

IV CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO:

Desafios Contemporâneos das
Sociedades Ibero-Americanas

De 23 a 27 de agosto de 2021

EVENTO ONLINE

ANAIIS DO EVENTO

Realização



PROACAD
Pró-Reitoria
Acadêmica

Apoiadores



Comissão Organizadora

Profª Dra. Giani Rabelo	Presidenta da Comissão Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves	Vice-presidente da Comissão Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Me. Marcelo Feldhaus	Diretor de Ensino de Graduação Representante da Pró-Reitoria Acadêmica Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Profª. Dra. Birgit Harter-Marques	Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais - PPGCA Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Carlos Renato Carola	Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Profª. Dra. Aurélia Regina de Souza Honorato	Coordenadora do Curso de Artes Visuais Representante dos cursos de Licenciatura Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Me. Bruno Dandolini Colombo	Curso de Educação Física Representante dos cursos de Licenciatura Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Profª. Dra. Cibele Beirith Figueiredo Freitas	Coordenadora Adjunta do curso de Letras Representante dos cursos de Licenciatura Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Jeferson Luis Azeredo	Comissão de Divulgação Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Lucene Cândido Magnus	Representante discente do curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Vanessa Marcos Medeiros	Representante do Conselho Editorial Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Rafaela Ribeiro Pereira	Representante da Diretoria de Ensino de Graduação Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Comissão Científica

Profª Dra. Giani Rabelo	Presidenta da Comissão Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves	Vice-presidente da Comissão Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Profª. Dra. Birgit Harter-Marques	Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais - PPGCA Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Profª. Dra. Graziela Fátima Giacomazzo	Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Antonio Fernando Silveira Guerra	Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI
Profª. Dra. Maria Teresa Santos Cunha	Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC
Prof. Dr. José Antonio Mateo	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Universidad Nacional de Entre Ríos - UNER (Argentina)
Profª. Dra. Ana Paula Vosne Martins	Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Profª. Dra. Silvia Maria de Favero Arend	Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Profª. Dra. Amalia Morales Villena	Universidad de Granada - Espanha
Profª. Dra. Maria Stephanou	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Profª. Dra. Denise Balarine Cavalheiro Leite	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Profª. Dra. Ana Sabrina Mora	Universidad Nacional La Plata - UNLP (CONICET) - Argentina
Profa. Dra. Patrícia Ferraz de Matos	Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Miguel Anxo Santos Rego	Universidade de Santiago de Compostela - Espanha
Prof. Dr. Agustín Escolano Benito	Centro Internacional de la Cultura Escolar (CEINCE) - Espanha
Prof. Dr. Alex Sander da Silva	Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Prof. Dr. Christian Muleka Mwewa	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
Prof. Dr. António Gomes Ferreira	Universidade de Coimbra - Portugal
Profª Dra. Patricia Paola Ames Ramello	Pontificia Universidad Católica del Perú - Peru
Profª Dra. Maria Luiza Rico Gómez	Instituto Universitário de Estudos Sociais da América Latina Universidade de Alicante - Espanha
Profª Dra. Maria João Mogarro	Instituto de Educação Universidade de Lisboa - Portugal

Grupos de Trabalho

Giani Rabelo e Ismael Gonçalves Alves

Finanças

Amalhene Baesso Reddig, Aurélia Regina de Souza Honorato e Maxuel Sander Flor

Cultura

Birgit Harter Marques e Matheus Zimmermann

Monitoria

Caroline Bortot, Jeferson Luis de Azeredo e Lucas Damásio

Comunicação e Divulgação

Lucene Cândido Magnus e Rafaela Ribeiro Pereira

Secretaria Geral

Leila Laís Gonçalves, Paulo Martins e Wender Firmino

Tecnologia

Carlos Renato Carola e Cibele Beirith Figueiredo Freitas

Apresentações de Pôsteres

Secretaria

Rafaela Ribeiro Pereira

Secretária da Diretoria de Ensino de Graduação
Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

Diagramação

Victor Burato

Designer

Realização



PROACAD
Pró-Reitoria
Acadêmica

Apoiadores



GT02

A patologização da vida em diversos contextos

SUMÁRIO

CLIQUE E SEJA DIRECIONADA/O PARA O TRABALHO

- 8 A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA NA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL DE VIGOTSKI**
- 16 A CRIAÇÃO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE NATUREZA: SOBRE A PRODUTIVIDADE DO BIOPODER**
Thaís Presa Martins
Nádia Geisa Silveira de Souza
- 29 A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO**
Adriane dos Santos Silva Soltau
- 37 A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA**
Luiz Philipe Geremias Benincá
Janine Moreira
- 46 A PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO NO PROCESSO DE LUTO**
Maria Aparecida de Assis Gaudereto Mautoni
Janine Moreira
- 58 DESMEDICALIZAÇÃO: O PAPEL DAS MEDICINAS "OUTRAS"**
Andréia Gimenes Amaro
Viviane Kraieski de Assunção
- 68 O DIAGNÓSTICO NO AMBIENTE ESCOLAR**
Márcia Dal Toé Nazário Bardini
Janine Moreira

78 **UM ENSAIO SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA**

Sandra Aparecida de Bem Stefanés
Janine Moreira

90 **VELHA SIM, DOENTE NÃO: A DESPATOLOGIZAÇÃO DA VELHICE FEMININA EM NARRATIVAS ÔRAIS DA MATINTAPERERA**

Andressa de Jesus Araújo Ramos
Maria do Perpétuo Socorro Galvão Simões





A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA NA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL DE VIGOTSKI

Zélia Medeiros Silveira¹

Resumo: A deficiência, assim como as pessoas com deficiência foram historicamente estigmatizadas e excluídas do meio social, algumas vezes por serem “demonizadas” e outras por serem capturadas pelos modelos de normalidade impostos socialmente. Ademais, a forma de compreender a deficiência esteve e ainda está fortemente vinculada ao modelo médico que a percebe como fratura e impossibilidade. Diferente do modelo tradicional o modelo social, ao qual se insere os estudos realizados por Vigotski, pesquisador da psicologia histórico-cultural vê na deficiência seus aspectos possibilitadores enfatizando a ideia de compensação. Desse modo, esse ensaio busca tecer algumas considerações sobre a forma de conceber a deficiência da psicologia histórico-cultural de Vigotski, distanciando-a do modelo médico tradicional e apontando a necessidade da compensação.

Palavras-chave: Deficiência. Modelo médico e social. Psicologia histórico-cultural. Compensação.

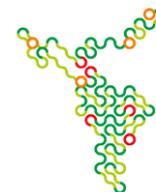
Abstract: Disability, like people with disabilities, has historically been stigmatized and excluded from the social environment, sometimes because they are “demonized” and sometimes because they are captured by socially imposed models of normality. In addition, the way of understanding disability was and still is strongly linked to the medical model that perceives it as a fracture and impossibility. Different from the traditional model, the social model, to which the studies carried out by Vigotski, a researcher of historical-cultural psychology, sees disability as its enabling aspects, emphasizing the idea of compensation. In this way, this essay seeks to make some considerations on how to conceive the deficiency of Vigotski's historical-cultural psychology, distancing it from the traditional medical model and pointing out the need for compensation.

Key words: Deficiency. Medical and social model. Historical-cultural psychology. Compensation.

INTRODUÇÃO

A homogeneização e padronização de costumes, crenças e atitudes é cada vez mais incentivada no mundo contemporâneo. Por isso, aqueles que não correspondem as expectativa do que é considerado “normal”, são levados se “enquadrar” aos modelos sociais, para serem aceitos na sociedade. Para as pessoas com deficiência essa situação é muito mais agravante. Em muitas culturas, amparada pelo modelo médico, a deficiência é compreendida como uma fratura, algo que precisa ser corrigido. Em contrapartida a essa ideia, o modelo social compreende na deficiência seus aspectos possibilitadores, fazendo à crítica aos estigmas construídos sobre o “normal” e o “patológico”.

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)



Tendo como base o modelo social, a psicologia histórico-cultural de Vigotski, (1997) compreende a deficiência como possibilitadora na construção de novos saberes, que se tornam possíveis a partir da interação com o outro e com os recursos disponíveis no meio social. Desse modo, enfatiza a ideia de compensação, ao pontuar que entende que os órgãos da pessoa com deficiência realizam esforços para suprir o seu déficit. No entanto, para o autor, a compensação não é apenas biológica, pois depende do meio social que poderá impulsionar ou não a compensação do sujeito. Por essas razões, o presente trabalho busca discutir a concepção de deficiência da psicologia histórico-cultural de Vigotski, apontando seus distanciamentos em relação as concepções tradicionais.

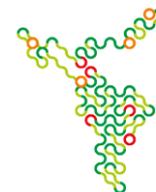
A CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA NOS MODELO MÉDICO E SOCIAL

A luta das pessoas com deficiência para ocuparem seu espaço social não é recente, pois, esses sujeitos, historicamente foram considerados como incapazes de corresponder aos padrões sociais impostos pela hegemonia dominante. Na idade antiga, de acordo com Aranha (2001), os nobres detinham o poder e, as pessoas com deficiência, não eram consideradas como seres humanos, permitido o seu extermínio e abandono pelas suas famílias.

Já na idade média, segundo Aranha (2001), além dos nobres, surge uma nova classe detentora de poder, o clero, e as pessoas com deficiência passaram a ser objetos de caridade. Nesse período, muitos estavam insatisfeitos com as exigências e o abuso de poder da Igreja. A fim de se proteger, o clero passa a realizar a caça e exterminação das pessoas consideradas “endemoniadas”, torturando as pessoas com deficiência ou com transtornos mentais.

Com a Revolução Burguesa, no século XVI, ocorre a queda das monarquias e do poder da Igreja. Nesse período, a deficiência passa a ser objeto de ação da medicina, surgindo o primeiro Hospital Psiquiátrico para o confinamento das pessoas que não se enquadravam no modelo de normalidade propagado socialmente. (ARANHA, 2001).

A partir desse momento, a deficiência passa a ser encarada pelo modelo médico, sendo considerada como impedimento, “defeito” que precisa ser suprido através de próteses e outros instrumentos que possam fazer com que a pessoa com deficiência se aproxime cada vez mais das “normais”. Desse modo, a deficiência é estigmatizada e, segundo Magalhães e Cardoso (2010, p.12) um sujeito estigmatizado é aquele visto como “defeituoso, fraco ou em situação de desvantagem em relação aos demais”.



Esse modelo, segundo Fletcher (1996; *apud* SASSAKI, 1997a), considera a deficiência como um “problema” do sujeito, tendo o mesmo que se adaptar a sociedade em que vive ou ser ajudado por profissionais para se ajustar o máximo possível da normalidade. Sasaki (1997b) acrescenta que a deficiência é percebida no modelo médico como algo que precisa ser “curada”, habilitada, ou seja, a deficiência precisa ser “modificada” para se adequar às condições sociais existentes. Ainda, segundo Sasaki (1997a, p. 29), esse modelo contribui para que a sociedade resista em aceitar que é responsável pelas mudanças estruturais e atitudinais para que ocorra a inclusão das pessoas com deficiência, possibilitando que o próprio sujeito busque seu “desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional”.

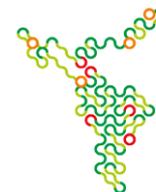
Com o avanço do capitalismo põe-se a margem aqueles que são diferentes do padrão das pessoas consideradas “produtivas”, pois, aqueles que possuem uma lesão são classificados como inaptos para a força de trabalho. (PICCOLO; MENDES, 2013). Desse modo, o foco deixa de ser o sujeito e passa a ser a doença ou deficiência, ignorando-se a individualidade e a subjetividade e o ser humano como sujeito social e interativo. Desse modo, negam-se as diferenças e incentiva-se a busca pela “cura”, pelo sujeito “normal”. Nessa lógica, as diferenças são vistas como negativas, sendo necessário a pessoa com deficiência se adaptar as condições postas socialmente e não ao contrário.

Contrariando essa concepção organicista, surge o modelo social da deficiência que, segundo Sasaki (1997a) aponta a responsabilidade da sociedade com o desenvolvimento pleno da pessoa com deficiência, visto que o meio social pode tanto impulsionar, quanto dificultar o desenvolvimento do sujeito através de ambientes restritivos, atitudes discriminatórias e preconceituosas, padrões inalcançáveis, instrumentos inacessíveis, desinformação, etc.. Acrescenta ainda que é dever da sociedade:

[...] eliminar todas as barreiras arquitetônicas, programáticas, metodológicas, instrumentais, comunicacionais e atitudinais para que as pessoas com deficiência possam ter acesso aos serviços, lugares, informações e bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional (1997a, p. 45).

Desse modo, o principal desafio é organização das estrutura sociais, pois a deficiência não um “problema” individual mas social. Assim, as dificuldades da pessoa com deficiência em interagir socialmente são advindas da incapacidade de adaptação da sociedade às diferenças.

Embasado no modelo social, Vigotski, teórico fundador da Psicologia histórico-cultural, realizou estudos sobre a defectologia e seus desdobramentos. Segundo Vigotski (1997), se por um lado a deficiência “enfraquece o organismo, mina suas atividades” (p.233), por outro, “age



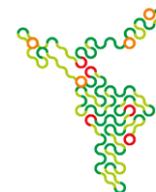
como um incentivo para aumentar o desenvolvimento de outras funções no organismo; ela ativa, desperta o organismo para redobrar atividades” (p.233), as quais compensarão o defeito e superarão a dificuldade

A CONCPÇÃO DE DEFICIENCIA PARA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL DE VIGOTSKI

Antes de adentrar nos estudos realizados por Vigotski sobre a deficiência, é importante destacar alguns elementos de sua história e de suas pesquisas para contextualizar as discussão aqui realizadas. Vigotski foi considerado como o mais importante dos estudiosos da Psicologia Histórico-cultural, teoria esta que investigava o sujeito em seu contexto, buscando compreender o psiquismo por meio da sua interação. De acordo com Linhares (2013), Vigotski baseou-se na epistemologia de Marx para estruturar uma nova Psicologia, a fim de compreender o desenvolvimento da psique do ser humano partir de sua interação com a cultura.

Segundo Vigotski (2000), para atuar no mundo, o ser humano utiliza instrumentos físicos (ferramentas) e instrumentos psicológicos (signos), sendo que os primeiros são utilizadas para modificar a natureza e são externos ao sujeito; o segundo (signo) é interno, sendo responsável pelo controle da atividade psicológica. Assim, “a utilização de ferramentas modifica a atividade natural dos órgãos e expande o sistema de atividade das funções psíquicas”, chamando a esse conjunto de “função psíquica superior” (VIGOTSKI, 2000, p. 95). Logo, podemos compreender que o ser humano nasce com funções psíquicas elementares (reflexos, memória involuntária, etc..) e a partir de suas relações sociais e o uso das ferramentas e dos signos, desenvolve as funções psíquicas superiores (pensamento, memória voluntária, raciocino lógico, etc.). Por isso a relação do ser humano com o mundo deixa de ser direta para ser fundamentalmente uma ação mediada.

De acordo com Vigotski (2001), na antiga Psicologia, mede-se o nível de desenvolvimento cognitivo a partir do que a criança consegue realizar sozinha, sem ajuda de outras pessoas. É possível conhecer, assim, aquilo que a criança consegue realizar no momento, aquilo que nela já amadureceu. Este é o nível de desenvolvimento atual/real. Porém, para o autor, o nível de desenvolvimento não pode ser determinado apenas por aquilo que já se encontra maduro na criança. É preciso que sejam levadas em consideração aquelas funções que estão em processo de maturação. A essas zonas em processo, Vigotski identificou como zona de desenvolvimento proximal ou seja “o



nível que a criança alcança ao resolver as tarefas não por sua conta, mas em colaboração [...] a zona de desenvolvimento proximal tem um valor mais direto para a dinâmica da sua evolução intelectual e para o êxito na instrução do nível atual de seu desenvolvimento” (2001, p. 239). Desse modo, como dito por Vigotski “o que a criança é capaz de fazer hoje em colaboração, será capaz de fazer amanhã por si mesma” (2001, p. 241). Por isso, a instrução só é válida quando precede atua na zona de desenvolvimento proximal, possibilitando o despertar das funções que ainda não estão em vias de amadurecimento. Pode-se perceber que através da mediação dos adultos ou pessoas mais experientes, a criança torna-se de capaz desenvolver atividades que ainda não teria condição de realizar por si mesma.

