?

P: Ah nem sei... ah, antes eu fumava.

E: Fumava o quê?

P: Cigarro... pegava pozinho de giz, enrolava no papel e soprava, fazia aquela fumaceira...

E: Como que você começou a fumar?

P: Com a minha tia...

E: A L. (coordenadora de escola)?

P: Não, R....

E: Quantos anos você tinha quando começou a fumar?

P: 13...

E: Você fumava na escola?

P: Não...

E: Fumava escondido ou todo mundo sabia?

P: Escondido, né?

E: E você fuma hoje ainda?

P: Eu? Mais ou menos.

E: E nessa época da escola aí, você falou que tomava quentão... você bebida, tinha bebida, tinha outras drogas?

P: Droga eu não conhecia, eu não uso...

E: E bebida?

P: Ah, desde 8 anos de idade...

E: 8? Você gosta de beber?

P: Cerveja só....

E: E pinga?

P: Não... só cerveja... no final do ano, aí sim nós faz a caipirinha.

E: E nessa época da escola, da Vida, da Amanhecer... você gostava de ir para a escola?

P: Não gostava... por mim eu não ia para a escola...

E: E porque você ia então?

P: Ah, meu vô mandava né...

E: E o que tinha de bom lá na escola, o que era legal lá?

P: Tinha [pensa bastante]... artes.

E: E o fato de ter amigos, isso era legal na escola ou não?

P: Era...

E: E depois você foi para a Aprendiz, você foi para lá porque você foi morar com seu pai? É isso?

P: É...

E: O que você achou dessa mudança de escola?

P: Ah, mais ou menos

E: Não foi mudança só de escola né, por que você mudou também para a casa do seu pai? O que você achou de ir morar lá?

P: É... bom...

E: Bom mesmo?

P: Bom...

E: E você foi para lá por que seus avós tinham morrido?

P: É.

E: E como que foi para você? Quem que morreu primeiro, seu vô ou sua vó?

P: Meu vô...

E: Ele estava doente?

P: Muito doente...

E: Depois morreu sua vó?

P: É.

E: Deve ter sido difícil né, porque na verdade eles que cuidaram muito de você...

P: É... [bem quieto].

E: E sua irmã e seu irmão?

P: Já eram casados...

E: E você foi então porque não tinha para onde ir?

P: É...

E: Ou você queria morar com seu pai até antes, quando seus avós estavam vivos ainda?

P: Ah eu queria morar com meu pai....

E: Por quê?

P: Ah, era legal... é legal morar com ele....

E: Na época ele morava com quem?

P: Minha vó, mãe dele... minha vó faleceu esses tempos atrás... dai ficou eu e ele.

E: E como era a sua avó antes com você?

P: Legal...

E: E você falou que acha que seu pai hoje não te dá tanta atenção né? Mas e quando você foi morar lá, ele te dava tanta atenção?

P: Dava...

E: Como que era?

P: Nós andava de bicicleta, soltava pipa... mas era bom...

E: Ele deixava você ficar na rua?

P: Não...

E: Você estava acostumado a ficar na rua, né?

P: É...

E: Você obedecia ele?

P: Obedecia...

E: E se você não obedecesse, o que ele fazia?

P: Apanhava...

E: Ah é... ele batia?

P: Batia...

E: Por que você está com a cabeça baixa, João? Foi depois que eu falei dos seus avós, você ficou triste?

P: Não...

E: Está com vergonha?

P: [Ele faz que sim com a cabeça].

E: De mim?

P: [Faz que sim com a cabeça].

E: Por quê?

P: Hum... eu só tenho isso para falar...

E: Mas agora eu queria saber mais da escola Aprendiz, porque você estudou bastante tempo lá... né?

P: Sim... da sétima até o segundo colegial...

E: E aí o que eu vi naqueles papéis que eu peguei lá, que quando você entrou lá você tinha um pouco de dificuldade para aprender... não sei se você que não tinha dificuldade para aprender, ou que você não tinha muito interesse na matéria e ficava brincando ali, né... o quê que era?

P: Ah, brincadeira demais... só isso só (risos).

E: E seu pai era chamado na escola?

P: Ah era... muito.

E: E o que você aprontava lá, João?

P: Ah, bastante coisa... ah brincava, bastante...

E: E como eram os professores, eles te ajudavam? A S. te dava reforço ainda lá?

P: Não...

E: E os professores ajudavam ou brigavam?

P: Eles ajudavam...

E: Ajudavam você a aprender?

P: Ajudavam...

E: Ou tinha professor que reclamava de você?

P: Ah, reclamava...

E: Do que eles reclamavam? Do seu comportamento?

P: É...

E: E quando eles reclamavam o que você sentia João?

P: Ah, magoado...

E: E os alunos reclamavam de você?

P: Reclamavam...

E: O que eles falavam?

P: Eles falavam que eu era chato, não deixava eles estudarem...

E: E você fazia isso mesmo?

P: Fazia...

E: Nessa escola você tinha bastante amigos também, ou não?

P: Tinha... o pessoal nessa escola me chamava de Cilão...

E: Por quê? O que é Cilão?

P: O nome do outro colega meu, é igualzinho eu...

E: E lá você era o mais velho da sala?

P: Era...

E: Você gostava de ser o mais velho?

P: Gostava...

E: E nas provas, você conseguia fazer as provas?

P: Conseguia....

E: Mas se você não prestava atenção, como que você conseguia?

P: Conseguia mais ou menos... chutava...

E: Você acha que a escola é importante para você?

P: Hum... é...

E: Por quê?

P: Porque aprende...

E: Mas você quer aprender?

P: [Faz que sim com a cabeça].
E: O que acontecia?
P: Ah, eu não me adaptava...
E: Não se adaptava? Por que realmente tem muita gente que não se adapta, mas do que você não gostava? Não se adaptava com o quê?
P: [Fica bem em silêncio e pensando]. Ah, nem sei...
E: Não sabe?
P: Não...
E: E seu pai quando era chamado na escola ficava bravo?
P: Ficava...
E: Ele te ajudava na lição?
P: Ajudava....
E: E daí, ano passado, você terminou a escola, na Aprendiz?
P: É.
E: E você não quis continuar lá?
P: Não pode com 18 anos...
E: Se pudesse você continuaria?
P: Sim...
E: Por quê?
P: Por que era legal... muita bagunça...
E: Você gosta da bagunça?
P: Gosto...
E: É porque te vi lá aquele dia... você vai bastante lá?
P: Às vezes eu vou, ver lá...
E: E as pessoas que trabalham na escola, a coordenadora, diretora, a professora mediadora, essas pessoas eram legais com você?
P: Eram...
E: O que você acha que eles achavam de você?
P: Ah, legal...
E: Só legal...
P: E de você na escola, o que eles achavam?
P: Ah, bem...
E: E aí você se inscreveu no EJA?
P: Sim...
E: Está indo?
P: Não...
E: Por quê?
P: Ah, não sei... lá é só fazer prova...
E: Você tem interesse em terminar?
P: Tenho... falta um ano só...
E: E como que é sua relação agora com seu pai?
P: Agora é ruim...
E: O que que aconteceu que está ruim?
P: Ah... [silêncio]. Ah, eu gosto dele, mas... infelizmente...[silêncio].
E: Tem algumas coisas que você não gosta?
P: O que eu tenho para falar é só isso...
E: E aquele episódio ano passado, de seu pai ter chamado a polícia, o médico queria te internar... era em um hospital psiquiátrico...
P: Hum... [parece não gostar de falar disso].
E: Você concordou com isso, você acha que precisava ir internado?