Esses pressupostos devem ser considerados ao se tratar da educação da pessoas com deficiência, pois, segundo Vigotski (2001), a criança com deficiência não se desenvolve menos, mas de uma forma diferente. A tese central da defectologia Vigotski (2001), se sustenta no seguinte princípio: “todo defeito cria os estímulos para elaborar uma compensação [...] (VIGOTSKI, 1997, p. 14), assim como para a medicina moderna o importante não é a doença e sim o doente, para a defectologia o objeto não constitui-se na deficiência em si, mas a pessoa com deficiência.

O termo “compensação”, utilizado por Vigotski (1997) corresponde ao esforço que os órgãos do sujeito realizam juntos para suprir o defeito de um órgão. Esse termo já foi utilizado anteriormente por Alfred Adler que acreditava na compensação como é um processo natural e biológico, que ocorre a todas as pessoas com deficiência. Já para Vigotski, a compensação só poderá ocorrer pela mediação do contexto cultural:

O olho e o ouvido do ser humano não são somente seus órgãos físicos, mas também órgãos sociais, porque entre o mundo e o homem está [...] o meio social que reflete e orienta tudo que parte do homem para o mundo e do mundo parte para o homem [...] a ausência da vista ou ouvido implica, antes de tudo, na perda das mais importantes funções sociais, degeneração dos vínculos sociais e o deslocamento de todos os sistemas de conduta (VIGOTSKI, 1997, p. 74)

Vigotski (1997) pronuncia que há uma crença de que, a partir de um processo natural e biológico, a deficiência de um órgão dos sentidos traria um aguçamento de outro órgão do sentido para compensar, assim, por exemplo, o cego deve possuir o tato extremamente desenvolvido. O autor se manifesta contra essa forma biologicista de compreender a compensação, pois, o tato de um cego pode ser extremamente desenvolvido não por fatores biológicos, mas sim, funcionais, ou seja, devido a experiência e uso contínuo do tato, criando vínculos com o ambiente.



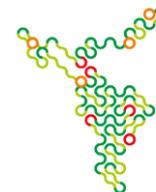
Desse modo, “a cegueira e a surdez não significam outra coisa senão a ausência de uma das vias para a formação de vínculos condicionados com o meio” (VIGOTSKI, 1997, p. 76). Pode-se compreender que a ausência dessa via não impossibilita que outras vias possam ser utilizadas na formação de vínculo, ou seja, a pessoa com deficiência se relacionará de forma diferente com o mundo, porém é capaz de desenvolver tanto quanto a pessoa sem deficiência, mas por outros meios. Além disso, segundo Vigotski (1997), o fato do cego não enxergar, não traz sofrimento direto a esse sujeito. A ausência da visão é secundária e indireta, como consequência das vivências sociais. Com isso, é possível dizer que uma deficiência é percebida pelo sujeito como um “problema”, quando meio social produz uma concepção de normalidade e, em função dela, segrega quem não se aproxima desse padrão. Contudo, é possível questionar: quem são as pessoas consideradas normais? Quem cria os padrões de normalidade? Podemos ser “normais”? Como dito por Skliar (2015, p. 120) “la normalidad no es nada, ni es nadie el normal”. Dito de outro modo, o que nos torna iguais, são as nossas diferenças.

Portanto, para a psicologia histórico-cultural, a deficiência não gera dificuldades ao sujeito por questões biológicas, mas sociais, na forma de interação com o mundo e com outras pessoas. Assim, a compensação “não valoriza o sofrimento, mas sim a superação. Não renuncia o defeito, mas rebela-se contra ele, não a debilidade em si, mas os impulsos e fonte energia que os envolve” (VIGOTSKI, 1997, p. 49).

Vale ressaltar que, como também foi dito por Vigotski, é preciso que o sujeito seja compreendido em sua particularidade, pois o ser humano não possuem estruturas fixas, são seres em transformação e dependem os meio social para impulsionar os processos de compensação.

Como visto até aqui, Vigotski almejava um sistema de educação que não enxergasse no sujeito a deficiência, “o cego seguirá sendo cego e o surdo, surdo, mas deixarão de ser deficientes porque o defeito é um conceito social [...] a cegueira em si não faz da criança deficiente [...] é um sinal da diferença entre sua conduta e a conduta dos outros” (VIGOTSKI, 1997, p. 82). Portanto, para o autor, a deficiência nada mais é do que uma forma diferente de se desenvolver, de conhecer e interagir com o mundo.

CONCLUSÃO



Historicamente temos convivido com duas formas de compreender a deficiência: uma pelo olhar do modelo médico e outra pelo modelo social. Enquanto o primeiro considera a deficiência como um problema a ser eliminado, corrigido e normalizado, o segundo vê como possibilidade concreta de efetivação da cidadania, visto que todos os sujeitos são capazes de se constituírem, mesmo que de modo diferente.

Nesse estudo trouxemos para o debate a psicologia histórico cultural de Vigotski que, comungando do modelo social vê a deficiência como propulsora de novas relações sociais que podem ser estabelecidas pela compensação, enfatizando que a lesão orgânica pode ser, justamente, o lugar da produção de novas possibilidades: “aquilo que não me derruba, me fortalece”.

Essa forma de pensar ressignifica o papel da educação e, sobretudo a função da escola. Por muito tempo a pessoa com deficiência foi excluída dos bancos escolares e desconsiderada em suas capacidades. Considerada como incapaz, foi vítima de modelos educativos que priorizavam o treinamento de habilidades, como se as mesmas pudessem ser “adestradas” para conviverem harmonicamente de acordo com os padrões estabelecidos no meio social. À pessoa com deficiência foi designado um papel de passividade, em relação as decisões: são os outros que falam por ela, decidem por ela, sentem por ela.

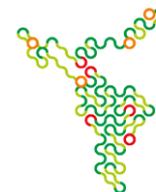
É urgente que a concepção de educação inclusiva seja discutida neste cenário, apontando a necessidade da ressignificação das práticas sociais estabelecidas, as concepções que permeiam as ações educativas propostas tanto nos documentos legais quanto nas orientações pedagógicas presentes nos discursos e documentos educativos. A deficiência não pode ser considerada apenas como sinônimo de diversidade, mas de diferença. Diferença essa que não deve apenas ser respeitada, mas acima de tudo, valorizada e referenciada como condição essencial do humano que está em nós.

REFERÊNCIAS

ARANHA, Maria Salete. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, n. 21 março de 2001. p.160-173

LINHARES, Renata. **A contribuição da Psicologia Histórico-Cultural de Vigotski para a formação de professores e educação escolar**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

MAGALHÃES, Rita de Cássia Barbosa Paiva; CARDOSO, Ana Paula Lima Barbosa. A pessoa com deficiência e a crise das identidades na contemporaneidade. **Caderno de Pesquisa** [online], v. 40, n.



139, p. 45-61, jan.-abr. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a03.pdf>>. Acesso em: 12 de set. de 2019.

PICCOLO, Gustavo Martins; MENDES, Enicéia Gonçalves. Contribuições a um pensar sociológico sobre a deficiência. **Educ. Soc.**, Campinas, v.32, n. 123, p. 459-475, abr.-jun., 2013.

SASSAKI, Romeu. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997a.

SASSAKI, Romeu. **Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. São Paulo: Prodef, 1997b.

SKLIAR, Carlos. Normalidad-Patología. In: Dialéctica de los conceptos en educación. CARRERAS, Juan Sáez; ALBERT, Manuel Esteban. Editorial UOC: 2015, p. 109-123.

VIGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas - V**: fundamentos de defectología. Moscú: Editorial Pedagógica. 1983. Tradução (Castelhano): Júlío Guillermo Blank, 1997. 5ª ed.

VIGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas - III**: incluye problemas del desarrollo de la psique. Moscú: Editorial Pedagógica. 1995. Tradução (castelhano): Lydíá Kuper, Visor dis.: Madrid, 2 ed. 2000.

VIGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas - II**: incluye pensamiento y lenguaje, conferencias sobre Psicología. Moscú: Editorial Pedagógica. 1993. A. Machado Libros: Madrid, 2 ed. 2001. Tradução: José Maria Bravo.



A CRIAÇÃO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE NATUREZA: SOBRE A PRODUTIVIDADE DO BIOPODER

Thaís Presa Martins²
Nádia Geisa Silveira de Souza³

Resumo: O “Transtorno do Déficit de Natureza” (TDN) foi cunhado em 2005, nos EUA, por Richard Louv. O mesmo designa uma série de problemas de saúde física e mental aos quais estamos submetidos na atual conjuntura urbana do Ocidente, onde o contato com a “natureza”, muitas vezes, é escasso. Nesse sentido, o intuito do estudo foi analisar ditos tomados como verdade sobre a construção do TDN, através dos conceitos de disciplina e de biopolítica, que tecem controle sobre a vida dos indivíduos e das populações. Para tanto, o embasamento teórico-metodológico pautou-se pelos Estudos Culturais, em suas vertentes pós-estruturalistas. Os excertos do livro e do manual examinados atuam como táticas do biopoder, educando os leitores e constituindo o entendimento sobre a falta de contato com a “natureza” vinculada à criação do conceito de TDN, como uma “nova” estratégia de prescrições médicas para os sujeitos tomados como “anormais”, não saudáveis.

Palavras-chave: Disciplina. Biopolítica. Contato com a Natureza. Estudos Culturais.

The Creation of Nature Deficit Disorder: about the productivity of biopower

Abstract: The “Nature-Deficit Disorder” (NDT) was coined in 2005 in the US by Richard Louv. The same designates a series of physical and mental health problems to which we are subjected in the current urban environment in the West, where contact with “nature” is often scarce. In this sense, the aim of the study was to analyze statements taken as truth about the construction of the NDT, through the concepts of discipline and biopolitics, which weave control over the lives of individuals and populations. Therefore, the theoretical-methodological foundation was guided by Cultural Studies, in its post-structuralist strands. The excerpts from the book and manual examined act as biopower tactics, educating readers and constituting the understanding of the lack of contact with “nature” linked to the creation of the concept of NDT, as a “new” strategy of medical prescriptions for subjects taken as “abnormal”, not healthy.

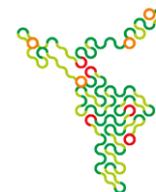
Keywords: Discipline. Biopolitics. Contact with Nature. Cultural Studies.

Introdução

Nos estudos que tenho desenvolvido, concebo os sujeitos não como substâncias, mas como formas em movimento, sem identidades fixas; produzidos historicamente na e com a experiência – a racionalização de um processo provisório que resulta nos sujeitos. A subjetivação, por sua vez,

² Doutoranda em Educação em Ciências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

³ Profa. Dra. do PPGQVS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.



designa o próprio processo de constituição dos sujeitos, de suas subjetividades – possibilidades de organização de uma consciência de si. Olhar para o processo de constituição dos sujeitos consiste, portanto, em dirigir-se a como são inseridos em certos jogos de verdade, sendo tomados como objetos de conhecimento e de intervenção (Foucault, 2017).

Nessa perspectiva, delinea-se o problema do estudo: como verdades científicas relacionadas à saúde/doença e à natureza direcionam-se a sujeitos (discentes, docentes, comunidade escolar) com a finalidade de gerir suas atuações dentro e fora do ambiente da escola? Trata-se de examinar a relação entre verdade e sujeito, uma vez que os discursos verdadeiros integram os processos constitutivos das subjetividades, o que vem gerando embates no campo social. Os “jogos de verdade” não se referem a disputas para descobrir as “coisas verdadeiras”, mas sim “a um conjunto de regras de produção da verdade [...]; um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda” (Foucault, 2017, p. 276). O que certos sujeitos dizem será tomado como “verdadeiro” ou “falso” em dada sociedade, produzindo efeitos. Quem pode dizer a verdade são “indivíduos que são livres, que organizam um certo consenso e se encontram inseridos em uma certa rede de práticas de poder e de instituições coercitivas” (Foucault, 2017, p. 276) – como os médicos.

Compreendo a “natureza” também como uma invenção cultural, criada numa rede de sentidos (saberes, arquiteturas, documentos, políticas) cujas verdades orientam os nossos modos de sentir e de pensar sobre, de agir em relação à e de consumir a mesma. A natureza é uma construção profundamente marcada por certas percepções estéticas, éticas e morais, por meio das quais estabelecemos o que ver, o que admirar, o que conservar, o que proteger no “mundo natural” (Martins, 2016). Nas últimas décadas, diante das condições do modo de vida ocidental urbano com aumento exponencial do uso de tecnologias digitais e ritmo frenético do processo de urbanização, constata-se um afastamento do ser humano em relação à natureza (aqui, especificamente, enquanto sinônimo de áreas verdes, parques, praças), o que gera uma discursividade sobre possíveis consequências para a constituição dos sujeitos e de suas subjetividades.

Diante desse cenário, Louv (2016) afirma que tais conjunturas têm promovido efeitos negativos para a nossa saúde física e mental. O contato, especialmente das crianças e dos jovens (sujeitos em fase de desenvolvimento cognitivo, psíquico, motor), com a “natureza” vem diminuindo; acarretando aumento dos índices de obesidade, miopia, estresse, ansiedade, depressão, Transtorno de

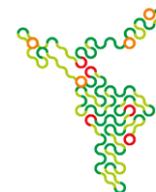


Dependência de Tela, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), etc. Tal desconexão com a natureza e seus desdobramentos criaram condições para a criação do termo “Transtorno do Déficit de Natureza” (TDN), cunhado pelo jornalista Richard Louv, em 2005, nos EUA. A expressão TDN surge no livro *best-seller* de Louv “*Last Child in the Woods: saving our children from Nature-Deficit Disorder*” (2005); em português “*A Última Criança na Natureza: resgatando nossas crianças do Transtorno do Déficit de Natureza*” (2016). A obra é a primeira a reunir um “novo” e crescente corpo de pesquisas sobre o que vinha sendo agrupado sob o rótulo de *deficit de natureza*, indicando que a exposição direta à natureza é essencial para o desenvolvimento saudável de crianças e de adolescentes e para as condições de vida saudáveis em todas as faixas etárias.

Em vista disso, o intuito do estudo foi analisar ditos tomados como verdade sobre a construção do TDN, através dos conceitos de disciplina e de biopolítica, a fim de olhar para a produtividade e os efeitos de táticas do biopoder. O embasamento teórico-metodológico pautou-se pelo campo dos Estudos Culturais, em suas vertentes pós-estruturalistas, com inspiração nos estudos foucaultianos. Os enunciados examinados consistem em excertos extraídos da obra de referência em que o TDN foi cunhado – o livro “*A Última Criança na Natureza*” (Louv, 2016) –, e do Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Programa Criança e Natureza da Organização Alana – “*Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes*” (Becker et al., 2019) – observando prescrições médicas dirigidas a discentes, docentes e comunidade escolar, ao entender que se configuram como táticas do biopoder na atual sociedade ocidental urbana.

Notas sobre urbanização e medicalização da vida e das relações com a natureza/o meio

No Ocidente, discursos sobre a importância do contato com a natureza para a saúde dos sujeitos emergiram durante a Antiguidade Grega (400-300a.C.) com Hipócrates de Cós. Ele postulou a existência de quatro fluidos/humores principais do corpo (bile amarela, bile negra, sangue, linfa), que resultavam da mistura dos elementos da natureza (água, ar, fogo, terra), sendo a saúde o equilíbrio entre eles. Conforme Scliar (2007), a obra hipocrática caracteriza-se pela observação empírica, considerando não só o paciente, mas também o seu ambiente. No texto “*Ares, Águas, Lugares*”, Hipócrates discute fatores ambientais ligados às doenças, propondo uma ideia ecológica de saúde-enfermidade; surgindo a noção de que regiões insalubres podiam propiciar a ocorrência de doenças.

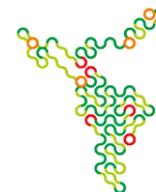


Na Europa do séc. XVIII, o processo crescente da urbanização e da constituição das cidades propiciou uma radicalização da ordem burguesa e do seu almejado “domínio humano” sobre o ambiente, materializado nos progressos técnicos da Primeira Revolução Industrial. Porém, a triunfante Indústria trouxe sua contrapartida: a degradação ambiental. No fim do séc., a Grã-Bretanha liderava a produção mundial de carvão com cerca de 90%. O carvão, principal combustível, era utilizado para fins comerciais e domésticos, gerando desmedidas quantidades de resíduos. Assim, o fenômeno *smog* inglês (mistura de nevoeiro e fumaça) tornou-se a marca registrada das profundas alterações socioambientais oriundas do modo de produção industrial. Era notória a degradação do ambiente nas cidades pela contaminação do ar, pela disseminação de doenças e pelas péssimas condições de vida oferecidas aos trabalhadores. Além disso, a Inglaterra sofria com os impactos de uma intensa explosão populacional, passando de 75% de população rural em 1700 para 85% de população urbana em 1800 – o que resultou em um crescimento desordenado das cidades industriais e, em uma alta concentração populacional constituída, sobretudo, por trabalhadores de baixa renda, expostos a ambientes insalubres de trabalho e de moradia. A experiência urbana condensava violência social e degradação ambiental como dois lados indissociáveis desse novo modo de produção (Carvalho, 2012). Para Carvalho (2012),

[...] A deterioração do ambiente urbano era, em muitos casos, ainda pior que nos dias de hoje. [...] Não havia coleta de lixo, saneamento adequado. Os trabalhadores se amontoavam em cortiços e eram submetidos a longas e penosas jornadas de trabalho. A propagação de epidemias era altíssima. Os relatos médicos da época registram um aumento significativo dos casos de doença mental, infanticídio e suicídio. Também se tem conhecimento de grande difusão, neste período, de seitas e cultos de caráter apocalíptico (CARVALHO, 2012, p. 57).

Sendo assim, a partir do séc. XVIII, a questão do “meio⁴” enquanto agente de saúde/doença desencadeia, por parte da medicina, intervenções autoritárias e medidas de controle; principalmente, acerca do espaço urbano em geral, visto que ele é, talvez, o meio mais perigoso para a população. Umidade; arejamento; sistemas de esgoto; localização dos bairros, dos cemitérios, dos hospitais, começaram a ser vistos como fatores condicionantes para as “boas” condições de saúde da população. A cidade é tomada como um objeto central a controlar, uma vez que pode difundir germes patológicos. Entre os sécs. XVIII e XIX, as preocupações sociais voltaram-se, por conseguinte, às

⁴ Ao espaço de elementos aleatórios podemos dar o nome de “meio”. O meio “[...] é o que é necessário para explicar a ação à distância de um corpo sobre outro corpo. É, portanto, o suporte e o elemento de circulação de uma ação. É, portanto, o problema circulação e causalidade que está em questão nessa noção de meio” (Foucault, 2008, p. 27).

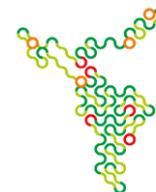


relações dos seres humanos enquanto espécie e às relações dos mesmos com o seu meio. De um lado, os efeitos geográficos, climáticos, hidrográficos – como o problema dos pântanos e suas endemias. De outro, o meio que não é “natural”, mas construído – o problema das cidades (Foucault, 2008).

A cidade pensada caracterizava-se por um encerramento dentro de um espaço murado e denso, e por uma heterogeneidade econômica e social bastante proeminente em relação ao campo. Ademais, deveria propiciar intercâmbios econômicos permanentes (cidade-entorno), e proporcionar espaços de circulação (de ideias, de vontades, de ordens, de produtos, de pessoas). O planejamento das cidades se apoiou em duas bases principais: a disciplina (regulada por previsões, espaços vazios e artificiais), e a segurança (como o espaço era disposto, como as águas eram escoadas, etc.) – ocupando-se da maximização dos elementos positivos da cidade, de fazer a circulação ocorrer bem, de minimizar os riscos (tanto de roubos quanto de doenças) (Foucault, 2008).

Ao mesmo tempo, aprofundaram-se as compreensões sobre a interdependência e sobre os efeitos das condições do meio na constituição dos corpos e nos processos imbricados à vida saudável ou ao adoecimento dos sujeitos. Criou-se uma “nova” discursividade científica/médica sobre a importância da natureza para a saúde e para o tratamento de doenças. De acordo com Carvalho (2012), o campo passou a ser tomado como espaço de saúde, integridade e beleza, e seus habitantes foram vistos não só como sujeitos mais saudáveis, mas também moralmente mais admiráveis que os da cidade. Iniciou-se um importante debate acerca do sentido do “bem viver”, “onde a natureza foi vista como um ideal estético e moral. Essa posição se expressou em inúmeras críticas às distorções da vida nas cidades, às intervenções, à violência contra animais, plantas, etc.” (Carvalho, 2012, p. 59).

Desde então, a operação da cidade como objeto a ser medicalizado intensificou-se e amplificou-se. Incluíram-se a projetos arquitetônicos e urbanísticos a disposição de hortas, jardins, praças, parques, áreas verdes públicas e privadas para o favorecimento das “boas” condições da saúde populacional, com mais e melhor tempo/espaço em contato com a natureza. Além disso, escolas “sustentáveis”, “verdes”, com espaços e elementos “naturais” enquadraram-se em um “novo” nicho de mercado – hoje, em expansão no Brasil, especialmente em face ao cenário pandêmico posto.



A criação do Transtorno do Déficit de Natureza (TDN)

Na direção de pensar acerca da produtividade que emerge, na atualidade, sobre a importância de relações entre saúde e natureza, analiso o excerto do livro “A Última Criança na Natureza” que apresenta o que Louv (2016) cunha como TDN:

Excerto 1 - Então, por enquanto, **chamaremos o fenômeno de transtorno do déficit de natureza**. Nossa cultura é tão cheia de jargões e tão dependente da medicalização que hesito em introduzir esse termo. [...] **não estou sugerindo que esse termo represente um diagnóstico médico**. Mas quando falo sobre o [TDN] com grupos de pais e educadores, o sentido da expressão fica claro. O [TDN] descreve os custos da alienação em relação à natureza, incluindo a diminuição no uso dos sentidos, a dificuldade de atenção e índices mais altos de doenças físicas e emocionais. [...]. **O transtorno pode ser detectado individualmente, em famílias e em comunidades – pode até alcançar o comportamento humano nas cidades**, o que acaba afetando sua estrutura, uma vez que estudos consagrados relacionam a ausência de parques e espaços abertos (ou a inacessibilidade a eles) a altos índices de criminalidade, depressão e outras mazelas urbanas. [...] o [TDN] pode ser reconhecido e revertido, individual e culturalmente (LOUV, 2016, p. 58, grifos nossos).

O excerto 1 mostra-nos que Richard Louv (comunicador, sem formação na área da saúde) demonstra certo cuidado ao utilizar o termo TDN, ao poder adquirir o sentido de “*diagnóstico médico*” e reverberar de modo medicalizante; indicando a que se refere: “*os custos da alienação em relação à natureza, incluindo a diminuição no uso dos sentidos, a dificuldade de atenção e índices mais altos de doenças físicas e emocionais*”. No entanto, ao lançar mão de uma série de estudos científicos (sobretudo, dos EUA e da Europa) de diversas áreas do conhecimento – ecologia humana, eco psicologia, psiquiatria, pediatria, neurociências –, em seu livro, utiliza-se de “evidências científicas” para embasar a importância do que vinha sendo agrupado, até então, como *déficit de natureza* (falta de contato com a natureza) em relação a condições favoráveis de saúde. Ao reunir pesquisas, pesquisadores, dados e comprovações científicas, juntamente com narrativas de entrevistas que ele mesmo realizou com crianças e jovens estadunidenses, afirma não ver outra alternativa, em 2005, a não ser classificar o fenômeno observado como “*‘transtorno’ do déficit de natureza*”.

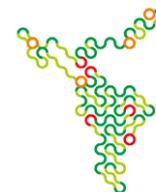
A criação de tal “objeto”, assim nomeado, ao articular discursos biológicos/médicos sobre benefícios da natureza/saúde e malefícios da falta de contato com a natureza/doença, faz pensar sobre a circulação, a correlação, e os efeitos dos “ditos verdadeiros” nas sociedades, conforme as épocas. A respeito disso, Foucault (2015, p. 51-52) diz que “a verdade não existe fora do poder ou sem o poder. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz



efeitos regulamentados de poder”. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral de verdade”, que opera a partir dos discursos que faz funcionar como verdadeiros; dos mecanismos e das instâncias que distinguem os enunciados verdadeiros dos falsos; dos modos como se sancionam uns e outros; das técnicas e dos procedimentos valorizados para obter a verdade; do estatuto de quem têm o encargo de dizer o que funciona como verdade. A “economia política da verdade” age através do discurso científico e da incitação política/econômica. Assim, ditos científicos, mormente médicos, vêm tendo papel central enquanto regras do que será tomado como verdade para os sujeitos; sobretudo, no que se refere aos “bons” cuidados com a sua saúde. Ressalto que não estou julgando a construção do TDN, nem concordando com ou discordando do que se diz, mas sim, olhando para a sua produtividade e para os efeitos de sua criação enquanto objeto discursivo. Tal exercício possibilita pensar, talvez, com mais espaços de “liberdade”, sobre as “novas” práticas de interpelação dos sujeitos em relação a questões ambientais e de saúde vigentes.

Nessa direção, a criação discursiva do TDN nos remete à construção dos “fatos científicos” – criados em e por redes de cientistas –, discutida por Latour; Woolgar (1997, p. 105-106). Segundo os autores, no espaço do laboratório, por exemplo, o Hormônio Liberador da Tireotrofina (TRH) é aceito como um “fato” quando acompanhado das descrições: “regula a liberação de [Hormônio Estimulante da Tireoide] TSH pela hipófise”, “sua fórmula química é $\text{Pyro-Glu-His-Pro-NH}_2$ ”, “pode ser encontrado nesta ou naquela firma de produtos químicos”. Evidenciando que um fato científico funciona como um instrumento na pesquisa, poupando os cientistas de “fontes de ruído”, uma vez que elimina uma das inúmeras variáveis desconhecidas implicadas nas análises e nos experimentos científicos. No entanto, para além dessas redes científicas, sem etiquetas para identificá-los, o TRH e o TSH não existem, visto que passam a estar fora de seu contexto de produção e de compreensão, da sua rede específica de práticas sociais.

Sendo assim, um “fato científico” é uma construção, possível a partir de elementos discursivos e não discursivos e só existirá quando fizer sentido para membros de uma determinada rede em um dado espaço/tempo. “Objetos” e “fatos” são produções sociais, históricas, culturais. A fim de estabilizar os processos de produção, ocultam-se a sua história, os cientistas que os afirmam, os instrumentos que permitem a sua medição, a calibração dos instrumentos que os certificam, as disputas nos diferentes campos das instituições científicas envolvidas, etc. Logo, a ciência é um produto das circunstâncias consideradas independentes das práticas científicas – o que justificaria o



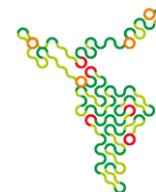
movimento de tentar “eliminar” qualquer traço de circunstância, a fim de tornar possível a existência de “objetos estáveis” (Latour; Woolgar, 1997) – como, nesse estudo, o TDN.

O funcionamento das redes, aqui bastante sintetizado, envolve os fatores/atores citados e diversos outros, visto que a dinâmica contemporânea se renova velozmente e, a meu ver, é de difícil apreensão. Não podemos precisar onde uma rede começa e a outra termina, mas podemos ver parte de seus movimentos entrelaçados em ação (Martins, 2016). Nesse sentido, o objeto TDN apoia-se em redes ambientais, sociais, políticas, arquitetônicas, urbanísticas, científicas, médicas, pedagógicas, midiáticas, empresariais, etc., exemplificando o quão fortemente tramadas são essas diferentes redes – operando como um “Dispositivo do TDN⁵”.

O significativo acúmulo de “dados científicos” em destacadas “publicações científicas”, analisadas por “especializados especialistas” e reunidos na obra de Louv (2016), (com)provando a importância de que estar em contato com a natureza é fundamental para a manutenção das “boas” condições de saúde dos sujeitos, criam as circunstâncias para a emergência do TDN. Uma vez cunhado, tem-se um ponto de partida para que “novas” práticas de promoção/prevenção de saúde possam ser estabelecidas – o que chamo de “medicalização das relações sujeito-natureza”. Logo, a saúde enquanto valor em si mesmo, como padrão a partir do qual se pode julgar e/ou rejeitar comportamentos e condutas, ganha uma nova “roupagem” – estar em contato suficiente com a natureza e ser classificado como sujeito “normal”, saudável, ou não estar em contato suficiente com a natureza e ser classificado como sujeito “anormal”, que apresenta um *déficit*, uma falta. Toma-se como critério a avaliação dos riscos implicados, através de inúmeras “verdades científicas” que “revelam” problemas de ordens física, mental e emocional decorrentes do *déficit de natureza*.

Além de indivíduos isolados, certos grupos populacionais também podem desenvolver TDN, principalmente, sujeitos que habitam áreas urbanas com pouco ou nenhum acesso a áreas verdes. Assim, o TDN pode atuar tanto por meio de tecnologias do poder disciplinar quanto biopolíticas. As técnicas disciplinares centram-se no corpo, produzindo efeitos individuais para torná-lo útil e dócil (incentivo a mudanças comportamentais como levar as crianças para brincar em praças

⁵ “Dispositivo” designa uma rede de relações estabelecida entre elementos heterogêneos: instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, discursos, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. Ele apresenta a relação que pode existir entre esses diversos elementos, pois se trata de uma formação que tem por função responder a uma urgência em um dado momento, com determinada estratégia (Foucault, 2015) – nesse caso, o transtorno gerado pelo *déficit de natureza*. O “Dispositivo do TDN” é o tema do estudo de Doutorado da primeira autora deste artigo.



regularmente); enquanto que a biopolítica centraliza-se na vida, agrupando os fenômenos populacionais, que procura identificar, prever, controlar, visando à homeostase (estímulo à criação de áreas verdes nas cidades). Temos, portanto, ambas tecnologias do corpo: a primeira, do corpo individualizado e capaz (sujeito “normal”); a segunda, dos corpos e de seus processos biológicos que ocorrem em conjunto (população sem *déficit de natureza*). O poder que toma posse da vida, incumbindo-se tanto do homem-corpo quanto do homem-espécie é o biopoder – o poder de assegurar a vida, organizá-la, fazê-la proliferar; poder de fabricar algo novo, no caso, a criação do TDN e seus efeitos de poder sobre os sujeitos.

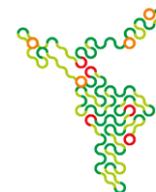
Nessa perspectiva, passo a olhar para o Manual “Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes”. O documento apresenta bases legais nacionais e internacionais; benefícios científicos da natureza para a saúde; recomendações da SBP; orientações para pediatras, educadores e escolas, famílias, crianças e adolescentes; materiais de apoio (livros, filmes, entrevistas, modelo de “receita verde” médica). Atentarei para ditos presentes na seção três “Orientações para Educadores e Escolas”. Ela exhibe 13 prescrições médicas, a respeito de: a) desenvolver estratégias para aumentar as oportunidades de brincar e de aprender ao ar livre; b) pensar e planejar os espaços da escola a fim de facilitar o acesso da comunidade escolar ao ar livre e à natureza; c) ampliar a concepção de que o aprendizado ocorre somente dentro da escola, especialmente, nas salas de aula, e valorizar os espaços ao ar livre; d) ouvir as crianças e os adolescentes acerca dos espaços escolares; e) planejar o pátio escolar e a inserção de diversos elementos organizados de forma intencional podem aumentar não só as possibilidades do brincar, mas também a qualidade do ensino curricular (matemática, ciências, escrita) e a motivação dos alunos e dos professores em engajar-se no processo de ensino e aprendizagem; f) ampliar a riqueza das experiências sensoriais é desejável no ambiente escolar, atentando para a qualidade e a diversidade sensorial dos materiais (“naturais”) selecionados; g) oportunizar o consumo de alimentos que reforcem a conexão da criança com a natureza, incentivando hábitos alimentares saudáveis; h) requalificar as rotinas escolares, preconizando tempo livre e atividades ao ar livre, com equilíbrio entre atividades dirigidas e recreio; i) atentar para o fato de que o contato das crianças com a natureza não deve ocorrer somente em atividades de “educação ambiental” associadas a estudos, mas também de modo livre, em experiências através das quais a criança consiga vincular-se emocionalmente com a natureza; j) ter consciência de que os benefícios são mútuos: crianças e adolescentes precisam da natureza, assim como a natureza precisa deles; k)



planejar e executar processos formativos que aprimorem o olhar do educador para os espaços escolares e outros territórios educativos, pois para desemparedar as crianças é preciso desemparedar-se; l) envolver as famílias no processo de desemparedamento, visto que podem ser importantes apoiadoras; m) oportunizar a ocorrência de “riscos benéficos” para o desenvolvimento integral das crianças, como subir em árvores (Becker et al., 2019).