- P: Eu não...
- E: Você estava junto na consulta no dia?
- P: Não...
- E: Estava só seu pai?
- P: É...
- E: E o que seu pai disse é que achava que você usava droga...
- P: Não...
- E: Ele disse que você ficou agressivo, você ficou agressivo?
- P: Fiquei...
- E: Com quem?
- P: Com meu pai... a gente brigava sempre.
- E: E por que brigavam sempre?
- P: Ah...[silêncio]. Só isso mesmo
- E: Porque não quer falar?
- P: Só isso mesmo por enquanto...
- E: Já estamos acabando... [diz que está com pressa, porque vai catar reciclagem]. Por que você e seu pai brigavam tanto?
- P: Não se dava bem... agora nós estamos nos dando bem... foi ano passado...
- E: E quando ele veio aqui e falou isso com o médico, você não falou nada para ele que você não concordava?
- P: Não...
- E: Como você se sentiu?
- P: Ah, magoado...
- E: E você já trabalhou alguma vez com ele, ele tem oficina de bicicleta. Você tem vontade de trabalhar com ele?
- P: Não...não sei arrumar...
- E: E qual seu primeiro trabalho?
- P: No supermercado...
- E: Gostava de lá?
- P: Gostava, me dava bem...
- E: Como que você começou a trabalhar na reciclagem?
- P: Eu que fui atrás, meu vô me mexia, ele catava reciclagem... daí eu fui aprendendo...
- E: É perto da sua casa?
- P: Não, é longe... daí fui aprendendo...
- E: Você leva em um carrinho?
- P: Levo...
- E: Anda bastante então?
- P: Ando... muito
- E: Você quer continuar catando reciclagem ou quer outro emprego?
- P: Quero continuar...
- E: E por que você foi mandado embora da Construtora?
- P: Experiência, né...
- E: Você aprontava lá?
- P: Aprontava...
- E: O que você fazia?
- P: Xingava o encarregado...
- E: Por quê?
- P: Ele pegava no meu pé... está acabando?
- E: Última pergunta... hoje, como você se sente, não estando mais na escola, estando nesse trabalho, você tem amigos ainda?

- P: Tenho... tenho perto de casa... o N.
 E: Você tem muitos amigos ou poucos?
 P: Bastante...
 E: O que eles falam de você? Eles tiram sarro?
 P: Não... eles me chamam de e.t.
 E: Por que e.t?
 P: A mulher do meu colega que colocou... não sei por que
 E: E essa questão da escola, de aprender, como você se sente hoje?
 P: Mal.
 E: Mal por quê?
 P: De não poder aprender mais... só isso por enquanto.
 E: Alguém fala disso com você?
 P: Não... só isso que eu tenho para falar... e eu preciso comprar tinta para meu pai arrumar uma bicicleta...

Segunda entrevista com João foi na casa dele. O pai estava na frente da casa, na bicicletaria que possui. Entrei na casa e o pai me acompanhou até à casa dos fundos, onde eles moram. Tem um caminho cheio de entulhos e plantas. João estava sentado no colchão na cama onde dorme. É uma cama sofá junto com a cozinha. A casa não possui piso, apenas cimento, e se encontrava organizada, porém um pouco suja.

João me contou de início que parou de catar reciclagem porque ganhava muito pouco.

- E: Era uma associação que você vendia para quem?
 P: Um depósito de reciclagem.
 E: O que você tem feito agora?
 P: Nada.
 E: Você dorme aqui?
 P: Sim
 E: O que você gosta de fazer João, de ver televisão?
 P: De andar de bicicleta...
 E: É, isso eu sei que você gosta...
 P: De jogar no celular...
 E: Que jogo você joga?
 P: Ah... sei lá...
 E: Jogar bola você gosta?
 P: Não...
 E: Você nunca foi de jogar bola?
 P: Não...
 E: E o que você acha que você faz bem? Uma qualidade que você possui, que você faz bem? Uma coisa que você consegue fazer... de andar de bicicleta e o que mais?
 P: Só isso e assistir televisão só...
 E: Assistir tv?
 P: Escutar rádio...
 E: Rádio? Que estilo de música você gosta?
 P: Ah... qualquer um...
 E: Está namorando João?
 P: Não...
 E: Então... o que tinha faltado eu te perguntar, João, era assim... você contou que, desde que você era meio adolescente, a psiquiatra do Serviço de saúde mental tinha dado remédio para você tomar.... você tomava carbamazepina e imipramina, se não me engano.... mas você tomava?

P: Não...

E: Não? Por quê?

P: Eu não me sentia muito bem com esse remédio...

E: Como que era seu pai que te dava ou você tomava sozinho?

P: Eu tomava sozinho...

E: Mas você tomou alguma vez, ou nunca tomou?

P: Tomei duas, três vezes...

E: Fez algum efeito quando você tomou? Você sentiu alguma coisa?

P: Não...

E: Porque você decidiu não tomar, não estou dizendo que estava errado, eu só estou perguntando... por que não tomava?

P: Porque eu não gostava...

E: Entendi... e teve uma época que a médica mandou você tomar uma injeção também ou não?

P: Não, injeção não...

E: E quando você ia lá na psiquiatra, você lembra dela?

P: Lembro... mais ou menos...

E: Lembra da psicóloga também?

P: Ela eu lembro...

E: Porque que você ia lá na psiquiatra e na psicóloga? Sua avó mandou, seu pai, a escola?

P: A escola, né...

E: Mas você achava que vc precisava?

P: Não...

E: Você achava que você precisava de algum tratamento? Porque você ia lá para se tratar né? Você achava que precisava?

P: Não...

E: Quando uma pessoa vai se tratar, ou porque ela não está bem, ou porque alguém orientou ela a ir, a escola, a família... e normalmente ela tem um diagnóstico, um nome do que ela tem, ela vai lá porque ela tem alguma coisa. Os médicos já disseram alguma vez se você tinha alguma coisa?

P: Não...

E: Não?

P: Nada...

E: E essa foto aí, João, de quando que é (foto dele vestido de beca segurando um diploma)?

P: Lá da escola Aprendiz...

E: Quando vc se formou do ensino fundamental?

P: Não, do médio...

E: Do médio?

P: Do final do primeiro ano para o segundo...

E: É lá dentro da escola isso?

P: É.

E: Você que colocou aí?

P: Não, o meu pai... e falaram que era de graça, mas foi 150 conto...

E: 150 reais?

P: É não é de graça não...eles cobram.

E: E quem que pagou?

P: Eu...

E: Você? Com que dinheiro?

P: Eu estava trabalhando na construtora na época...

E: Ah, você trabalhava na época... mas você gostou então da foto?

P: Gostei... né...

E: Ah, se você gostou, então tá bom...

E: E onde você acha que você mais aprendeu coisas na sua vida? Porque a gente aprende coisas mas não é só na escola, né, que a gente aprende... a gente aprende em vários lugares...

P: Na escola Amanhecer...

E: Amanhecer? Porque você acha que aprendeu? O que que tinha lá?

P: Professor bom...

E: Era bom?

P: É...

E: E fora da escola, você acha que já aprendeu alguma coisa em algum lugar?

P: Não...

E: Não?

P: Não...

E: E na sala de apoio, você aprendia?

P: Não... mais ou menos...

E: Porque, exemplo, se você fosse o seu médico, se te levassem um menino que tinha dificuldade para aprender na escola e que era bagunceiro... e que fazia bagunça o tempo todo, você ia fazer o que com essa criança?

E: Você acha que ela precisava de que? Sala de apoio? Psiquiatra? Psicólogo?

P: Ah... sala de apoio...

E: Sala de apoio? E psicóloga e psiquiatra?

P: Não...

E: Isso não mudou nada para você?

P: Não...

E: E se você pudesse mudar a escola, João, o que você mudaria?

P: Ah... tudo.

E: Tudo o quê?

P: Professor eu ia mudar tudo o professor e colocaria uma só e não aquele monte de professor...

E: O que mais? Por que um monte é ruim?

P: Um monte de matéria...

E: Mas essa professora que iria, ia dar uma matéria só ou ia dar várias?

P: Várias...

E: Mas você acha melhor quando é uma pessoa e não várias?

P: É...

E: Que mais você mudaria na escola? Você falou um monte de coisa então tem mais ainda para mudar...?

P: É... ah, não sei...

E: Fala o que você achava que era ruim para você e gostaria de mudar... uma professora...

P: O pátio...

E: O pátio? O quê nele?

P: Na Aprendiz era tudo grade, ali fora...

E: Grade?

P: Sim, grade... eu preferia janela lá...

E: E por que tinha grade? Para vocês não saírem lá fora?

P: Ah, não sei, já tinha lá faz tempo.

E: Desde que você começou a estudar lá já tinha as grades? Para vocês não saírem para fora?

P: Sim... parecia uma cadeia, um presídio...

E: Parecia?

P: Sim...

- E: Os alunos quebravam janela lá?
P: Quebravam...
E: Você já quebrou alguma vez?
P: Eu não... não...
E: Você se sentia preso lá dentro?
P: Hum... não passava a hora quase...
E: E daí, na hora do intervalo, vocês ficavam lá no pátio trancados, não podiam sair?
P: É...
E: Que mais você ia mudar lá?
P: Só...
E: Só? Então é pouca coisa, não é tudo?
E: Ia ter prova, aula?
P: Ia...
E: Ia ter horário?
P: É...
E: E tinha outros alunos lá que passavam no serviço de saúde mental também?
P: Não...
E: Não?
P: Nenhum...
E: Você está falando da sua sala ou da escola inteira?
P: Da escola inteira...
E: Acho que não...
E: E a escola ficava te cobrando de passar no psicólogo?
P: Não, para mim não, só para meu pai...
E: Ah, para o seu pai, então?
P: É...
E: E com quem você mais conversa hoje em dia? Que você fala da sua vida?
P: Tem... um colega meu, o N...
E: Deixa eu te perguntar uma coisa, João, porque normalmente em entrevista assim, a gente pergunta para quem estávamos entrevistando, qual é a raça dela? E a pessoa que tem que dizer a raça dela. Você sabe o que é raça?
P: Não...
E: Normalmente é a cor, a origem racial que a pessoa tem branco, negro, pardo...
P: Moreno...
E: Moreno? Normalmente chamamos de Pardo.
P: Ah então sou pardo.
E: Não acha que não é nem negro e nem branco?
P: Não...
E: E o que você vai fazer a vida agora, João?
P: Procurar serviço...
E: Você quer trabalhar?
P: Quero...
E: Se você pudesse escolher, do que você ia trabalhar?
P: Contador...
E: Contador? O que faz um contador?
P: Apontador...
E: Ah, o apontador?
P: É...
E: E o que faz um apontador?
P: Ah, que nem um mestre de obras...

- E: O mestre é o que comanda os outros?
P: Isso. E o apontador é o que, se os funcionários precisarem de alguma coisa, ele vai lá e pega...
E: Lá na construtora, onde você trabalhou, tinha isso? Você era isso?
P: Eu não... meu irmão que era...
E: E o quê que faz para ser isso?
P: Ah, estudar...
E: Seu irmão estudou?
P: Sim... ele terminou a escola...
E: Ele fez algum curso?
P: Engenharia... ele está fazendo...
E: E você quer fazer também?
P: Hum, quero...
E: Quer mesmo?
P: Quero...
P: E a N. não foi mais lá?
E: Eu não estou mais trabalhando lá, você lembra que eu te falei?
P: Quem que está lá agora?
E: Ah, uma outra psicóloga...
P: Ah...
E: Você pensa ainda na N.?
P: Ela casou...
E: Quando vocês namoravam, vocês tinham relação sexual?
P: Não...
E: Você já teve relação sexual?
P: Não...É... mas a N...
E: Mas tem um monte de mulher para você conhecer ainda João...
P: É.
E: E por que você não vai lá na EJA, naquela escola que tem supletivo?
P: Amanhã eu vou...
E: Vai?
P: Vou, a diretora de lá é minha tia. Conhece ela?
E: Não...
P: Vou lá, em uma semana eu termino tudo...
E: Em uma semana?
P: É...
E: Muito pouco, hein?
P: É minha tia que falou.
E: Mas ela vai te ajudar lá, então?
P: Vai...
E: Então tem que aproveitar, já que você tem sua tia, e já que ela te ajuda, né?
P: É.
E: E você quer terminar a escola?
P: Quero...
E: Você quer terminar ou porque é bom por causa de trabalho?
P: Não, eu quero terminar...
E: Então, vai que você conhece pessoas diferentes lá...
P: Ah, mas que nem a N. não existe. Se tivesse com ela até agora já estaria casado já.
E: É? Você tem vontade de casar?
P: Tenho.

- E: Quer casar e ter filhos?
P: Quero...
E: Mas quer casar novo?
P: Quero...
E: Não é novo?
P: Não, não é muito não.
E: Seu pai quer que você case?
P: Não.
E: Por quê?
P: Ele quer que eu trabalhe e estude...
E: E você tem saído com seus amigos?
P: Nada... não.
E: Seus amigos são da sua idade, mais velhos ou mais novos?
P: Mais velhos...
E: Mais velhos?
E: Quantos anos eles têm?
P: 22, 20 anos.
E: E os da sua idade?
P: Estão casados...
E: E esses mais velhos, estão casados?
P: Estão...
E: E você tem mais alguma coisa para me falar?
P: Não.
E: Você é agressivo?
P: Não.
E: Nem na escola?
P: Não.
E: Mas você disse que tirava sarro...
P: Ah, sim.
E: E ninguém vinha te bater?
P: Não.
E: Tinha mais gente na sua sala nesse último ano que também tinha dificuldade de aprender?
P: Tinha.
E: Quem?
P: O N.
E: Mas o N. estudava com você na escola Vida...
P: E aí ele passou para a Aprendiz... também.
E: Também?
P: É...
[Silêncio]
E: E sua mãe tomava remédio também?
P: Não...
E: João, conversa comigo, já estou terminando... hoje é mais rápido, vai ficar jogando aí?
P: Não [e ri].
E: E sua mãe tomava medicamento?
P: Tomava mas, não sei quais...
E: E ela melhorava quando tomava?
P: Mais ou menos.
E: E seu pai, bebia?
P: Bebia.

E: E hoje ele bebe ainda?

P: Muito pouco, antes ele bebia pinga, todo dia e toda hora.

E: E como ele parou?

P: O médico que disse que mais uma golada que ele bebesse ele morria...

E: Ele parou sozinho? Não fez nenhum tratamento?

P: Não, sozinho...

E: E aquela vez que ele queria te internar... Vocês brigaram bastante?

P: Brigamos...

E: Você acha que você precisa ir para o hospital psiquiátrico?

P: Não...

E: Eu também acho que não... E hoje em dia você acha que tem alguma dificuldade, algum problema, João?

P: Não...

[Silêncio]

E: Aqui no fundo mora você e seu pai?

P: Sim...

E: E sua avó?

P: Faleceu...

E: Ah, é verdade... ela morava aqui antes?

P: Sim...

E: Onde ela dormia?

P: Aqui...

E: E você, onde dormia?

P: No chão...

E: Lá no quarto que é separado pelo armário, dorme seu pai?

P: É.

E: E aí na frente, quem que mora?

P: Minha tia, meu tio e meu primo, e desse lado, nessa casinha, mora meu primo, a mulher dele e a filha dele.

E: Eles não estão aí agora?

P: Não estão, estão trabalhando.

E: E esse seu primo que estava aqui? Conversa com ele?

P: Mais ou menos... ele é mental...

E: Mental? Como assim?

P: Ele é especial... ele não fala.

E: Ele não consegue aprender?

P: Não.

E: E essa sua tia é irmã do seu pai?

P: É.

E: E sua mãe era morena?

P: Era negra...

E: E você é mais parecido com quem? Sua mãe ou seu pai?