O Manual, ao prescrever condutas⁶ não só para educadores, mas para toda a organização, a estrutura, a arquitetura e o funcionamento das Instituições Escolares, atua como uma tática do biopoder que opera em duas frentes interdependentes – a disciplina e a biopolítica. A primeira por meio de práticas que incentivam estudantes e professores a terem mais e melhor tempo individual em contato com a natureza no ambiente escolar e além dele, em prol de sua “boa” saúde. A segunda através de prescrições médicas voltadas à regulação dos pensamentos e das ações da comunidade escolar como um todo, apontando intervenções na organização dos tempos, dos espaços, das rotinas, das atividades pedagógicas e “livres”, das grades curriculares, dos materiais, dos alimentos, da formação docente, do envolvimento escolar com as famílias (agentes centrais para o “bom” governo das crianças e dos adolescentes) – objetivando o estímulo ao contato com a natureza, a fim de prevenir a incidência de TDN na população. Em síntese, o poder disciplinar e a biopolítica articulados terão como finalidades: a promoção e a prevenção da saúde dentro e fora dos muros da escola; a ampliação do contato com a natureza individual e comunitariamente, e a redução da incidência de doenças decorrentes do *déficit de natureza*. Em última análise, o Manual induz mudanças nos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) das Instituições Escolares – documentos norteadores das atividades e dos projetos educativos voltados aos processos de ensino e de aprendizagem que regem as Escolas Básicas no Brasil –, amparando-se em uma série de documentos nacionais e internacionais para (com)provar as “verdades científicas” que faz circular: o problema coletivo da ausência do contato com a natureza através de intervenções pedagógicas para amenizá-lo e/ou resolvê-lo. A fim de exemplificar o funcionamento dessas verdades, discuto um excerto sobre a importância de certa organização dos pátios escolares:

⁶ Compreendo que o vocábulo “conduta” se refira, simultaneamente, ao ato de conduzir os sujeitos (através de mecanismos de poder) e ao modo como se comportar frente às possibilidades. O exercício do poder opera através da condução das condutas dos outros, ordenando probabilidades. O governo, em seu amplo sentido, desde o século XVI, refere-se à maneira de dirigir condutas de indivíduos e de grupos (almas, crianças, famílias, doentes, etc.). Assim, nesse estudo, governar significa estruturar o possível campo de ação de “sujeitos livres” – sujeitos individuais ou coletivos que têm possibilidades de outras condutas ou reações que “fogem” ao instituído (Foucault, 2009).



Excerto 2 – [...] pesquisas demonstram que o planejamento do pátio escolar e a inserção de diversos elementos organizados de forma intencional podem aumentar não só as possibilidades do brincar, como também a qualidade do ensino curricular – matemática, ciências, escrita – e a motivação dos alunos e professores em engajar-se no processo de ensino e aprendizagem. [...]. Cada escola deve adaptar, organizar e usar seu espaço de acordo com seu terreno, recursos financeiros e, principalmente, de acordo com sua trajetória pedagógica. Muitas vezes, as escolas contam também com a participação das famílias nesse processo, por meio da doação de materiais e de mutirões para organização dos espaços e construção de brinquedos e outras estruturas (BECKER et al., 2019, p. 13).

Direcionadas à comunidade escolar, seus sujeitos, sua natureza / seu meio, tais recomendações pautam-se pelo saber/poder médico e por suas “verdades científicas”, conforme as quais os pátios escolares “naturais” conferem mais condições de saúde, de aprendizado qualificado (em áreas como matemática, ciências e escrita), e de engajamento aos processos de ensino e de aprendizagem tanto por parte de crianças/adolescentes quanto de docentes. Assim, o planejamento / a organização do pátio torna-se mais uma das obrigações das Instituições de Ensino em prol da “boa” formação de seus alunos. Tais alterações “naturais” podem trazer contribuições para a melhoria das condições de saúde da escola e de seus agentes; porém, não configuram garantias de que isso ocorra. Apesar de elencar ressalvas acerca de diferenças entre terrenos, recursos financeiros e trajetórias pedagógicas, o documento parece desconsiderar a existência de distintas realidades histórica e absolutamente desproporcionais entre as Escolas Básicas no Brasil, em âmbitos culturais, socioeconômicos, socioambientais, regionais, estaduais, municipais, etc. Esses complexos e sistêmicos problemas agigantaram-se com a pandemia de COVID-19, a ponto de inúmeras escolas públicas terem estado fechadas durante meses, por não disporem de mínimas condições para a garantia dos cuidados individuais e coletivos com a higiene (tais como água, sabonete, álcool, ambientes arejados e espaços para o devido distanciamento entre as classes e os discentes); restringindo, ainda mais, as possibilidades de acesso ao ambiente escolar, aos processos de ensino e de aprendizagem, e a adaptações estruturais em prol de (mais e melhor) contato com a natureza.

Considerações Finais

A medicina, ao definir o que é “normal” / “anormal” devido à potência de seu discurso científico, circula pelo campo social em posição semelhante a uma “verdade dogmática”; articulando-se a técnicas de governo, tornando-se o saber legitimado em todas as esferas sociais, atuando sobre



nossos corpos e entremeando-se com a cultura (Foucault, 2008). Assim, os ditos analisados tomados como “verdades científicas” sobre a criação do objeto TDN, utilizam-se de discursos biológicos/médicos sobre benefícios da natureza/saúde para classificar os sujeitos “normais” e malefícios do *déficit de natureza/doença* para os “anormais”, interpelando-nos e subjetivando-nos; promovendo “novas” práticas de saúde – a “medicalização das relações sujeito-natureza” –, e produzindo intervenções disciplinares e biopolíticas dirigidas a discentes, docentes e comunidade escolar das Escolas Básicas do Brasil.

Referências

BECKER, D.; SOLÉ, D.; TING, E.; EISENSTEIN, E.; MARTINS FILHO, J; FLEURY, L.; SILVA, L. R.; BARROS, M. I. A.; GHELMAN, R.; WEFFORT, V. R. S. **Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes – manual de orientação**: grupo de trabalho em saúde e natureza. 2019. 26p. Disponível em: <https://criancaenatureza.org.br/acervo/beneficios-da-natureza-no-desenvolvimento-de-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 10 set. 2021.

CARVALHO, I. C. M. A Questão Ambiental e a Emergência de um Campo de Ação Político-Pedagógica. In: LOUREIRO, C. F. B.; LAYRARGUES, P. P.; CASTRO, R. S. (Orgs.). **Sociedade e Meio Ambiente**: a educação ambiental em debate. 7ed. São Paulo: Cortez, 2012, p.55-67.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos, volume V**: ética, sexualidade, política. Foucault, M. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017, 325p.

_____. **Microfísica do Poder**. MACHADO, R. (Org., Trad., Rev. Tec.). 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015, 431p.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-250.

_____. **Segurança, Território, População**: curso dado no Collège de France (1977-1978). BRANDÃO, E. (Trad.). 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008, 572p.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A Vida de Laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997, 310p.

LOUV, R. **A Última Criança na Natureza**: resgatando nossas crianças do transtorno do déficit de natureza. AZUMA, A.; BELHASSOF, C. (Trad.). 1 ed. São Paulo: Aquariana, 2016, 412p.

MARTINS, T. P. **As Naturezas de Natura Ekos**: vídeos publicitários constituindo consumidores “sustentáveis”. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências:



Universidade do Extremo Sul Catarinense
IV Congresso Ibero-Americano de Humanidades, Ciências e
Educação
Desafios Contemporâneos das Sociedades Ibero Americanas



Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016, 210p.
Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/143381>. Acesso em: 10 set. 2021.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.17, v.1, 2007. p.29-41.



A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO

Adriane dos Santos Silva Soltau¹

Resumo: Este artigo é um estudo a respeito da patologização na educação escolar e a medicalização na infância, cujo tema está em discussão em vários segmentos da sociedade e apresenta importância especial para a comunidade médica, escolar, assim como para as famílias de forma geral. O texto tem como objetivo problematizar a maneira como é compreendido o processo do não aprender e do não se comportar do aluno no ambiente escolar, compreensão essa pautada pelo recurso da patologização e da conseqüente medicalização. Para este assunto, muito complexo, não existe fórmula, muito menos consenso entre médicos, professores e famílias, o que se presencia é que a medicalização tomou uma proporção enorme, pois problemas que deveriam ser resolvidos fora do consultório médico passaram a ser tratados como aqueles que precisam de medicamentos.

Palavras-chave: Educação. Medicalização. Patologização.

Medicalization and pathologization in education

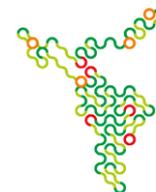
Abstract: This article is a study about pathologization in school education and medicalization in childhood, whose theme is under discussion in various segments of society and is of particular importance for the medical and school community, as well as for families in general. The text aims to problematize the way in which the student's process of not learning and not behaving in the school environment is understood, an understanding based on the pathologization and the consequent medicalization. For this very complex subject, there is no formula, much less consensus among doctors, teachers and families, what is seen is that medicalization has taken an enormous proportion, problems that should be resolved outside the medical office are now treated like those who need medicines.

Keywords: Education. Medicalization. Pathologization.

Introdução

Uma criança pode não suportar ter que ficar sentada durante o período de aula; um adolescente pode não conseguir se concentrar sequer cinco minutos nos estudos. “Desatenção, depressão, ansiedade, pânico, transtornos e síndromes, todos esses nomes que damos às dificuldades existenciais [...]” (ROSA; SOLTAU, 2020, p. 44) fazem parte da vida humana. A patologização e a conseqüente medicalização da vida têm aumentado em velocidade galopante na expectativa de igualar, categorizar,

¹ Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Especialista em Práticas Pedagógicas Interdisciplinares pela Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco. *E-mail:* adrianesoltau@hotmail.com



homogeneizar os indivíduos no modo de ser, agir e sentir, e a medicina, convidada pela educação, procura amenizar os males da humanidade por meio da medicalização. Nesse sentido, questiona-se: o que cabe à educação compreender sobre os processos que ocorrem na escola?

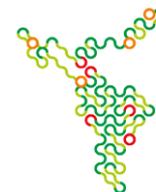
Este estudo se refere a um impasse que vem sendo discutido por vários segmentos da sociedade, a patologização na educação escolar e a medicalização na infância. É imperioso buscar compreender o processo do não aprender e do não se comportar na escola e as suas implicações na vida do educando, além do impacto que a medicalização causa nos indivíduos em idade escolar.

A alfabetização é uma etapa de suma importância para o processo de ensino-aprendizagem nas escolas. É no período de alfabetização e socialização que a criança desenvolve e adquire autonomia e aumenta sua capacidade intelectual para atuar na sociedade. Durante o processo escolar, o que se espera é que o aluno adquira conhecimentos que o capacite, desenvolvendo-se de acordo com sua faixa etária. O educando que não consegue se alfabetizar dentro desse período e que apresenta dificuldades de concentração ou de comportamento é avaliado pelo professor e encaminhado para a orientação escolar para, inicialmente, procurar um atendimento especializado. Esse processo serve para iniciar uma investigação da situação-problema para que a orientação o encaminhe a um atendimento especializado na escola ou fora dela, caso a escola não disponibilize esse tipo de atendimento.

Considerando esse contexto, o fenômeno das dificuldades de aprendizagem, este estudo busca compreender as razões que impedem ou dificultam a aprendizagem. É necessário ouvir cada uma das partes envolvidas nesse processo, investigando soluções para diminuir as patologias na infância de forma significativa. As diferenças individuais são classificadas e categorizadas como transtornos ou *deficit*, podendo causar uma aflição em todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos na educação da criança ou do adolescente, como professores e equipe pedagógica, que, muitas vezes, sentem-se impotentes diante da situação, tendo em vista os limites do profissional da educação. Dos males, o menor: pelo menos alguns desses profissionais conseguem superar esse ou aquele problema.

A preocupação da família com a visão de um especialista

As famílias, cujas ocupações diferem das dos profissionais da educação, ante a visão de especialistas, sente-se culpada por não compreender e não saber como agir diante dessa situação, buscando auxílio em consultório médico para amenizar o problema. A criança, ao mesmo tempo,

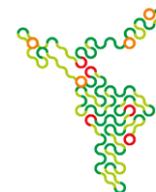


sofre com as dificuldades e não compreende o que é ser diagnosticado com algum transtorno e na maioria das vezes não sabe também por que faz uso de medicamentos. Essa criança, então, torna-se apática, muitas vezes se isola, mas o problema não diminui. Consequentemente, quando ela apresenta comportamentos desajustados, como falta de limites e inquietação, é o adulto quem tem a responsabilidade de diminuir esse sofrimento. Infelizmente, como consequência, a medicalização tem sido o método imediato para aplacar essas dores dos responsáveis (CAPONI, 2007).

Estudos recentes sobre a patologização

Estudiosos como Carli (2016) expressam em suas produções literárias suas inquietações a respeito da construção da subjetividade do indivíduo e, comprometidos na defesa dos direitos fundamentais da criança, também demonstram que ficam extremamente preocupados com essa patologização desenfreada, visto que a criança é um ser extraordinariamente vulnerável e dependente do adulto, seja ele pai/mãe ou tutor/a. Para Carli (2016), o crescente fenômeno da medicalização é alarmante e vem aumentando a cada dia, pois, segundo o relato de profissionais da educação, os números de psicofármacos indicados para crianças e adolescentes na atualidade são crescentes. Hoje, tratar como doença ou patologia os comportamentos desajustados se configura uma tendência simplificadora, que vem produzindo efeitos negativos na construção da subjetividade dessas crianças e adolescentes. O conceito de medicalização se ampliou ao logo do tempo, e alguns estudiosos, como Gaudenzi e Ortega (2012) e Illich (1975), pesquisaram e estudaram sobre esse assunto.

O termo medicalização, que surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, é de grande relevância para os estudos críticos do campo da Sociologia da Saúde. Gaudenzi e Ortega (2012) e Illich (1975) apresentam uma abordagem desafiadora e inovadora sobre a medicina moderna, fundamentando que o estabelecimento médico no Ocidente representa uma intimidação à saúde, pois retira dos indivíduos a capacidade de lidar com os processos naturais da vida, incluindo o sofrimento. O procedimento da medicalização lhes furta a condição autônoma e coloca-os como sujeitos passivos de cuidados heterônomos. Nesse processo, a medicina moderna se apresenta propositalmente complicada, com o intuito de esconder a simplicidade dos atos e tornar-se a grande detentora do saber sobre os processos da vida e sobre o sofrimento, criando, assim, uma dependência progressiva do paciente em relação ao médico.



A medicalização, de acordo Illich (1975), atuaria em um movimento contrário, pois retiraria dos indivíduos a capacidade de pensar e atuar sobre si, de ter autocuidado. Essa expressão foi propagada por Ivan Illich em seu livro “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina” (1975) ao advertir que a expansão e a extensão do poder médico minavam as oportunidades dos indivíduos de lidar com o sofrimento, as perdas consequentes da própria existência e também a morte, transformando as dores da vida em doenças.

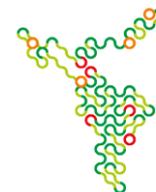
Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida é apropriado pela medicina, o qual interfere na vida dos sujeitos desde a construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos, como os sexuais, alimentares, de habitação e de comportamentos sociais. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social. Questões da infância, a sexualidade e a gravidez, que são fatos normais, passam a ser comumente incluídos no campo da medicina (MOYSÉS; COLARES, 2013).

Já nos anos 90, mudanças profundas ocorreram com a expansão dos diagnósticos e com os tratamentos, usando cada vez mais medicamentos para solucionar problemas que antes não eram tratados como doenças ou síndromes patológicas. A medicalização tomou uma proporção enorme, pois problemas que deveriam ser resolvidos fora do consultório médico passaram a ser tratados com medicamentos.