P: Ah... minha mãe né, puxei a testa dela...

E: Tem mais alguma coisa para falar?

P: Tenho não...

9.2 Apêndice B

Transcrição entrevista do Sr. Beto.

E: Eu queria que o senhor falasse um pouco sobre o João, como que ele era desde criança, como que era na escola. Porque o João disse que até antes de morar com você, ele ia nos finais de semana na sua casa.

P: É, eu ia buscar ele...

E: Porque acho que, como o senhor tinha contato, o senhor deve saber como que ele era na escola, na Vida e na Aprendiz... eu fui até buscar uns relatórios sobre ele, boletim, anotações e ocorrências e dá para perceber que ele tinha dificuldade desde novo na escola. Mas e aí, para o senhor, o que o senhor sabia naquela época...

P: A mãe dele faleceu em 2004, e o avô dele quase toda semana ligava para mim comparecer lá na escola...

E: Na Vida?

P: Não. Na Amanhecer...

E: Porque o avô ligava?

P: A escola pedia né, ele ficava só brincando, não queria estudar... a professora chamava a atenção e ele respondia, não estava nem aí com nada...

E: É isso que reclamavam dele?

P: É... colocava apelido nos meninos e nas meninas... inclusive na Amanhecer, os pais de umas meninas queria conhecer ele, para entender e saber o que ele estava fazendo com as filhas... para ver se ele dava umas paradas com essas brincadeiras, de passar a mão nas meninas...

E: Ah, ele passava a mão?

P: É, colocava apelido...

E: E que apelido ele colocava?

P: Ah, não sei, eles falavam que era apelido pesado sabe? Palavão...

E: E aí a escola chamava o senhor? E o que o senhor fazia?

P: Chamava... a escola não fazia nada... uma vez eu levei uma declaração daqui para a escola falando que ele tem problema, que era para ter paciência com ele...

E: Ele tem problema?

P: Ah... pela atitude dele... pelo comportamento dele, né...

E: O que o senhor acha que o João tem?

P: Ah... muito distraído...

E: É? Ele passou muito tempo com a psiquiatra daqui... depois ele estava passando ano passado com o psiquiatra, né... o senhor perguntava para eles o que o João tinha?

P: Falavam que o crescimento dele, ele desenvolveu a idade, mas não a cabeça dele... está com 18 anos, mas está com a mente de 10 anos...

E: E o senhor acha que é isso mesmo?

P: Ah, na televisão ele gosta de assistir desenho que criança gosta...

E: Ah é, que desenho ele assiste?

P: Desenho na TV Cultura, por exemplo... de bonecos, gosta de animais e de cachorrinho...

E: Vocês têm cachorro na casa?

P: Tem uma cachorrinha lá da minha irmã... e agora mesmo ele estava trabalhando em uma firma, aí, 45 dias e não passou da experiência... por brincadeira ele ficava brincando no serviço...

E: Ele ficava brincando?

P: É... olha a cabecinha dele... esses dias falou, não deram baixa na carteira dele, e ele falou que queria comprar um celular, e eu falei: como comprar um celular se você não está trabalhando? Ah, não deram baixa na minha carteira ainda... eu falei: mesmo que você consiga tirar da loja, como você vai fazer para pagar se você não trabalha? E ele foi lá na loja mesmo, mas não deu certo... falaram que tinha que ter pelo mesmo 4 meses na carteira (risos).

E: Ele quer um celular?

P: Ele tinha um celular... comprou um de quase 500 reais quando estava trabalhando, daí jogou... e macetou no chão e trincou a tela... daí trocou por um celularzinho comum, daí esse celularzinho ele vendeu por 20 reais...

E: Vendeu, ele está sem, então?

P: Agora ficou sem...

E: Ele disse que está catando reciclagem agora....

P: Ah, catando reciclagem... diz que... ele sai de manhã com o carrinho, fala que vai lá perto do posto da fábrica da M.... diz que traz e vende reciclagem em um depósito que tem no São Mateus... mas ele chega com umas moedinhas em casa... ontem, ele chegou com um real e eu falei: o dia inteiro ficou e voltou com um real só... daí, ele disse que foi porque ele pegou só garrafa de vidro... eu falei: mas um real só?

E: Ou será que ele tinha gastado?

P: Sei lá...

E: É, normalmente pagam por peso, né...

P: Ele disse que deu 20kg de vidro, mas quanto sai o quilo de vidro? 5 centavos?

E: E o senhor tem uma oficina de bicicleta, né? O senhor conserta?

P: Conserto, reformo e vendo.... mas é que está devagar... se tivesse serviço, eu segurava ele comigo, mas nem pra mim está tendo quase...

E: Ele aprendeu a mexer com bicicleta, ele sabe arrumar?

P: Ele não tem vontade de nada... ele não sabe apertar um banco de bicicleta... não tem vontade de aprender, nada...

E: Nada? O senhor acha que nada ele tem interesse?

P: Não... futebol mesmo, desde que ele era pequeno eu queria que ele praticasse porque futebol é mais fácil... e ele nunca se interessou...

E: Quando criança ele não jogava bola?

P: Não... e logo que eu comecei a mexer com conserto que bicicleta... eu compro umas peças para ter para consertar né... e ele andou pegando umas peças, câmara de bicicleta... peça nova e vendeu a dois reais sendo que eu pago muito mais do que isso...

E: E desde quando ele faz isso de pegar peça escondido, de pegar dinheiro, que o senhor já comentou comigo...

P: Minha mãe era viva, mas era acamada... há uns dois anos... e eu que controlava o dinheiro dela para ir comprando remédio e as coisas que ela precisava... mantimento... um dia, ele achou e pegou 250 reais... e saiu andar de bicicleta, quando voltou o dinheiro estava todo sujo de terra... falou que tinha achado o dinheiro e eu pensei, imagina achar 250 reais assim... e ninguém acreditou, daí veio na minha cabeça ver o dinheiro no lugar que eu guardo... que estava escondido no guarda-roupa e, quando fui ver, ele tinha achado lá... tinha pego lá, já tinha gasto 100 reais, daí tomei o resto dele... outra vez, a minha tia, uma senhorinha idosa que mora sozinha... foi na casa dela um dia e pediu para ir no banheiro e tem que passar pelo quarto dela para ir ao banheiro... e ela ficou lá fora, casinha pequena... daí, depois que ele veio embora, ela sentiu falta de 100 reais dela... ele estava com celular, eu liguei para ele, ele estava no P. e ele veio embora... falei: cadê o dinheiro da tia? E ele falou: ah, não peguei nada... daí comecei a apertar ele e ele falou que tinha gastado e falei gastado como, 100 reais assim na hora... daí depois ele confessou, quer dizer, inventou... que ele tinha cagoetado os caras e os caras iam pegar ele, daí ele jurou que era verdade... daí foi o dia que eu chamei a

polícia, porque tava demais sabe... daí foi o policial e como ele menor ainda, tinha 17 anos, foi a conselheira tutelar junto... daí o policial forçou e depois me chamou no canto e falou: é tudo mentira dele, ele está devendo em biqueira...

E: O policial falou isso?

P: E se deixar ele para a rua, aí os caras matam ele...

E: E o senhor acha que é isso mesmo?

P: Ele jura que não está mexendo com droga... mas eu vou ter que seguir ele uma hora aí para ver onde ele tá indo, né?

E: Mas o senhor percebe, assim, se ele chega diferente, alguma coisa...

P: Não...

E: Ele sai à noite também ou só de dia?

P: À noite ele quer sair também, tem dia que ele sai escondido de mim... eu falo para ele que não quero que ele saia à noite que é perigoso... às vezes sai, diz que vai na esquina ali na casa de uns conhecidos nossos... mas à noite tem muito drogado... do portão de casa, aí na rua, à noite, tão tudo fumando droga... no São Mateus lá, as meninas tudo de 12, 13 anos, tudo usando droga... usam, vendem...

E: Tem muita droga lá no bairro?

P: Muita... e ele, quando fica nervoso, ele segura a cabeça e fica chacoalhando pelo cabelo...

E: E teve aquele episódio, que foi essa época aí, que o senhor chamou a polícia... e ele estava passando com o psiquiatra aqui também e até o psiquiatra encaminhou ele para internar... como que foi isso, o senhor pediu ou o psiquiatra que quis?

P: Eu que pedi para ver se dava uma melhorada porque tava demais, né...

E: E o que o senhor queria que melhorasse?

P: Ah, o comportamento dele, porque minha mãe estava de cama, mal, e eu cuidando dela...

E: Sua mãe estava doente?

P: Estava... toda hora tinha que chamar a atenção dele perto da minha mãe... era pior para ela... e a conselheira tutelar falou: veja se não consegue internar ele porque a casa de recuperação é pior ainda...

E: Casa de recuperação?

P: É na Fundação Casa... então, que seria melhor internar ele agora em clínica... e o policial falou: sorte sua que você é menor, senão eu levava você para a cadeia... tá vendo a sua vó do jeito que está e você está aprontando essa?

E: E o psiquiatra queria internar ele onde?

P: Hospital psiquiátrico...

E: E o senhor acha que teria resultado internar ele lá?

P: Ah, não sei se ia melhorar, mas ia melhorar em casa o tempo que ele estivesse fora... agora mesmo eu saio de casa e tenho que deixar minhas coisas tudo fechado com cadeado... sabe... não confio nele mais...

E: O senhor não confia?

P: Ninguém confia mais lá... porque ele tem coragem de roubar a vó, a tia... esses dias que ele sumiu e ficou 3 dias fora, ele tinha roubado a prima dele... tinha roubado o celular da prima dele. Foi se esconder em uma clínica de recuperação....

E: Como assim?

P: É... de medo do marido da prima ir pegar ele lá... foi se esconder... mentiu ainda para o pastor, falou que estava um mês na rua... e que não tinha onde dormir...

E: E por que que, no fim, ele não foi internado no hospital psiquiátrico?

P: Não conseguiram vaga...

E: E faz tempo que o João fazia tratamento com psiquiatra, ele tomava o remédio direitinho?

P: Tomava, tomava... mas tinha dia que não queria tomar... quando tava indo para a escola estava tomando, daí parou...

E: Agora não toma mais?

P: Não...

E: E o senhor, o que que achava, assim, tinha algum resultado tomando remédio?

P: Não, não fazia diferença...

E: Não?

P: Não sei se era muito fraco o remédio, mas eu não notava diferença nenhuma...

E: E ele, assim, o senhor acha que ele aceitava que ele tinha algum problema e que precisava de tratamento?

P: Não, ele nunca aceitou... ele sempre falou... eu não sou doente...

E: Eu vi que ele passava com outra psicóloga aqui também... ele vinha direitinho?

P: No começo, sim, mas vinha uma, duas vezes só e largava... e não vinha mais... agora, aqui mesmo, cada vez que ele vem aqui eu ligo aqui, para saber se ele veio mesmo... que horas ele saiu daqui ontem?

E: Era umas dez horas...

P: Ele chegou em casa quase meio-dia... é meia hora daqui, lá.

E: E o João desde criança até agora, ele tem amigos?

P: Tem uns amigos lá, mas os amigos que ele fez não é bom...

E: Por quê? Como eles são?

P: Ah... as amizades dele são com a turminha da droga lá...

E: Isso é lá no bairro?

P: [fez que sim com a cabeça].

E: E lá na escola ele tinha amigos?

P: Tinha... mas eram amigos mais de lá mesmo, dificilmente tinha um colega que ia em casa... agora mesmo, eu sempre falo para ele, quando eu tinha a sua idade, os amigos vinham tudo em casa... conheciam minha mãe, meu pai... e falo, você nunca trouxe um amigo aqui para eu conhecer?

E: Nunca trouxe?

P: Não... eu sempre falo para ele... você tem que procurar amigo que seja melhor que você e não pior... tem que ser melhor que a gente e não pior... pior que a gente fica igual, tem que saber as amizades né...

E: E o que o senhor acha que os alunos da escola, o que eles achavam do João?

P: Ah... a maioria não gostava muito dele...

E: Não gostava?

P: Ah, colocava apelido neles, né...

E: E essa questão da aprendizagem dele, os outros alunos falavam alguma coisa? Será que ele se sentia diferente por causa disso?

P: Ele queria brincar só, não queria estudar...

E: O senhor acha que ele não se importava por não conseguir aprender?

P:... não... pra ele, tanto fazia... fazia bolinha de papel e jogava nos outros, ele levantava da cadeira, professora falava com ele e não tava nem aí... ele saía e voltava na hora que queria... um dia trancou a porta, a professora tinha saído e não deixava ela entrar mais na classe... e essa lei agora né, não pode bater...

E: Por que o senhor tinha vontade de bater nele? Para ver se resolvia?

P: Na escola, no meu tempo, a professora batia... tinha que se comportar bem na minha época... se não se comportasse, levava castigo...

E: Como que o senhor era na escola na sua época?

P: Eu não era bagunceiro não... inclusive até matemática eu era o primeiro da classe, no fim estudei até a quarta série só... sai para trabalhar, para ajudar em casa...

E: E a mãe do João, como era na escola, o senhor sabe?

P: Não... conheci ela ela tinha 35 anos...

E: E ela tinha dificuldade também para aprender?

P: Não, ela era inteligente... agora ele, quando vai numa firma e tem que preencher uma ficha, ele tem dificuldade, até o psicólogo daqui uma vez falou: leva ele na guarda mirim... a conselheira tutelar também falou. Levei ele lá e pra preencher a ficha ele não conseguia escrever...

E: Mas por quê?

P: Ah, ele não sabia o que significava... o que estava escrito...

E: Mas o que o senhor acha, ele que não conseguia aprender ou ele que não se esforçava para aprender?

P: Ele não se esforçava... ele não queria...

E: E os avós, quando ele era pequeno? Cobravam dele?

P: Cobravam nada... ele vivia na rua... só ia na casa para comer e dormir... por isso que agora está dando trabalho para mim....

E: O senhor acha que tem a ver com isso também?

P: Tem né, crescido na rua...

E: A mãe também não cobrava?

P: Não...

E: Alguém ajudava ele a fazer lição?

P: Não... ultimamente minha sobrinha estuda ainda e queria ensinar ele... mas ele não queria nada...

E: Ele não quer aprender?

P: Não tem vontade... não tem interesse...

E: O senhor acha que ele tem vergonha por não saber ler e escrever direito?

P: Não, ele não liga, não tá nem aí...

E: E a escola, como que o senhor acha que a escola via o João?

P: A escola via ele como um problema lá, queriam se livrar dele o quanto antes... todo ano iam passando e ano sem saber escrever... ano passado mesmo, parou de ir antes do final de ano e passou de ano ainda... fui pegar o histórico dele lá e ele tinha passado...

E: Para o segundo ou para o terceiro?

P: Para o segundo... mas não sabe nada... como que pode? No meu tempo, se não soubesse, não passava de ano... eu mesmo quando entrei fiquei 2 anos no primeiro ano...

E: E o João, já namorou? O que o senhor acha?

P: Esses dias ele falou para nós que estava namorando, daí falou quem que era... era uma fulana lá de 40 anos... fui investigar quem era, era uma drogada de 40 anos... tem uma filha da idade dele, anda toda suja pra rua... falou que estava namorando... falei pára com isso rapaz... tanta menina bonitinha por aí e séria... mas ele só faz coisa errada...

E: Só coisa errada... o senhor não acha que ele não faz nada de bom... o que o João tem de bom?