A biomedicalização ou a medicalização da vida vem sendo discutida devido à interferência na autonomia dos indivíduos, os quais deixam de ser ativos, passando a não ter mais o controle de si e a ser um paciente passivo e medicalizado. O indivíduo perde a sua identidade e vê sua capacidade de decisão ser gradualmente diminuída, pois problemas não médicos passam a ser tratados como doenças e distúrbios e transformam-se em problemas médicos. A esse respeito, Moysés e Colares (2013, p. 16) afirmam que:

Ao ser a primeira ciência sobre os seres humanos a se constituir como ciência moderna, a medicina se constituiu, por sua vez, em modelo epistemológico para as ciências do homem. Daí decorre que os processos de medicalização da vida são concretizados por profissionais da medicina, da psicologia, da educação, da fonoaudiologia, do direito, enfim de todas as áreas quando pensam e atuam em conformidade com o positivismo. Por esse motivo, as expressões medicalização e patologização têm sido amplamente utilizadas como sinônimos.

Esse quebra-cabeça ligado ao despojo da infância tem dado lugar a etiquetas psicopatológicas, nas quais a consideração sobre a construção intersubjetiva da angústia da criança tende a ser reduzida a fenômenos de caráter biológico, sem espaço para levar em consideração as



situações de sofrimento pelas quais a criança pode estar padecendo nem indagar o que subjaz as condutas de agitação, agressão, desatenção, etc. É certo que aqui não está enquadrada a totalidade dos casos, mas certamente alcança a massa de diagnósticos de medicalização que as crianças de nosso tempo vêm sofrendo (IRIAT; IGLESIAS RÍOS, 2012; MOYSÉS; COLLARES; UNTOIGLICH, 2013).

Diagnosticar não é um ato simples, pois uma operação diagnóstica é um processo complexo que não se limita a enquadrar pessoas em uma listagem de sintomas, apenas categorizando condutas ou afetos como psicopatologia cuja indicação de resolução vem a ser medicamentosa (JANIN *et al.*, 2013). Esse é um método de avaliar, não o único, que muitas vezes é feito através de questionários dirigidos a pais e a professores, sem dar voz à criança ou sem a ouvir minimamente; é inspirado no cânone positivista do modelo fisiomatemático, modelo hegemônico no âmbito das ciências naturais (DALBOSCO, 2014.)

A escola, que tem sido vista como modelo de sucesso, detentora do saber e formadora de indivíduos, vem sendo criticada por essa postura medicalizante, que banaliza a vida. A escola tem que intervir de forma efetiva para que o docente, que tem a missão muito além da transmissão do conteúdo, possa receber essa criança e ampará-la em todos os aspectos emocionais, culturais e sociais, preservando, assim, o ser subjetivo.

Também não são poucos os estudos que têm se dedicado a discutir as novas formas de medicalização que afetam diretamente as escolas, como no caso do Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH). As crianças que não aprendem são discriminadas, excluídas e são encaminhadas ao consultório médico para que seja resolvido esse problema. Essa criança sai do consultório médico com um diagnóstico pronto, então é excluída pela segunda vez, passando a ser estigmatizada por ter uma patologia, uma doença, e a ser tratada como doente, utilizando medicamentos cada vez mais fortes para que seja desenvolvida a sua concentração e para que ela fique sentada no seu devido lugar (MOYSÉS, 2001).

Isso retrata ao menos dois aspectos no sentido do termo patologização. Primeiro, a tendência a qualificar como patologia comportamentos desadaptados, intensos ou impróprios de crianças, bem como o fato de diagnósticos terem extrapolado as paredes dos consultórios médicos e psicológicos, alcançando as escolas, as casas, a vida e a mente das pessoas, transformando em doenças eventos vitais próprios dos diferentes tempos que cada ser humano tem que cumprir ao longo da vida: a



infelicidade, a tristeza, a inquietude infantil, a timidez, a solidão, a rebeldia adolescente, entre outros. O segundo aspecto diz respeito à simplificação reducionista na qual se desloca um problema ou uma dificuldade da criança e seu ponto de abordagem da esfera coletiva a um problema unicamente individual, negando, assim, a influência do meio, das classes sociais, da qualidade das trocas familiares e sociais da criança, bem como as particularidades da escola e dos professores ao entender o problema, (MOYSÉS; COLLARES; UNTOIGLICH, 2013). Embora a influência de problemas de saúde sobre o rendimento escolar seja, com grande frequência, enfocada com destaque por autoridades governamentais, médicos e professores do Ensino Fundamental, ela raramente tem sido objeto de reflexão crítica por parte desses médicos e professores.

Se os educadores, em sua maioria, consideram essas questões de interesse e responsabilidade do setor da Saúde, na área médica se observa um crescente interesse por esse assunto. É fácil encontrar literaturas médicas sobre os distúrbios de aprendizagem, *deficit* de atenção e outros assuntos referentes à aprendizagem com soluções médicas. A difusão desses conceitos e a escassez de produção científica e crítica sobre as relações entre educação e saúde colaboram para a formação acrítica do médico e sua percepção medicalizada do fracasso escolar.

A reversão dessa situação parece-nos imperiosa e urgente, a fim de minimizar interferências negativas em busca de novos caminhos para a educação brasileira. Essa reversão só será possível por meio de um trabalho conjunto e consciente entre profissionais da Educação e da Saúde.

O papel do professor é de vital importância, pois, como produtor e formador, ele atua diretamente na construção da subjetividade da criança. A forma como o professor irá recepcionar esse aluno diagnosticado e conduzir a situação é importantíssima, principalmente porque é na escola que a criança passa grande parte do seu tempo, cresce, amplia conhecimento e constrói a sua identidade.

Cabe ao professor resguardar uma posição ética ante o assunto, mesmo que a patologia exista e insista. A consciência do docente depende da experiência de reconhecimento social, ou seja, o movimento da subjetividade, enquanto autoconsciência, produz-se na relação com o outro, na luta pelo reconhecimento (BACHELARD, 1996).

Nesse contexto, a ciência moderna positivista avançou muito no domínio da natureza, mas não no conhecimento dos processos humanos. A crescente patologização da infância se apoia nessa concepção de ciência, que tem contribuído para aumentar o consumo de drogas psicoativas por crianças, inclusive desde a primeira infância. Essas crianças necessitam de cuidados devido à sua



fragilidade. Cabe aos educadores questionar e procurar entender o porquê de o seu aluno estar assim e não intervir apressadamente para que essa atitude se torne um prejuízo à criança. No entanto, sabemos que há, em muitas escolas e redes, práticas cotidianas transgressoras do padrão medicalizante e que buscam desenvolver alternativas pedagógicas diferenciadas no enfrentamento das dificuldades de aprendizagem ou no comportamento dos alunos. “Cabe aos educadores envolvidos nessa luta contra a medicalização trabalharem em prol da desinvisibilização desse reducionismo medicalizante” (OLIVEIRA, 2013, p. 91).

Tais práticas, ao invés de aderirem à patologização das expressões do humano por meio da espetacularização das particularidades, visam resgatar um valor central em nosso projeto societário, o reconhecimento das singularidades em suas conexões com a universalidade da espécie humana (ANGELUCCI, 2013, p. 13).

Considerações finais

É imperioso dar atenção às instituições escolares, as quais estão cheias de problemas de toda ordem, como a falta de profissionais qualificados, de melhoras na infraestrutura, de remuneração adequada à função docente; falta de incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento científico e, principalmente, de fazer cumprir a lei referente ao número de alunos em sala de aula, o que dificulta, em muito, a relação efetiva e afetiva entre professor e aluno. Com base nesse aporte, reforça-se a necessidade de respeitar a vida de acordo com as características de cada indivíduo.

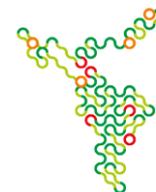
Referências

ANGELUCCI, C. B. Prefácio. *In*: MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.; RIBEIRO, M. C. F. (eds.). **Novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos. Campina SP: Mercado de Letras, 2013, p. 13.

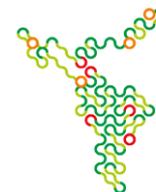
BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

CAPONI, S. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 343-352, 2007.

CARLI, F. G. de. A patologização e a medicalização da infância: epistemologia subjacente e repercussões na escola. *In*: REUNIÃO CIENTÍFICA REGIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, 11., 2016, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPED SUL, 2016.



- DALBOSCO, C. A. Pesquisa educacional e experiência humana na perspectiva hermenêutica. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 44, n. 154, out./dez. 2014.
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. 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, mar. 2012.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Botafogo, RJ: Nova Fronteira, 1975. 164 p.
- IRIART, C.; IGLESIAS RÍOS, L. I. Biomedicalización e infancia: transtorno de déficit de atención e hiperactividad. **Interface**, v. 16, n. 43, p. 1.011-1.023, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400012&script=sci_arttext. Acesso em: 24 maio 2021.
- JANIN, B. *et.al.* **La patologizacion de la infancia II: Problemas e intervenciones en la clínica**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.
- MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas, SP: FAPESP/Mercado de Letras, 2001.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. *In*: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos**. Campina SP: Mercado de Letras Campinas: Mercado de Letras, 2013.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C.; UNTOIGLICH, G. La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. *In*: UNTOGLICH, G. *et al.* **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.
- OLIVEIRA, I. B. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. *In*: MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos**. Campina SP: Mercado de Letras, 2013, p. 79-92.
- ROSA, G. da S. R. da; SOLTAU, A. dos S. S. Civilização culturalmente solidária. *In*: TOMASI, C. D.; SORATTO, J.; CERETTA, L. B. (orgs.). **Interfaces da COVID-19: impressões multifacetadas do período de pandemia**. Criciúma, SC: UNESC, 2020, p. 44-45.



A PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Luiz Philipe Geremias Benincá¹
Janine Moreira²

Resumo: O termo patologização foi cunhado para designar questões inerentes à vivência humana que passaram a ser vistas como doenças. É a lógica reducionista da condição humana a um preceito biológico normalizador. O enquadramento biológico, que por si só é nefasto, transforma problemas de ordem política, social e cultural em problemas individuais. As concepções da vida, na sua plenitude, os preceitos pedagógicos, todos são transformados em problemas biológicos. Aquilo que de fato é biológico é potencializado para ser um limitador da experiência humana. Cria-se nessa dinâmica faixas de enquadramento e atuação por antecipação. A normalização antes justificada pelo paradoxo normal e anormal é agora inscrita no pré-processo: o temor de se tornar anormal é uma busca contínua para a manutenção da normalidade ou a reversão do processo de anormalidade. Nesse prisma, somos moldados na exata medida do nosso corpo.

Palavras-chave: patologização; vida; normalização.

The Pathologization of Life

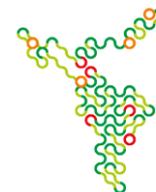
Astract: The term pathologization was coined to designate issues inherent to human experience that came to be seen as diseases. It is the reductionist logic of the human condition to a normalizing biological precept. The biological framework, which in itself is disastrous, transforms political, social and cultural problems into individual problems. The conceptions of life, in its fullness, the pedagogical precepts, are all transformed into biological problems. What is in fact biological is potentiated to be a limiter of human experience. In this dynamic ranges of framing and acting in anticipation are created. The normalization previously justified by the normal and abnormal paradox is now inscribed in the pre-process: the fear of becoming abnormal is a continuous search for the maintenance of normality or the reversal of the abnormal process. In this prism, we are molded in the exact measure of our body.

Keywords: pathologization; life; normalization.

É possível conceituar inicialmente a patologização como o “conjunto de práticas (incluindo as discursivas) que se referem ao fato de se dar explicações biomédicas para fatos não médicos.” (SANTOS, 2012, p. 185). A consequência desse modelo é que “Medicaliza-se, atualmente, tudo o que existe” (OLIVEIRA, 2013, p. 83) e, por tal razão, a expressão “fatos não médicos” é de extrema importância.

¹ Mestrando PPGE-UNESC – Criciúma/SC. Brasil.

² Docente do quadro permanente PPGE-UNESC e do curso de Psicologia – Criciúma/SC. Brasil.



É por intermédio dos estudos de Foucault que vamos entender que o vigente modelo de saúde tem o médico como figura quase divina. Um Juiz das condutas humanas e avalista de uma arquitetura poderosa. É ele o representante máximo do saber que domina, da lógica que conduz à vida. É Foucault (2018a, p. XVIII) quem nos instiga a analisar quando o discurso mudou de “o que é que você tem” para “onde lhe dói?”. Foucault vai nos evidenciar a dificuldade de oposição a esse modelo, afinal, “o que a ciência evidenciou/explicou o homem não pode questionar!” (OLIVEIRA, 2013, p. 80). Nesse prisma, somos moldados na exata medida do nosso corpo: “Vivemos em um momento no qual o corpo biológico passou a ser visto como aquilo que nos define enquanto sujeitos” (CALIMAN, 2013, p. 112). É a invocação de apenas uma parte do sujeito, ou seja, o “reducionismo do ser humano à lógica do seu funcionamento orgânico.” (MARTZ; TEIXEIRA; GOMES; 2015, p. 175). Nessa busca, a saúde, como um modelo ideal, será um valor supremo e o sujeito e a coletividade correrão intensamente atrás dela.

O instrumento da normalização biológica é o diagnóstico e a sua importância em um contexto moderno reside no fato de que “Uma patologia só é realmente real quando sua existência biológica é comprovada” (CALIMAN, 2013, p. 97). O diagnóstico, como peça à disposição de um modelo patologizador, está aberto no seu núcleo e sempre apto a metamorfoses. A importância de um diagnóstico somente será evidenciada quando a sua invocação demandar a existência de fatores que o criem e alimentem. Queremos dizer, portanto, que “Não há diagnóstico sem uma determinada concepção do que vem a ser patológico e assim reciprocamente” (DUNKER, 2018, p. 321). Em termos mais precisos, Foucault (1975, p. 49) afirma que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal.”

Os conceitos que formam as bases da medicalização estão sendo modificados na sua estrutura para adequar os novos comportamentos, tecnologias, enfim, tudo aquilo que pode influenciar no ambiente patologizador. O conceito de medicalização e a sua transformação demanda uma análise do contexto. As novas conceituações e promoções sobre a vida revelam discursos/estratégias que desenvolvem um certo temor reverencial no sujeito ao impor o medo até da pré-doença. Aquela normalização antes justificada pelo paradoxo normal e anormal é agora inscrita no pré-processo: o temor de se tornar anormal é uma busca contínua para a manutenção da normalidade ou a reversão do processo de anormalidade.



Para que tais elementos mantenham um aspecto constrangedor contínuo é que são desenvolvidas as táticas do autocuidado, os exames preventivos, as consultas por *whatsapp*, as dietas e suplementos salvadores, a criação de aplicativos, enfim, um sem número de dispositivos. É o “seguro-saúde” contra qualquer tipo de doença. É a materialização do exercício objetivo da futurologia médica que impedirá a manifestação de umas das condições mais essenciais do ser humano: a subjetividade. Ainda, é a construção de “[...] um mundo psicológico e social ordenado a partir do trabalho sobre o material humano” no sentido não somente de “reparar ou prever a deficiência”, como também de “programar a eficiência.” (CASTEL, 1984, p. 221).

É nesse panorama social que surgem os novos conceitos. Alguns autores, já demonstrando uma tendência de alteração em uma zona transitória, mesclam a medicalização com a patologização. Santos (2012, p. 185), por exemplo, opta pelo conceito amplo de medicalização por uma questão de melhor definição na literatura e parece referendar o que aqui é sustentado ao utilizar a medicalização como sinônimo de patologização³. Em outra passagem do texto de Santos (2012, p. 188), o referido autor, agora com suporte em Petrina (2006) e Conrad (2007), define medicalização como “aqueles processos em que problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos.”

O campo médico não cedeu lugar a outras áreas. Ele imiscuiu-se de tal forma na gestão humana que, ao mesmo tempo em que ampliava sua atuação, demandou a atuação de novas áreas e profissionais. “A medicina já não tem campo exterior”, dizia Foucault (2010, p. 186). Ainda, “Poder-se-ia dizer, quanto à sociedade moderna, que vivemos em “Estados médicos abertos”, em que a dimensão da medicalização já não tem limite.” (FOUCAULT, 2010, p. 186). Não se trata de diminuição do poder médico, mas de ampliação com uma sanha pantagruélica jamais vista.