P: De bom tem o coração só (risos)... coraçãozinho dele é bom... quando estava trabalhando, ele recebia o dinheiro dele e entregava pra mim, falava pai guarde aí...

E: Ah é, ele dava o salário todo?

P: Entregava pra mim, pra mim dar aos poucos pra ele pra ele não gastar tudo...

E: Ele sabia que ia gastar e dava o dinheiro para o senhor controlar... e ele ajudava nas coisas da casa?

P: Ajudava... uma vez só que ajudou ele deu 200 reais... um dia ele falou: pai, me dá 250 reais para eu comprar um tênis, e eu falei: nossa, 250 reais um tênis? Ele falou que tinha visto lá na loja de sapatos perto do terminal... e dei porque o dinheiro era dele mesmo né... era um sábado, ele saiu de manhã e apareceu com o tênis e eu falei: esse tênis é 250? Falou que era... falei tudo bem, o dinheiro é seu... daí minha sobrinha viu o tênis dele e falou: nossa, esse aí

custa 80 reais... eu perguntei o que fizeram com o resto do dinheiro, ele disse que um churrasco na casa do irmão... acho que pagou tudo... 170 reais?

E: E esse irmão dele?

P: O irmão dele quando soube que ele roubou o celular da prima, deu uns tapas nele... tomou o celular dele e falou que não quer ele mais lá...

E: O irmão não quer ele mais lá?

P: O irmão andou ligando esses dias pra saber dele...

E: O irmão se preocupa com ele?

P: [Faz que sim com a cabeça]. Mas, quando tem dinheiro... convida ele pra ir na casa fazer churrasco... no dia do vale, ele disse que tinha emprestado 100 reais para o irmão e eu falei seu irmão não tem vale também... o irmão ganha bem, é contador lá... eu fiz de conta que acreditei, depois mais tarde eu soube que 100 reais era que ele deu em um churrasco lá... a turma se aproveita dele quando ele tem... as pessoas se aproveitam dele...

E: E como o senhor disse que ele tem o coração bom, ele dá?

P: Dá, qualquer um tira o que ele tem... ele é muito ingênuo, qualquer pessoa dobra ele...

E: E o senhor disse que ele era um problema na escola e que a escola queria se livrar dele. E pro senhor, ele também é um problema?

P: Ah, é meu filho né... eu queria que ele melhorasse né...

E: O senhor queria que ele melhorasse como? Como o senhor queria que o João fosse?

P: Se ele me obedecesse pelo menos né... eu canso de falar por ele, no dia mesmo que ele ficou desaparecido... eu me preocupei, fiquei procurando ele por todo lado... fui até perto da escola que ele estudava... diz que sempre viam ele na rua lá... eu deixei recado pra ele lá, inclusive um andarilho lá de cadeira de roda... falou que ia repartir coberta com ele lá pra ele não saber frio à noite... aquilo me deixou mais nervoso ainda... deixei o recado: fala pra ele que se ele não aparecer em casa amanhã a polícia vai procurar ele... demorou mais umas duas horas e ele apareceu lá em casa... com fome, tudo sujo...

E: E ele vai muito ali perto da escola ainda?

P: Esses dias que ele está catando reciclagem ele passa pelo São Mateus pra ir lá... ele sempre anda por lá...

E: Será que ele queria ter continuado a estudar lá na escola?

P: Estudar ele não quer saber, ele pegou tudo material do EJA lá... para estudar e não foi... está com caderno, material tudo em casa guardado... iam dar até passe de ônibus pra ele, e a minha cunhada é diretora lá.

E: E o João respeita ela, tem medo dela? Porque falaram isso lá na escola Aprendiz...

P: Respeitava quando estava perto só, longe não... ela sempre dá conselho pra ele... ela é casada com meu irmão... inclusive, quando ele era mais novo, ela até dava presente pra ele no aniversário, natal... dava roupa pra ele... agora parece que ficou pior quando cresceu.

E: Você acha que ele foi piorando com o tempo?

P: Sei lá, acho que na cabeça dele ele acha que tem responsabilidade pra sair na hora que quiser e voltar na hora que quer, sem avisar... eu falo pra ele que enquanto estiver aqui em casa tem que obedecer eu, que ele não pode fazer o que ele quer não, se eu vejo que está errado você fazer o que quer eu não deixo fazer mesmo...

E: Em nada ele obedece o senhor?

P: Não, obedece assim... se eu falo pra ele não ir em tal lugar ele fala que não vai... mas depois some e vai. Por exemplo, eu colocava cadeado na bicicleta dele dizendo que ele não ia na casa do irmão e ele dizia: eu vou a pé então... ontem mesmo ele queria vir a pé aqui... eu falei não...

E: Mas por quê? A bicicleta é do senhor ou é dele?

P: Eu tinha dado uma bicicleta pra ele, depois que ele me roubou lá um monte me deu prejuízo, eu peguei a bicicleta de volta dele... falei que era pra compensar o prejuízo que você

deu pra mim... depois eu montei outra bicicleta pra ele, mas na hora que ele quer ir em algum lugar que eu acho que ele não deveria eu prendo a bicicleta dele... mas ele dá um jeitinho e foge e vai a pé mesmo...

E: E o senhor acha que desde criança ele é assim?

P: Ah, quando era menor ele ficava na casa da vó dele e vivia pra rua... ele foi acostumado a ficar na rua e comigo lá é diferente e ele não concorda...

E: E como ele era quando era criança e ia na casa do senhor, ele era obediente?

P: Ah era...

E: Naquela época, o senhor achava que o João tinha problema?

P: Ah... eu achava... ele nunca foi normal, né... sempre diferente das outras crianças.

E: E por que o senhor acha que ele é assim?

P: Ele não tem medo de fazer coisa errada, não tem medo de apanhar... eu falo que vou bater nele e ele faz assim mesmo... eu ameaço bater nele e ele se encolhe todo pra esperar a pancada, mas eu não bato de dó... dá vontade às vezes, mas na hora assim dá dó... eu tenho dó dele...

E: Dó dele?

P: Deus me livre, não quero que ele fique na rua, tenho medo que aconteça o pior pra ele.

E: O que seria o pior?

P: Andar com essas más companhias e uma hora ou outra... se dá mal, pra bandidagem...

E: E o senhor falou que ele nunca foi normal, sempre foi diferente... e o senhor acha que as pessoas acham isso dele também? Eu digo as escolas que estudou, os amigos...

P: Ah sim, então ele sai por ai e ele bebe também, escondido de mim... ele mente pra mim que não, mas quando ele vai na casa do irmão dele... a tia dele, irmã da mãe, conta pra mim que ele enche a cara quando vai lá... fica andando completamente bêbado, comigo lá ele não bebe nada, quando ele sai pra rua com os coleguinhas dele lá ele bebe.

E: E o senhor bebe?

P: Eu tomo uma cervejinha de fim de semana... e comigo ele não toma.

E: E o senhor sempre trabalhou consertando bicicleta?

P: Não, foi depois que minha mãe faleceu, em fevereiro... antes, eu consertava só pra mim.

E: Antes o senhor trabalhava com o quê?

P: Eu fiquei doze anos cuidando da minha mãe... ela estava acamada.

E: E vocês viviam do quê?

P: Tinha a pensão do meu pai e a aposentadoria dela... ficou um ano com a perna amputada e cega... no começo, quando nós mudamos lá em 2004, ela andava com andador ainda, depois foi se agravando mais e não ficava mais em pé, foi piorando, depois foi fazer uma cirurgia de catarata e perdeu um olho, pegou vírus e o outro olho já não enxergava bem... e nesse intervalo teve que amputar uma perna por má circulação, teve uma inflamação e fez uma ferida na perna... por último ficou na cama gritando de dor dia e noite.

E: Deve ter sido difícil pro senhor?

P: Ah, cuidar dela e se preocupar com ele... ele saía e eu não sabia onde tava e não podia ir atrás.