Entende-se que a formulação teórica na presente hipótese deve agregar as condicionantes das situações do presente sem se desatrelar da origem histórica do conceito. Por tal razão, o conceito de patologização que parece adequado deve acolher a inserção de outras áreas, a manutenção da sua historicidade e a constituição de elementos modernos de aprimoramento e estabilização. Para que tal conjuntura possa ser agregada, talvez a melhor forma seja partir da condição generalizante para as subdivisões individualizantes.

Assim, a premissa generalizante encontra no termo patologização a abertura dessa nova ressignificação. Da estrutura do conceito clássico da medicalização (processos em que problemas não

³ O autor expressamente declara: “medicalização (ou patologização)” (SANTOS, 2012, p. 186).



médicos são definidos e tratados como problemas médicos) nos servimos para a formulação da ressignificação patológica. Ocorre, entretanto, que esse conceito não abarca – ou talvez até afasta – algumas variáveis modernas importantes. Se o conceito delimita a atuação na expressão “problemas não médicos” ele não insere a devida importância nas condições inexistentes.

Percebe-se que qualquer situação da vida pode ser alçada à condição médica. Porém, existem também as “não situações”, ou seja, processos que não são médicos porque não são situações aferíveis ou potenciais, ou seja, não são problemas. Se o contexto conceitual clássico exige, para alguns, a presença anterior de um problema – que deve ser não médico-, um conceito ressignificado pode despir-se dessa exigência para afirmar, em primeira análise, a noção de um “não problema”.

Foucault (2010, p. 186) nos fornece valioso exemplo de um não problema que pode invocar a atuação da medicina e do direito (aqui a provar também a junção de outras áreas do saber):

Recentemente, na França, um ex-prisioneiro escreveu um livro para fazer as pessoas compreenderem que, se roubou, não foi porque sua mãe o desmamou cedo demais, nem porque seu superego é débil, tampouco porque sofre de paranóia, mas porque lhe deu na telha roubar e ser ladrão.

Pode-se ir além. E se a inexistência do pressuposto patológico não for também um problema? Queremos dizer: e se a procura por um problema for uma solução? O debate para tentar responder a essa questão depende da fonte e do contexto. Se determinado sujeito vive em constante tensão e dúvida sobre a existência de um processo patológico a sua patologização será a salvação de todas as angústias. Então, em resumo, parece não ser suficiente a existência das expressões “problemas não médicos” e “tratados como problemas médicos”. É a vontade de diagnosticar o “não problema” ou querer não ter algo que problematize a questão. É a vontade de ser enquadrado. Entrar no jogo. Ser normal, ao final.

É a normalidade, pois, que demanda afirmar que não ter alguma coisa é na verdade desejar ter algo ou desejar afirmar a inexistência de algo, ou a simples vontade de ser normal. Mais do que normalizar, a patologização pretende que o sujeito deseje a normalização. Não é um fetiche mas um jogo muito entabulado que cerca de todas as maneiras qualquer situação humana.

Por tal razão, o conceito de patologização pode ter por premissa toda e qualquer atitude que tenha por objetivo uma lógica reducionista da condição humana a um preceito biológico normalizador. A medicina não detém mais essa exclusividade, apesar ainda da sua enorme influência. Esse preceito normalizador pode ser discursivo, material, ou imaterial. No primeiro, a título de



exemplo, tem-se as máximas das expressões coloquiais do “tadinho, está doente”. Podemos acrescentar o *marketing* como instrumento discursivo da normalização (o exemplo das pesquisas de consumo é elucidativo).

No segundo, ainda na seara de exemplos, tem-se os elementos materiais que servem ao modelo patologizador. O elemento mais visível dessa faceta é a farmacologização, ou seja, o consumo/fornecimento desenfreado de fármacos. A farmacologização está à serviço de um modelo de saber-poder normalizador e utiliza do *marketing* (faceta discursiva) para sua implementação. São as pílulas que prometem um melhor desempenho para o corpo cansado, o nascimento de cabelo, a melhora do humor, enfim, a gestão da vida na sua totalidade.

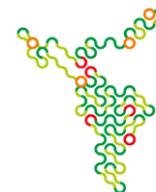
Para uma noção da amplitude da vontade e da expressiva massificação da farmacologização, Gurgel (2014, p. 107-108) nos informa que um trabalho acadêmico conseguiu levantar que 80% dos entrevistados consideravam a prescrição de medicamentos o momento mais importante da consulta médica. Tal conclusão vai ao encontro do que disse Foucault (2010, p. 191) certa vez sobre os médicos e a indústria farmacêutica: “Estes profissionais, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação.”

O terceiro caminho da normalização, a faceta imaterial, pode ser exemplificado nos aplicativos de celulares. Os *softwares* que prometem o controle da alimentação, do sono, da gestação, que produzem as consultas médicas e um infindável campo de aplicativos de controles biométricos.

A perspectiva apresentada de patologização envolve a noção de não exclusividade da medicina ainda que não se afaste da hegemonia do saber médico. Um questionamento na seara prática ganha relevos importantes: como entender a patologização de crianças e adolescentes diagnosticados com câncer, por exemplo? Se a existência biológica do câncer nas crianças e adolescentes é fato indiscutível, a patologização tem espaço em qual lugar?

Partindo do conceito aqui proposto, ela reside em qualquer atitude que limite a criança e o adolescente por conta da existência anterior do diagnóstico de câncer. Não é uma patologização originária, ela é materializada por derivação. Todo elemento normalizador terá por gênese a afirmação “é isso por causa daquilo”, ainda que uma ou mais premissas sejam verdadeiras.

Cito um exemplo.



Uma criança ou um adolescente diagnosticado com câncer está triste e com baixo desempenho escolar. Construir uma ligação necessária do baixo desempenho escolar com o câncer é dizer que “um é” “por causa do outro”. É possível cogitar essa hipótese e tal fato pode ser verdadeiro (quem não estaria triste, por exemplo?), mas a simples existência de um enquadramento (“isso ou aquilo”) por causa do diagnóstico do câncer é limitador. O câncer impõe novas condições na vida da criança e do adolescente e nenhuma delas precisa ser necessariamente limitadora, ou seja, não haverá um destino previamente definido como se o diagnóstico de câncer impusesse um “protocolo de vida”.

A patologização existe não porque a ansiedade por exemplo (uma “não consequência” necessária do câncer) foi diagnosticada, ela existe porque deriva da conclusão ilógica da preexistência do câncer. A patologização, nesse caso, não é provocada unicamente quando um problema “não médico” é alçado aos cuidados da medicina, mas também quando um determinado problema (ou até a ausência dele, como verificamos anteriormente) extrapola as fronteiras biológicas para designar o que o sujeito passará a ser (protocolo de vida). É quando a identidade do sujeito passa a ser a sua doença. É a imposição de uma formação de subjetividade: seja a sua doença!

Nessa hipótese, estar com câncer é motivo para se descortinar qualquer possibilidade redutora. É dizer, em resumo, que alguém lutando contra o câncer tem a vida limitada. A imposição de novas condições por um fator biológico não nos permite concluir que essas mesmas condições devam ser limitadoras. É preciso a abertura de possibilidades, de enfrentamento e de resistência a essa afirmação. Os desdobramentos da existência factual de um problema biológico também podem ser nefastos. Por tal razão, reitera-se, a patologização pode ser caracterizada como qualquer conduta que visa reduzir e normalizar as potencialidades humanas, seja pela exclusividade do saber médico ou seja pela junção com outras áreas do saber.

Por fim, destaca-se que essa proposta conceitual não afasta o termo medicalização. Pelo contrário, ele dá especificidade ao contexto patologizador, ou seja, a patologização pode, no caso individual, ser analisada como os processos em que problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos. Poderá também aliar-se à faceta material farmacológica, por exemplo. Todas essas variáveis (facetas discursivas) podem estar acompanhadas ou não de fármacos (faceta material) ou de aplicativos para controlar o uso dos próprios fármacos (faceta material e imaterial).

Todas essas conclusões não são exaustivas, são precárias e talvez tragam mais problemas do que respostas, mas elas têm dois objetivos. Primeiro, demonstrar que qualquer conduta de um



ambiente de saber que leve à normalização poderá ser enquadrada como patologização. E, segundo, demonstrar que a existência de uma doença diagnosticada (o câncer no nosso exemplo) é nascedouro também de um processo patologizador (por derivação), e são exemplos a ansiedade, o estigma, o preconceito.

A existência de um problema “não médico” que será definido e tratado como problema médico pode ser uma segunda patologização. A primeira derivou da correlação imediata entre a suposta limitação da condição de lutar contra o câncer e o próprio diagnóstico da doença, a segunda da existência de outros diagnósticos que se alimentam do próprio diagnóstico de câncer. A noção patologizadora fica cristalina diante da responsabilização do sujeito diagnosticado, afinal, “é ele que tem câncer”, qualquer preconceito que dele origine por derivação tem causa no diagnóstico de câncer.

A consequência dessa linha de raciocínio é relativamente simples: se o sujeito passa a ser a própria doença (estar com câncer, como no nosso exemplo), presente está o ato de sujeição que desencadeará o enquadramento desse mesmo sujeito em um campo de anormalidade, ainda que transitório. O processo de exclusão (muitas vezes travestido de inclusão) é imediato e gera efeitos no próprio sujeito, na família e, como desdobramento específico, no campo da educação.

Referências

CALIMAN, Luciana Vieira. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *In: COLLARES, Cecília A. Lima; MOYSÉS, Maria A. Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França (Orgs). **Novas capturas: antigos diagnósticos na era dos transtornos.** Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p. 109-131.*

CAPONI, Sandra; VALENCIA, Maria Fernanda Vásquez. Apresentação. *In: **A medicalização da vida como estratégia biopolítica.** CAPONI, Sandra. et al. (Orgs). São Paulo, LierArs, 2016. p. 09-13.*

CARVALHO, Sérgio R *et al.* **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Introdução. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3312015000401251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2019.

CASTEL, Robert. **La gestión de los riesgos.** Barcelona: Anagrama, 1999.

CLARKE, Adele E; SHIM, Janet K; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer R. **Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine.** *American Sociological Review*, 2003, v. 68, p. 161-194.



COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico. A Patologização da Educação. **Ideias** (UNICAMP), v. 23, p. 25-31, 1994.

DUNKER, Christian. Epílogo – Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (Orgs). **Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 317-351.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou da antimedicina. **Revista semestral autogestionária do Nu-Sol** (Núcleo de Sociabilidade Libertária do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP), Trad. do espanhol por Heliana Conde, São Paulo, n.18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 04 jul. 2019.

GURGEL, Iordan. A medicalização da vida cotidiana. In: VIÉGAS, Lygia de Souza. *et al.* (Orgs). **Medicalização da Educação e da Sociedade: Ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014. p. 105-117.

MARTZ, Laura Wey; TEIXEIRA, Vera Regina Vitagliano; GOMES, Jason. Determinismo biológico: a necessidade de desconstrução desse olhar no contexto educacional. In: BARROS, Renata Chrystina B; MASINI, Lucia (Orgs). **Sociedade e medicalização**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015. p. 175-184.

OLIVEIRA, Inês Barbosa de. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. In: COLLARES, Cecília A. Lima; MOYSÉS, Maria A. Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França (Orgs). **Novas capturas: antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p. 79-92.

PEREIRA, Kátia Cristina Brolezi. **A criança além da patologização: histórias do CCazinho**. 2015. 210 f. Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2015.

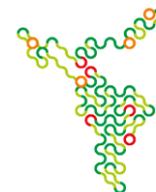
RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. In: Thoughts on the Concept of Biopower Today, **Revista de Ciências Sociais**, n. 24, p. 27-57, abr. 2006. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600/4156>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. O dispositivo de (bio) medicalização, as neurociências & o currículo na produção de corpos medicalizados na escola contemporânea. In: PARAÍSO, Marlucy Alves; VILELA, Rita Amélia; SALES, Shirlei Rezende (Orgs.). **Desafios contemporâneos sobre currículo e escola básica**. Curitiba: CRV, 2012. p. 181-204.



ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, set. 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000300721&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jul. 2019.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2019.



A PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO NO PROCESSO DE LUTO

Maria Aparecida de Assis Gaudereto Mautoni¹
Janine Moreira²

“Sou homem, o que é razão suficiente para eu ser infeliz.”
Poeta grego Menandro, século IV a.C.³

Resumo: Este artigo objetiva apresentar como a patologização e a medicalização da vida impedem a ocorrência do processo de luto. O luto é uma resposta adaptativa após uma perda significativa e apresenta, em algumas pessoas, reações físicas, emocionais, comportamentais e espirituais. Há dias melhores e outros piores. A saúde, vista como estado de completo bem-estar físico, mental e social, implica buscar a qualquer custo o bem-estar, mesmo que a pessoa se sinta triste e angustiada por vivenciar uma perda. Neste caso, busca, então, uma solução, por meio do uso de “pílulas mágicas” para sanar a dor física ou emocional que esteja impedindo, mesmo que por um curto período, sua felicidade plena.

Palavras-chave: Patologização. Medicalização. Luto.

Patologization and medicalization in the grief process

Abstract: This article aims to present how the pathologization and medicalization of life prevents the grieving process from occurring. Grief is an adaptive response after a significant loss and has, in some people, physical, emotional, behavioral and spiritual reactions. There are better and worse days. Health seen as a state of complete physical, mental and social well-being implies seeking well-being at any cost, even if the person feels sad and anguished for experiencing a loss, then seeks a solution in the use of “magic pills” to heal the physical or emotional pain that is preventing, even for a short period, full happiness.

Keywords: Pathologization. Medicalization. Grief.

Introdução

A patologização e medicalização, no contexto social e educacional, são entendidas como um processo de extensão da prática médica ao diagnosticar o indivíduo por apresentar

¹ Mestranda em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Licenciada e Graduada em Psicóloga pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), especialista em Perdas e Luto. E-mail: aparecidamautoni@yahoo.com.br

² Docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESC. E-mail: jmo@unescc.net

³ Citado no livro “*Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso de doença mental*” (WHITAKER, 2017, p. 161).



problemas da vida em forma de doenças. Chorar e ficar triste por um evento estressante, algo que acontece na condição de ser humano, é visto pela medicina e pela sociedade como “doença mental”. Nessa situação, fica cada vez mais difícil, na sociedade contemporânea, encontrar um espaço permissível para expressar o sentimento de tristeza pela morte de alguém. Normalmente, quando a dor afeta a pessoa e interfere, também, quem está ao seu entorno, para livrar-se dela, a alternativa é reprimi-la ou buscar ajuda médica.

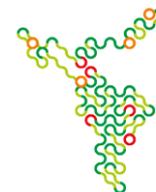
Muitas vezes, o diagnóstico se dá apenas com uma escuta dos sinais e dos sintomas relatados pela pessoa que está em sofrimento. Por conseguinte, os profissionais da saúde, em alguns casos, mesmo sem terem acesso ao histórico familiar e social do paciente, receitam um antidepressivo ou um ansiolítico, como o “Prozac” e o “Metilfenidato”, por exemplo, os quais podem desencadear um profundo distúrbio vicioso e dependente, devido ao uso abusivo desses medicamentos.

Todos os humanos são seres inacabados, limitados, o que confirma o natural sofrimento que sentem ao longo da existência, ocorrendo dias melhores, repletos de alegrias, e dias piores, de profunda tristeza, emoções essas que são compartilhadas com o outro, o qual também pode encontrar-se em sofrimento, pois é igualmente limitado e inacabado. Viver, na realidade, portanto, é estar em contato com um mundo de sofrimentos sem fim (WHITAKER, 2017).

É importante problematizar, então, como a sociedade lida com o processo de luto em pleno século XXI. Para isso, lança-se o seguinte questionamento: o que dificulta as pessoas enlutadas de elaborarem a perda significativa? Este artigo, logo, trata da medicalização e da patologização no processo de luto em tempos atuais. Para tanto, o trabalho foi dividido em três seções entre as quais constam: a medicalização do luto na sociedade atual; o processo de luto no contexto medicalizante; por fim, as considerações finais.