E: E o João como que era com sua mãe?

P: Com minha mãe era bonzinho... perto dela.

E: Ele é carinhoso?

P: É carinhoso, mas quando ele quer uma coisa, mesmo que seja errada, ele quer fazer.

E: E o senhor falou que estudou até a quarta série? Por que o senhor parou?

P: Parei porque eu precisava trabalhar, eu tinha 13 anos... eu mostro minha carteira de trabalho pra ele e mostro desde quando eu trabalho... se perguntar pra ele quem descobriu o Brasil ele não sabe.

E: E o senhor trabalhou até a sua mãe ficar doente? Do quê?

P: De pedreiro.

E: A mãe do João não trabalhava?

P: Não... ela era viúva e recebia pensão do marido morto.

E: O senhor fica preocupado com o futuro dele?

P: Ah, eu fico, né... se está comigo lá eu sei o que está acontecendo com ele, agora se sai perto de mim eu não sei, porque pela cabecinha dele se um bandido convidar ele pra fazer um roubo ele vai.

E: O senhor acha que ele não consegue falar não, de saber que vai ser mal pra ele?

P: Qualquer um convence ele, é que nem criança...

E: E quando ele era menor, ele tinha grupo de amigos?

P: Tem um menino que até hoje ele pergunta do João, esse não é da bandidagem... ele andava sempre de bicicleta com ele.

E: Mas ele não encontra mais esse amigo?

P: Agora não, ele mudou as amizades dele, ué.

E: E quando que ele mudou as amizades dele?

P: Faz tempo já, agora que eu fiquei sabendo... no São Mateus todo mundo conhece ele lá da rua...

E: Ele é conhecido?

P: [faz que sim com a cabeça].

E: Ele tem algum apelido?

P: Apelidaram ele de Cilão...

E: Por quê?

P: De vacilão... se perguntar por João ninguém conhece, agora se perguntar por Cilão, todo mundo sabe.

E: E ele gosta de fazer palhaçada, graça pros outros?

P: Gosta... quando eu tô na lá na garagem na minha oficina de bicicleta e ele lá na frente, passa alguém lá na rua e grita: oh, Cilão...

E: E ele gosta?

P: Ele fala que nem conhece... mas como não conhece?

E: Porque o senhor acha que ele é tão conhecido assim? Ele anda muito por lá?

P: Anda com a turminha lá, se mistura...

E: Então ele faz amizade fácil?

P: Faz... conversa com todo mundo... ontem à noite mesmo ele pediu pra fazer uma ligação no celular, eu perguntei pra onde: e ele falou que pra um conhecido dele, dai falei pode ligar... ele tava conversando com um rapaz do posto perto da M., um motorista de caminhão... ele estava pedindo duas rodas velhas de caminhão pro cara, dai eu falei: ô filho, que é isso?

E: E o que ele quer fazer com isso?

P: É de ferro né... então, vender... daí ele falou: então dá uma só, não sei o que o rapaz falou pra ele... acho que o rapaz falou não, daí ele: tá bom então... falei para com isso rapaz, isso não dá futuro...

E: O que o senhor queria que ele fizesse?

P: Ah, que ele entrasse em uma firma... melhor né...

E: Ele não quer mais? Ou ele não está achando? Ele está procurando emprego?

P: Ah, ele fala que mandou currículo em um monte de lugar, mas eu não acredito...

E: O senhor não acredita em nada que ele fala?

P: Nada... nada.

E: Mas antes o senhor acreditava?

P: Em alguma coisa, agora não acredito em nada...

E: Mas a relação de vocês dois deve ficar ruim então por causa disso?

P: Não, normal... a gente conversa... mas quando ele sai em algum lugar e vem contar alguma coisa, eu falo: ah, não acredito. E falo na cara dele: por que você está mentindo pra mim?

E: E por que será que ele mente? Ele tem medo do senhor? O que será que é?

P: Eu falo pra ele que ele gosta de provocar eu, deixar eu nervoso, fica contando mentira pra mim.

E: Ele gosta de provocar?

P: Sim...

E: Ele falou que tem um apelido também, não sei de que turma... de ET...

P: Ah, é um conhecido nosso lá perto de casa que apelidou ele assim... ele gosta dá risada, esses dias fui procurar ele lá e falei: o João está aí? Eles falaram: João? Aí um cara falou: ah, o ET o ETzinho? Ah, falei, mais essa ainda?

E: Porque será que chamam ele assim?

P: Sei lá...

E: E cilão, ele é vacilão?

P: Sei lá, foi gíria dos maloqueiros lá... ontem mesmo foi um moleque que mora bem em frente da minha casa com o pneu cortado, a polícia cortou... moleque menor, falei... sorte que não levaram preso ainda... pegou com droga lá... antes tinha ido um outro menino lá que disse sorte que não cortaram, só murcharam o pneu da bicicleta lá, pegou com droga também.

E: E o João nunca foi pego?

P: Ele tem medo de polícia, disse que já deram geral nele... por que será? Por causa das companhias dele né... um dia viram ele perto da quadra do P.com a turminha dele, que vende droga.

E: E como o senhor fica sabendo dessas coisas?

P: Algum conhecido meu que passa e vê ele e me conta que viu ele em tal lugar... [silêncio]. Uns tempos atrás mataram um por causa de droga... perto de casa, andava roubando as vizinhanças lá, a turma desconfia que a polícia mesmo que matou... quase toda noite a gente escuta sirene de polícia lá no São Mateus...

E: E o João na escola sempre fez reforço?

P: Era pra fazer, mas ele ia uma, duas vezes e não ia mais... ele faltava...

E: E da aula ele faltava muito?

P: Ia, não faltava, mas não fazia lição de casa, falava que não tinha, nunca fez... eu cobrava, mas insistia que não tinha...

E: Ele nunca fez atividade fora da escola?

P: Não...

E: Nem esporte nenhum?

P: Não... só andar de bicicleta né, se deixar fica dia e noite andando, ele sai de bicicleta e volta tudo tarde.

E: E tem alguém da família da mãe que ele tem contato ainda?

P: Tem, mas não querem que ele vá lá. Tem a tia dele, essa que ele roubou o celular da prima, que é casada e mora no J.... ele foi lá, passou sábado o dia todo lá e na hora de ir embora levou o celular dela... eu falo pra ele me pedir quando quiser as coisas... falo: uma hora você encontra um que não está nem ai com você.

E: O senhor acha que nem a família quer ele?

P: Ah do jeito que tá... não...

E: E o senhor quer?

P: Eu quero que ele fique comigo, mas queria que ele melhorasse, que me obedecesse pelo menos...

E: Obedecesse no quê? Como?

P: Que não ficasse saindo com a bandidagem por aí e que arrumasse um servicinho numa firma por aí e ficasse sossegadinho... no supermercado trabalhou 3 dias só e dispensaram ele, começou a colocar mercadoria no lugar errado pra dispensarem ele...

E: O senhor acha que ele fez de propósito?

P: É difícil ler o que está no rótulo e colocar lá? Misturava tudo... que serviço era melhor que esse?

E: E o senhor acha que ele precisa de tratamento ainda?

P: Ele acha que não, mas eu sei lá... não sei dizer... um dia ou outro ele vai ter que melhorar... pior do que tá não é possível ficar... pode ser que piore se ele me enfrentasse também, mas ele não enfrenta... na minha frente não, depois ele vai lá e faz... ele fica resmungando, mas não enfrenta. Quando eu chamo atenção dele, minha irmã também o repreende... ele sai reclamando pra rua, mas não enfrenta...

E: Agressivo ele nunca foi, nem na escola?

P: Não, só de brincadeira... agora se chegar lá ele tá dormindo.

E: Ele dorme até tarde?

P: Se deixar, ele dorme até meio-dia... ele dorme cedo, umas 22hs... lá é muito frio, não dá pra sair à noite não... apesar que à noite eu não deixo ele sair mesmo... às vezes ele obedece e fica em casa...