A medicalização do luto na sociedade atual

O termo “medicalização” surgiu na década de 1960 e é estudado em diversas áreas do saber por vários estudiosos, como Ivan Illich (1975), Michel Foucault (1987), Thomas S. Szasz (1976), dor forma que embora o fenômeno seja inicialmente problematizado no campo da medicina, é posteriormente ampliado na área da educação desde então. Sem usar estes termos, em Michel Foucault (1987), pode-se compreender que não se medicaliza somente a doença, mas também se



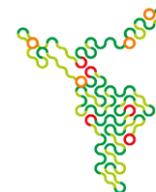
fabrica a patologização nos problemas do cotidiano, os quais ampliados e indefinidos, dada a dimensão que alcançam no dispositivo de cada detalhe da vida.

Na mesma corrente de pensamento, Ivan Illich (1975), em seu livro intitulado *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*, denuncia todo o processo de doença inventado pela medicina. Nesse sentido, critica-a dizendo que a saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida. Também explica que a iatrogênese social “[...] é o efeito social não desejado e danoso no impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (ILLICH, 1975, p. 43).

Quando uma pessoa procura o serviço médico por apresentar alguns sintomas que afetam, consideravelmente, a sua qualidade de vida, recebe um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e/ou Transtorno Depressivo, e é medicada para tal patologia por um profissional especializado para esta função. Então, essa pessoa acata, imediatamente, como verdadeiro o diagnóstico, mesmo percebendo que seus sintomas podem ter sido desencadeados após uma perda significativa. Em momento algum, esse indivíduo vai questionar o especialista se deve ou não tomar o medicamento ou duvidar do diagnóstico recebido, pois se parte do princípio de que esse é um fato, por ter sido prescrito pelo médico. Essa credibilidade acontece, porque o paciente não é especialista em História da Medicina, ademais, a pessoa que recebe um diagnóstico médico não sabe que a psiquiatria tem usado, por muito tempo (desde o século XIX), critérios de diagnósticos para estigmatizar, rotular e controlar as pessoas (SZASZ, 1976).

Os diagnósticos de uma pseudopatologia não acontecem somente na área médica, mas também nas instituições educacionais e sociais. Isso pode ocorrer, quando uma mãe recebe de uma autoridade educacional a notícia de que seu filho está “doente” – diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) –, por exemplo, por esse apresentar uma dificuldade escolar, necessitando ser medicado com “Ritalina” ou “Concerta”. Saberá ela que é uma fabricação de patologia biológica na qual questões relacionais deveriam ser constatadas?

Diante dessa problemática, a fim de se promover um trabalho de conscientização da sociedade sobre o ato medicalizante, um grupo de pesquisadores latino-americanos vem se reunindo anualmente em vários países da América Latina para questionar a respeito do tema patologização da vida. Dentre esses pesquisadores, são destacadas duas brasileiras, Cecília A. L. Collares e Maria Aparecida A. Moysés, autoras de livros e pesquisas sobre os fenômenos da patologização da vida, que contribuem

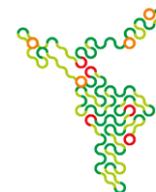


para o entendimento desses fenômenos no âmbito escolar e social. Esse movimento, chamado “Despatologiza”, teve início quando profissionais da saúde e da educação perceberam a necessidade de enfrentar, coletivamente, o fenômeno da patologização da vida, o qual transfigurava diferenças no sentir, pensar e agir do ser humano, que eram vistas como doenças, invisibilizando, assim, as desigualdades presentes na sociedade.

Thomas Szasz (1976), nesse ponto, denuncia que nenhum comportamento ou desvio de comportamento seja necessariamente uma doença ou possa ser doença. Ademais, comenta que, se as mulheres na sociedade, se rebelassem contra a dominação masculina, seriam diagnosticadas com uma doença chamada Histeria, caracterizada por um útero ambulante. Na mesma perspectiva, os escravos, por sua vez, que tentavam fugir em busca da liberdade entre os séculos XV e XVII, então, sofreriam da doença Drapetomania (drapeto = “fugido” e mania = “loucura”). Além disso, com a homossexualidade não foi ou seria diferente.

Portanto, é relevante se questionar o que significaria a afirmação de que realmente alguém está mentalmente doente, ou mais, o que realmente seria doença do corpo e que, por isso, precisaria ser tratado na área médica – como Febre Tifoide; Diabetes; Doenças pulmonares (como enfisema pulmonar); Tumores malignos em algum órgão do corpo humano; Doenças renais crônicas; e muitas outras patologias. Para apresentar o diagnóstico de uma doença, então, é preciso haver objetividade científica para constatar-la, e sua avaliação deve ser feita por meio de uma série de testes biológicos e de exames de imagem, como Raio X, Tomografia e Ressonância Magnética. Isso é o que justifica a pessoa ir ao médico e o que normalmente se espera quando realmente se está doente (SZASZ, 1976).

Thomas Szasz (1979), em seu livro intitulado *O mito da doença mental*, aborda criticamente e reflexivamente a chamada doença mental. A perda de um ente querido, as dificuldades escolares e os problemas no comportamento de uma criança, por exemplo, não podem ser classificados, estigmatizados, naturalizados como doença mental e serem, portanto, tratados no campo da medicina. Se uma pessoa não sofre de qualquer problema biológico anormal, geralmente não ela não é considerada doente. Nesse sentido, explica o autor que a noção de doença mental tem seu principal suporte derivado de fenômenos, como a sífilis cerebral, ou as condições delirantes, nas quais se sabe que as pessoas manifestam várias peculiaridades ou desordens do pensamento e do comportamento. Entretanto, vale ressaltar que essas são doenças do cérebro, e não da mente (SZASZ, 1979).



Os termos “patologização” e “medicalização” se tornaram tema central nas discussões sobretudo na atualidade educacional e social, principalmente para explicarem a atuação das áreas médicas em questões não médicas. Por esse motivo, problemas escolares de dificuldades de aprendizagem, problemas do cotidiano (como o luto pela morte de alguém), a tristeza pela perda significativa de uma pessoa, entre outros, deveriam ser tratados em seu devido contexto, mas são definidos e tratados como doenças na área médica. Lobo, nota-se que a intervenção médica expressada ao diagnosticar situações do cotidiano, muitas vezes, é equivocada. Isso acontece não só com as crianças que apresentam dificuldade em aprender a ler e a escrever – e que, com isso, ficam tristes, afastando-se do convívio social, por se sentirem excluídas pelos demais colegas –, como também na vida adulta, quando o diagnóstico dado ao paciente é de Transtorno Depressivo e lhe é receitado um antidepressivo para resgatar uma alegria não presente, já que esse se expressa por meio da tristeza ao enfrentar as diversidades da vida (SZASZ, 1979; FRANCES, 2015).

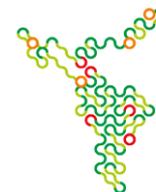
Com o mesmo significado, há o processo de transformar questões sociais em biológicas, conhecido como “biologização da vida”. Questões essas são conhecidas na história da humanidade, principalmente, com os avanços tecnológicos na medicina, o que gera dúvidas de quem é realmente a função de responder quando se trata de problemas escolares, de problemas médicos ou de problemas da vida (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

De acordo com Ivan Illich (1975), a medicalização da vida surge como parte integrante da institucionalização industrial. O autor afirma que a escola produz a educação; os veículos, a locomoção; e a medicina produz o tratamento. Para o autor, “Cada indústria chega a dominar seu setor e faz aceitar seus *outputs* como produtos de primeira necessidade que possuem todas as características de mercadorias industriais” (ILLICH, 1975, p. 79).

Explicam Freitas e Amarante (2017, p. 17)

[...] a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade é afetada pelo impacto do que passou a ser considerada uma verdadeira revolução terapêutica: o surgimento das terapias com antibióticos e hormônios, a descoberta de vacinas e, muito particularmente, a consagração triunfal da indústria farmacêutica.

Sobre a sociedade contemporânea, Ivan Illich (1975, p. 6) ainda apresenta como alibi o ato de “[...] encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes”.



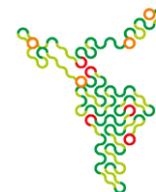
No mesmo sentido, Peter Conrad (2007) critica o processo de medicalização da vida como as questões não médicas que se tornam e são tratadas como problemas médicos, geralmente como doença ou distúrbio. Em outra instância, profissionais da saúde não médicos e profissionais da educação utilizam, para medicalizar ou psicologizar, os jargões médicos, suas concepções epistemológicas e seus modos de intervenção com a finalidade de tratamento.

A dor, a doença e a morte são experiências que fazem parte da vida. Os humanos as enfrentam, queiram ou não, todos os dias. Porém, percebendo uma dificuldade de enfrentar problemas da vida, diferente das dos séculos anteriores, a sociedade atual inventou “fórmulas mágicas” para ajudar as pessoas a enfrentarem as situações difíceis da vida. O objetivo final é resgatar a felicidade a todo custo, pois a infelicidade não faz parte do ser humano, foi expropriada da sociedade vigente. Nesse contexto, a medicina moderna tem sido desafortunada, tanto nas questões culturais e individuais quanto nas coletivas, uma vez que exercem o controle, a dominação das pessoas, cujas vidas, em vez de serem naturalizadas, são transformadas em mercadorias.

Quanto ao âmbito escolar, as autoras Moysés e Collares (2011) comungam o mesmo pensamento em relação à questão da medicalização da vida, especialmente nas dificuldades apresentadas por crianças e adolescentes, quando se articulam com a patologização pela invenção das “doenças do não aprender”. Porém, conforme a “naturalização” e a “jurisdição” da medicina, os problemas que acontecem no sistema educacional seriam identificados como “doenças”, as quais deveriam ser resolvidas com a intervenção médica, o que evidencia a ampliação da patologização.

Há décadas, discute-se, nos campos da ciência (como Sociologia, Psicologia e Antropologia), que o modo de vida adoce os humanos. Culturalmente, o jeito de pensar, sentir e agir evidencia a maneira com a qual pessoas buscam equilíbrio em seu contexto vital, aceitação em termos de comportamento e atitude. Além disso, são estabelecidos princípios e leis que determinam o padrão normal e saudável. Quem se desvia desse padrão, por sua vez, é considerado anormal e patológico. Assim, estabeleceram-se como cultura hegemônica crenças e valores de “adequado ao padrão” de uma certa sociedade, ou melhor, de normal e saudável (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

O movimento de profissionais, tanto na área da saúde como em outras áreas da ciência, luta contra a medicalização da vida, por meio de produções acadêmicas críticas sobre o modo de atuação de profissionais da saúde. O intuito é se comprometer com a ruptura da lógica de culpabilização do sujeito (paciente) para que se possa diminuir o sofrimento dele, especialmente quando se percebe que



os sintomas não se legitimam, ou seja, não condizem com a sua percepção. A individualidade se constitui nas relações históricas, culturais e sociais, então, deve ser validada como tal.

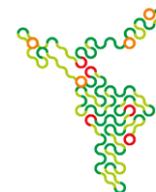
Sobre o processo de luto no contexto medicalizante

A dor da perda significativa desencadeia um sentimento de pesar, o qual se caracteriza como uma reação emocional diante da perda. Durante um tempo, a pessoa se sente triste, chora sempre que se lembra do objeto ou do ente perdido, sente-se confusa ou desorganizada. Essas e outras reações precisam de um tempo para serem processadas, ajustadas, reorganizadas novamente. Logo, o luto não é uma doença, é um processo individual e único, que contém dias melhores e piores. Por conta disso, as sintomatologias que poderão surgir no processo podem variar de acordo com as consequências e as circunstâncias da morte (PARKES, 1998; SOARES; MAUTONI, 2013).

Um dos sentimentos presentes, quando há uma perda importante – seja por rompimento de um vínculo afetivo, a perda de um emprego, a não aprovação ou concretização de projetos importantes, seja pela morte de um animal de estimação, de um amigo ou de um parente próximo –, é a tristeza. Muitas vezes, ela é impedida de ser expressada no âmbito familiar e social, principalmente quando o especialista da área médica receita um “remedinho” para aliviar os sintomas de tristeza, o choro fácil, o desânimo e a perda de concentração, que são reações esperadas do processo de luto (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Soma-se a isso, quando amigos e familiares exigem da pessoa enlutada que pare de chorar, que esqueça o fato e siga em frente. Nesse sentido, às vezes, verbalizam frases, como “*Você tem mais filhos*”, “*Ele descansou*”, “*Você pode ter outro filho*”, “*Logo, logo você arruma outro marido*”, pois olhar para a tristeza do outro é torturante, principalmente para aquele que também não encontra um espaço para expressar sua dor por uma perda.

Nas instituições educacionais, não é diferente. Quando uma criança ou um adolescente expressa o sentimento de tristeza, de raiva ou de ansiedade, é encaminhada/o para o serviço de saúde vinculado à escola. Em alguns casos, não são avaliados adequadamente os motivos da tristeza, da raiva ou da ansiedade, nem a possibilidade de que essa criança ou esse adolescente esteja sofrendo por ser vítima de maus-tratos no contexto familiar ou na própria escola, ou por estar sofrendo abuso sexual por parte de um adulto (MAUTONI, 2020), por exemplo.

Por esse aspecto, Moysés e Collares (2011) criticam a medicalização da vida articulada com a medicalização do campo educacional na intervenção das doenças do não aprender. Para elas, a



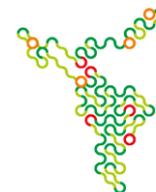
medicina contribui para a ampliação dessa prática na escola quando assume a responsabilidade de resolver os problemas do sistema educacional, o que faz criar uma demanda por seus serviços. As autoras citam que, a partir dos anos de 1980, ocorreu “[...] a progressiva ocupação desse espaço pelas pretensas disfunções neurológicas, a tal ponto que hoje a quase totalidade dos discursos medicalizantes referem-se à dislexia e aos TDAH” (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 137).

Lidar com a tristeza, em pleno século XXI, é visto como fracasso, impotência, depressão, incapacidade de enfrentar os problemas da vida, nunca como uma reação esperada após uma perda significativa. Os autores Horwitz e Wakefield (2010) escreveram um livro intitulado “*A tristeza perdida*” no qual apresentam um argumento persuasivo, que oferece importantes implicações à saúde pública e educacional. Eles correlacionam evidências históricas, filosóficas e psicológicas, por meio das quais desafiam a psiquiatria sobre o que é normal e o que é patológico.

De acordo com os autores, após a Segunda Guerra Mundial, que foi a época designada pelo poeta W. H. Auden a “era da ansiedade”, houve uma reação humana esperada devido às circunstâncias atípicas, “[...] como a devastação do bem-estar moderno, os horrores dos campos de concentração, o desenvolvimento de armas nucleares e as tensões da Guerra Fria entre Estados Unidos e a União Soviética” (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010, p. 15).

Se Auden estivesse vivo, estaria escrevendo sobre o momento contemporâneo, o qual é parecido com aquele vivido por muitas pessoas em tempos de guerra. A diferença é que a guerra agora é um inimigo invisível, um vírus (coronavírus), que mata milhares de pessoas por dia, e tira delas o direito de escolherem armas potentes para combatê-lo, como na época da Segunda Guerra Mundial, em que fora retirado o direito das pessoas velarem e ritualizarem os mortos. Enquanto a ansiedade, na época das guerras do século XX, e a tristeza pela morte de alguém eram vistas como normais pelas circunstâncias do momento de guerra, na atualidade, em contrapartida, a tristeza é vista como depressão e precisa ser tratada com antidepressivos, igualmente se receitando ansiolítico para se vivenciar a ansiedade da pandemia.

Nessa conjuntura, a medicalização da vida se torna cada vez mais presente na sociedade vigente, em que os lucros das indústrias farmacêuticas chegam a valores incalculáveis e os consultórios médicos formam filas em busca de um tratamento para curar a tristeza intensa, vista como patológica. Nas clínicas psicológicas, isso não é diferente, pois são esses profissionais que encaminham crianças, adolescentes e adultos para uma avaliação psiquiátrica, devido à tristeza



presente, sem uma investigação fenomenológica adequada do histórico familiar, escolar e social da pessoa. Com tudo isso, de acordo com a Revista Veja (2019, p. 1), a Organização Mundial de Saúde (OMS) informou que todos os dias, a cada 40 segundos, morre uma pessoa por suicídio em todo o mundo, incluindo crianças, adolescentes e idosos.