E: Quando sai ele volta tarde?

P: Esses dias voltou umas 22hs... porque umas 22hs colocamos cadeado no portão... na frente mora minha irmã e atrás eu... e ele pula o muro pra não chamar a gente... falo que não pode e ele diz que estava na casa de fulano...

E: E as pessoas do bairro gostam dele?

P: As pessoas não comentam, sei lá.

E: Ele tem uma irmã também, ele tem contato com ela?

P: Não... ele não vai na casa dela... a casa dela é até mais perto...

E: E o senhor tem outros filhos?

P: Não... o irmão dele bebe, fuma...

E: Cigarro?

P: Diz que é só cigarro... o irmão dele eu ouvi dizer que usa droga também... por isso eu desconfio dele... ele é próximo do irmão, se falar mal dele, ele fica bem bravo... um cara disse que o João estava fumando alguma coisa atrás do muro... e o cara disse que o irmão usa droga também... acho que foi o irmão que ensinou...

E: Que mais o senhor tem pra contar do João?

P: Um dia ele foi pousar na casa do irmão dele... sempre sábado ele vai lá, pra encher a cara, né... ficam até tarde da noite bebendo... a ultima vez que ele foi, ele chegou 7hs da manhã... disse que o irmão tinha brigado com a mulher, que tinham quebrado uma garrafa na cabeça dela e a policia apareceu lá... falou que ela estava caída lá cheia de sangue... era tudo mentira... passou o dia, falei pra ele ligar lá e saber da cunhada dele... ele ligou lá e o irmão falou que ele estava discutindo de brincadeira... e não tinha acontecido nada, falei que ia contar pro irmão dele que ele tinha inventado... ele disse que se o pai contasse ele ia embora, ia pra rua... pai falou pra onde você vai, ele fala que pra rua... e o pai brinca que está frio na rua...

E: Mas o senhor acha que ele fala de verdade ou não?

P: Acho que pra me deixar preocupado... ele fica nervoso na hora, depois ele vem e pede desculpa.

E: O senhor conversa pra ele voltar pra escola, pro EJA?

P: Converso... ele pegou material, minha cunhada disse que ajuda... mas se na escola não estuda, imagina em casa...

E: E o futuro dele, o que o senhor acha que vai ser?

P: O futuro dele está começando... catar reciclagem, uma pessoa que não sabe nem escrever o nome quase...

E: Mais alguma coisa?

P: Acho que não...

9.3 Apêndice C

Diário de campo da visita à escola, encontro com a Professora Mediadora – Jussara.

Fui até à escola de João para conversar com a Professora, aquela que tinha dito que ele era ‘inconveniente’. Parei no estacionamento, desci do carro e, quando fui em direção à secretaria, vejo João de bicicleta, ali no estacionamento e olhando para dentro das salas. Havia grades nas janelas que dificultavam sua visão. Chamei-o e cumprimentei-o e logo ele soltou: O que você está fazendo aqui? Com uma cara de assustado e não entendendo. Depois de alguns segundos, ele logo emendou: ah, já sei... você veio ver aqueles relatórios sobre mim aqui, né? É, você tinha me falado que viria na escola. Concordei que era esse o objetivo de eu estar ali. Perguntei o que ele estava fazendo ali no estacionamento da escola e ele me disse que sempre vinha ver as meninas, que ele tem umas ‘minas’ ali. Eu questionei se ele conseguia ver as meninas lá dentro com essas grades. Daí ele falou que mais ou menos e acrescentou: Parece prisão essas grades, né? Quando eu estudava aí, parecia que estávamos presos. Eu pensei comigo, é verdade, João! Despedi-me e falei que precisava entrar.

Na entrada, me apresentei e foram chamar a Professora Jussara. Percebo já de cara várias grades, nas janelas, nas portas. Estava na hora do intervalo na escola e havia muito barulho vindo do pátio. A professora Jussara veio me receber e me levou até uma sala na direção. A diretora e a coordenadora vieram me cumprimentar e explicaram que haviam acabado de se mudar para essa escola e que por isso não sabiam me informar sobre João. Sentei-me, portanto, com a professora Jussara, ela foi buscar a pasta de ocorrências e os relatórios do ano passado que havia separado.

Falou-me novamente sobre ele ser ‘inconveniente’, repetiu esse termo diversas vezes. Acrescenta que acredita que ele é impulsivo e não tem noção das consequências do que ele dizia. Falava tudo o que queria, se era chato ou não. Era sexualizado. Questiono para ela o que era sexualizado para a escola e ela me fala: ele chamava a inspetora de gostosa, mexia com as meninas, passava a mão na bunda delas, mas refere que isso ele tinha melhorado, ele levava vídeos pornográficos e assistia e mostrava para outros alunos.

Falou-me que ele não era bem-vindo na escola pelos alunos e logo já me mostrou relatórios de outros alunos reclamando sobre o comportamento de João.

Diz que os professores acreditam que ele estava envolvido em drogas. Aparecia com isqueiro, bebida, caco de vidro. Ele fazia acompanhamento com a professora da sala de Itinerância – psicopedagoga que atendia casos de DI. Mas ele faltava muito. Diz que João é muito difícil.

Ele tinha uma tia que é coordenadora de outra escola. Ela era uma autoridade para ele. Jussara fala que o pai não o incentivava, dizia que ele não prestava para nada. Ficou 2 dias como repositor trabalhando em um supermercado e foi mandado embora. Pai dizia que depois de completar 18 anos ele ia embora, ia cuidar da sua vida e João que se virasse.

Ela me mostrou o livro de ocorrências, os relatórios e todas as anotações. Ia lendo comigo e falava: viu, te falei! Nossa, realmente ele era difícil! Ele era inconveniente demais!

Jussara foi muito atenciosa e acessível, conseguiu tirar as cópias de todos os relatórios e ocorrências na própria escola. Em vários momentos, nós éramos interrompidas, e percebe-se que Jussara é bem próxima dos alunos.

Jussara diz que ele ficava muito na rua. Antes, ele não queria saber de estudar e trabalhar. Ele queria vir para a escola, gostava, depois não aguentava e pedia para ir embora. Ficava feliz de ter irritado os colegas. A classe o excluía, ele fazia isso com a sala.

Refere que tinha dias que ele pedia para ir embora, ele ia e continuava rondando ao redor da escola. Perguntei por que ela achava que ele ficava ao redor da escola e ela disse: ai, acho que para irritar, ou não sei, será que ele não tinha para onde ir e gostava daqui, só não gostava de estudar?

Acreditava que ele tinha dificuldade para aprender, os professores reclamavam muito disso.

Ele andava muito de bicicleta, sempre estava na rua andando.

Tinha as paqueras dele, já namorou.

Ele se abria muito com a professora da sala de itinerância, acho que com ela ele se abria e dava para perceber que ele gostava dela mesmo.

Jussara trouxe as cópias e fui percebendo que ela estava bem ocupada, agradei imensamente por sua atenção e ela se colocou disponível a me oferecer mais informações caso eu necessitasse.

Na saída, o encontrei novamente ali. Falei: você está aqui ainda? Não disse que ia catar latinha (ele havia me dito isso antes)? Ele falou: é agora que as meninas saem! Então entendi o porquê de ainda estar ali e me despedi novamente. Fui saindo com o carro e coincidiu com o sinal de saída da escola. Havia muitos alunos saindo e andando na rua, e fiquei ali esperando abrir um espaço para eu passar com o carro. João pegou sua bicicleta, saiu pela frente do meu carro e gritou: sai gente, deixa ela passar! Então, abriu um bom espaço para eu passar com o carro. E logo fui atrás dele, ele de bicicleta sinalizando e gritando e eu ali atrás com o carro. E conseguimos sair do meio da multidão. Agradei o João, ele fez um jóia com a mão e fui embora.