A medicalização da vida passou a ter uma certa dependência do campo da medicina, competindo a ela encontrar as respostas para seus males. São várias as intervenções médicas para “curar” as doenças que acometem as pessoas, que por um lado contribuem para o bem-estar da população, porém, por outro, a medicalização com tratamento inadequado pode acarretar em dependência farmacêutica e, em alguns casos, com tratamentos de longo prazo, pode provocar ainda mais lucros para as indústrias farmacêuticas, com danos irreversíveis ao ser humano.

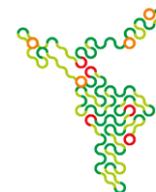
Destaca Ivan Illich (1975, p. 37) que

A medicalização do orçamento é indicadora de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem-estar com o nível de saúde nacional bruta e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica.

Ao se utilizar o termo depressão para diagnosticar um sentimento de tristeza por morte de alguém, mesmo que os sintomas depressivos tenham duração e números suficientes para satisfazerem os critérios de Episódio Depressivo Maior, tira-se a verdadeira atribuição desses sentimentos que são de luto, cujo tempo limite de duração é indeterminado. No caso da morte de um filho jovem, em pleno desenvolvimento, que morreu subitamente, por exemplo, não há como a família, principalmente a mãe, elaborar o processo de luto no período de seis meses a um ano, como o DSM (Manual de Estatísticas de Diagnósticos) determina (FRANCES, 2015). No luto, sentimentos de vazio, sensação de estranheza, tristeza profunda e desânimo são frequentes, e, às vezes, a dor da perda pode vir acompanhada de um humor oscilante entre positivo e negativo, contendo dias melhores e piores e uma forte emoção em datas comemorativas (PARKES, 1998; WHITAKER, 2017).

De acordo com Whitaker (2017), a tristeza foi abreviada com o uso de um medicamento muito usado na década de 1988, o Prozac. Ele era o medicamento de primeira escolha para quaisquer sintomas relatados pelos clientes no consultório médico naquela época. Era a “pílula mágica” para ajustar as pessoas ao padrão “saudável”, estabelecido pela sociedade.

Comenta Whitaker (2017, p. 165) sobre a crença da sociedade na eficácia dos antidepressivos renascida com a chegada do Prozac:



[...] dizia-se que esse inibidor seletivo de recaptção da serotonina (ISRS) fazia as pessoas se sentirem “melhor do que bem”. Infelizmente, quando os pesquisadores começaram a investigar os resultados dos ensaios clínicos submetidos à Administração Federal de Alimentos e Medicamentos (FDA) sobre o Prozac e os outros ISRS posteriormente introduzidos no mercado, a história da “droga milagrosa” desmoronou.

Nesse viés, Freitas e Amarante (2017, p. 92) denunciam a prática da medicalização da tristeza ao pronunciarem dados estatísticos vindos dos EUA e do Reino Unido:

Os números disponíveis evidenciam a epidemia da medicalização da tristeza em nossa sociedade. Em 2002, 11% das mulheres e cerca de 5% dos homens, nos Estados Unidos, tomavam antidepressivos. Em 2007, os antidepressivos passaram a ser as drogas mais frequentemente prescritas, superando os medicamentos para a pressão alta. Dados recentes vindos do Reino Unido são alarmantes: as prescrições de antidepressivos aumentaram 9,6% em 2011, chegando a 46 milhões. Os dados do consumo de antidepressivos aqui no Brasil são pouco conhecidos, porém, muito provavelmente, nesse aspecto o país não foge aos padrões dos chamados países desenvolvidos, como os Estados Unidos e Reino Unido.

É visível, portanto, que na sociedade atual os antidepressivos modificam os estados de humor depressivo por atuarem como serotonina e noradrenalina no cérebro. A crítica sobre a escolha de medicamento antidepressivo é que ele é prescrito para ansiedade, transtorno alimentar, transtorno obsessivo-compulsivo e para a tristeza pela perda de um ente querido (FREITAS; AMARANTE, 2017; WHITAKER, 2017).

Considerações finais

Buscou-se problematizar neste ensaio o processo de luto na sociedade contemporânea, a qual “nega” o direito às pessoas ficarem tristes, enquadrando o luto como “doença”, cujo paciente é medicado. As questões reflexivas expressadas no presente texto mostram como é difícil dar um sentido à dor para que ela seja elaborada e assimilada, a fim de acontecer a reorganização e a ressignificação desse árduo processo.

Surge, então, uma certa preocupação quando a tristeza é vista como uma doença depressiva, principalmente quando o DSM-V considera que esse sentimento associado à dor da perda deva ter um prazo de seis meses a um ano para ser sentida e que, a partir disso, é considerada patologia, ou seja, o paciente passa a ser medicalizado (FRANCES, 2015; FREITAS; AMARANTE, 2017; WHITAKER, 2017).



O luto não é uma doença, mas, em alguns casos, devido às circunstâncias da morte, ao relacionamento com a pessoa que morreu e à dificuldade de lidar com situações difíceis da vida cujo recurso de enfrentamento é limitado, a pessoa pode precisar de um acompanhamento de um profissional da saúde especializado em perdas e luto para se evitar complicações futuras. A provocação de que o luto pode ser patológico, na visão do DSM-V (FRANCES, 2015), convida todos a ficarem atentos, seja como profissional da saúde, seja como da educação. Além disso, promove a necessidade de se ter cuidado diante de diagnóstico avaliado por áreas afins, especialmente com relação ao fenômeno “luto” como “doença”, pois este foi incluído na classificação nosológica.

Referências

CONRAD, Peter. **The medicalization of Society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

FRANCES, Allen. **Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico**: respondendo às mudanças do DSM-5. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida. Porto Alegre: Artmed, 2015

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. **A tristeza perdida**: Como a psiquiatria transformou a depressão em moda. Tradução de Janaína Marcoantônio. São Paulo: Summus, 2010.

ILLICH, Ivan. **Expropriação da saúde**: Nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1975.

MAUTONI, Maria A. de A. G. A patologização e medicalização na educação: a normalidade sufoca a estrela do amanhã. **Revista Linguagem, Ensino e Educação**, Criciúma, v. 4, n. 1, jun./jul. 2020. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/lendu/article/view/6015/0>>. Acesso: 28 Maio 2021.

MOYSÉS, Maria A. A.; COLLARES, Cecília A. L. O lado escuro da dislexia e do TDAH. In: FACCI, Marilda G. D.; MEIRA, Marisa E. M.; TULESKI, Calvo (Org.). **A exclusão dos “incluídos”**: uma crítica da psicologia da Educação a patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2011, p. 133-196.

_____. Medicalização: O obscurantismo reinventado. In: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A.; RIBEIRO, Mônica C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memórias do II seminário internacional... Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.



PARKES, Colin M. **Luto**: Estudos sobre a perda na vida adulta. Tradução de Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

REVISTA VEJA. **800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, alerta OMS**. Publicado em 09 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://exame.com/mundo/800-000-pessoas-cometem-suicidio-por-ano-no-mundo-alerta-oms/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SOARES, Edirrah G. B.; MAUTONI, Maria Aparecida de A. G. **Conversando sobre o luto**. São Paulo: Ágora, 2013.

SZASZ, Thomas S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de Saúde Mental. Tradução de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. **O mito da doença mental**. Tradução de Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Aumento Assombroso da Doença Mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.



DESMEDICALIZAÇÃO: O PAPEL DAS MEDICINAS “OUTRAS”

Andréia Gimenes Amaro¹
Viviane Kraieski de Assunção²

Resumo: Surgido no final da década de 1960 o termo medicalização passou a ser utilizado no contexto da crítica às indicações e usos excessivos e indiscriminados de medicamentos e procedimentos “fabricados” pela biomedicina. Explorados como estratégia do mercado farmacêutico, os medicamentos assumem uma função simbólica e reduzem os males e enfermidades a um fenômeno estritamente biológico, desvinculando-os das diversas dimensões que caracterizam a existência humana. Agregado a isso, o caráter comercial empresarial do fenômeno da medicalização, tende a transformar a medicina em negócio e a doença em um fator de extrema lucratividade. A busca pela amenização ou cura dos males e/ou pela manutenção da saúde somada à disponibilidade e fácil acesso aos medicamentos, converte-se em um problema de saúde pública. Nesse sentido, torna-se fundamental repensar sobre essa racionalidade médica e elaborar estratégias para substanciar um movimento que segue na contramão desse processo: a desmedicalização. Neste trabalho evidencia-se a importância das medicinas tradicionais e complementares na promoção da saúde e bem estar das pessoas. Reconhecendo as multidimensionalidades humanas, estimulam a autonomia do sujeito e auxiliam na redução da dependência de medicamentos e procedimentos forjados pela indústria médica e farmacêutica e dos efeitos iatrogênicos decorrentes do modelo biomédico.

Palavras-chave: Saúde. Terapêuticas. Intermedicalidade.

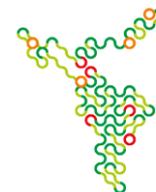
Demedicalization: the role of “Other” Medicines

Abstract: Emerging in the late 1960s, the term medicalization came to be used in the context of criticism of the excessive and indiscriminate indications and uses of medicines and procedures “manufactured” by biomedicine. Explored as a strategy of the pharmaceutical market, medicines assume a symbolic function and reduce illnesses and diseases to a strictly biological phenomenon, detaching them from the different dimensions that characterize human existence. Added to this, the commercial business nature of the phenomenon of medicalization tends to transform medicine into a business and disease into an extremely profitable factor. The search for the alleviation or cure of ills and/or for the maintenance of health, added to the availability and easy access to medicines, becomes a public health problem. In this sense, it is essential to rethink this medical rationality and develop strategies to substantiate a movement that goes against this process: demedicalization. This work highlights the importance of traditional and complementary medicines in promoting people's health and well-being. Recognizing human multidimensionalities, they encourage the subject's autonomy and help to reduce dependence on drugs and procedures forged by the medical and pharmaceutical industry and the iatrogenic effects resulting from the biomedical model.

Keywords: Health. Therapeutics. Intermedicality.

¹Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais , UNESC, Criciúma, Brasil.

²Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais, UNESC, Criciúma, Brasil.



Surgido no final da década de 1960 associado à ampliação dos domínios da medicina “oficial”³ nos variados aspectos da vida dos sujeitos, o termo medicalização passou a ser abordado no último século também no contexto da crítica às indicações e usos excessivos e indiscriminados de medicamentos e procedimentos “fabricados” pela biomedicina. Dos primeiros registros às atuais referências, esse termo foi flexibilizado sendo utilizado como importante dispositivo na implementação de estratégias de sanitização da população, na patologização dos comportamentos considerados desviantes e no controle social da medicina (ZORZANELLI et al, 2014).

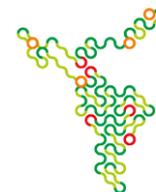
A interferência médica na intimidade das pessoas remonta o surgimento da medicina moderna e da sanitização no século XVIII, referenciando profissionais da saúde e educadores como especialistas na resolução dos males domésticos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Nesse sentido “problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados sob o prisma da medicina científica como “doenças” a serem tratadas” (CARVALHO et al., 2015, p.1253), restringindo a autonomia dos sujeito quanto à escolha por outros procedimentos terapêuticos que não o “oficial”.

No século XX, principalmente a partir das décadas de 60 e 70, a medicalização passa a ser pauta nos debates da psiquiatria, invocada por Barbara Wooton e Thomas Szasz (FRAZÃO E MINAKAWA, 2018), e estende-se para o campo da sociologia da saúde com as contribuições de Irving Zola (1972), Ivan Illich (1975), Peter Conrad (1975) e diversas obras de Foucault que abordam o tema por meio do conceito de biopoder (MINAKAWA, 2016).

Em 1972, no artigo intitulado “A Medicina Como uma Instituição de Controle Social”, do sociólogo Irving Zola, o termo medicalização é abordado associado ao poder facultado às instituições médicas e as intervenções em âmbitos da vida dos sujeitos, até então tidos como privados. Nesse artigo Zola propõe a análise do fenômeno da medicalização a partir de quatro eixos que de forma ampla convergem no sentido da expansão dos domínios da medicina e da conquista do cotidiano dos sujeitos, rompendo as fronteiras do normal e do patológico (FREITAS, AMARANTE, 2017, p.23).

Freitas e Amarante (2017) trazem também outro aspecto interessante abordado na obra de Zola no que se refere à manutenção desse processo de controle social pela medicina, a prevenção,

³ O termo “medicina oficial” se refere aos conhecimentos e práticas construídos com base nos preceitos da ciência moderna cujas concepções de saúde e doença estão alinhadas com o modelo biomédico consolidado na atualidade.



ou seja, a instrumentalização de formas de evitar as doenças, o que justificaria, nesse sentido, não só as intervenções das instituições médicas, como também, as torna algo consentido e até desejável.

Na mesma linha de análise, Ivan Illich (1975) critica a medicalização da prevenção, ou seja, a “extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde”. Elencando os *check-ups* como itens de consumo da medicalização preventiva, Illich alerta para os riscos diretos dos exames e procedimentos, muitas vezes invasivos, que compõem esse “combo” preventivo, como também para os riscos indiretos que envolvem as expectativas e ansiedade que alteram o estado psíquico dos sujeitos.

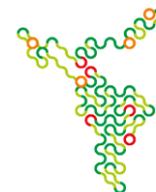
Todas essas questões colaboram para que Illich enquadre a medicalização da prevenção como um dos graves sintomas do que denomina “iatrogênese social”, ou seja, “o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (ILLICH, 1975, p.31).

Para Peter Conrad (1979) a medicalização pode ocorrer em três níveis diferentes: o conceitual, o institucional e o interacional; nesses níveis distintos, o fenômeno da medicalização pode ser instaurado pela influência direta de profissionais médicos ou mediado por segmentos não médicos da sociedade.

Uma das grandes preocupações de Conrad orbitou no controle social da medicina sobre os comportamentos considerados desviantes como, por exemplo, a hiperkinesia, abordada em um dos seus estudos intitulado “The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior”, publicado em 1975.

Esse estudo traz à tona a discussão sobre os níveis de ocorrência da medicalização e problematiza como as instituições, apoiadas por duas importantes áreas, a farmacêutica e a governamental, “cujos os motivos são menos puros” (BECKER, 2008, p.155), acabam por desempenhar um importante papel na padronização dos comportamentos (MINAKAWA, 2016). Contrários aos comportamentos “desejáveis” estariam os comportamentos tidos como “desviantes”, que ao serem concebidos como doenças, legitimaram e estimularam a busca e o investimento em tratamentos e intervenções médicas.

Com base na análise das obras de Foucault, Zorzanelli et al (2014) propõem que o termo medicalização assume dois sentidos na obra do referido autor: um entre o final do século XVII e final do século XIX, relacionado à importante atuação das instituições médicas no processo de



sanitarização das cidades europeias; e o outro, iniciado no final do século XIX permanecendo até a atualidade, caracterizado pela intervenção da medicina nos mais variados âmbitos da vida dos sujeitos.

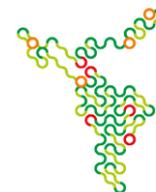
Por meio do método genealógico, uma “análise meticulosa de toda a construção histórica dos saberes” (DINIZ e OLIVEIRA, 2014, p.145), Foucault apresenta os mecanismos que levaram a medicina a ampliar seu campo de atuação e domínio, partindo do Estado, das cidades e da pobreza para infiltrar-se nos mais variados âmbitos da vida humana. Conforme observa Zorzanelli e Cruz (2018, p.724) “De certa forma, quando a medicina adentrou esse espaço social, ela preparou o terreno para que o exercício biopolítico da medicalização sem fronteiras fosse possível e efetivo no século XX e perdurasse até o século XXI.”

Pautados na literatura da segunda metade do século XX, Frazão e Minakawa (2018), destacam quatro forças subjacentes que impulsionaram a expansão do fenômeno da medicalização e, de forma articulada, garantem sua manutenção: a indústria, subversora das instituições; as instituições, atuando como “empreendedores morais” (CONRAD, 1975); o Estado, permeado pelo sistema hegemônico; e a sociedade, quando subjugada pelo consumo.

“A dose faz o veneno”

Embora diretamente relacionado às questões burocráticas e operacionais que envolvem a elaboração de normas, estratégias organizacionais e previsão de recursos, o planejamento em saúde, possui em sua base fundante questões fundamentais relacionadas a sua necessidade, constituindo-se, neste sentido, em um “conceito político, complexo, e carregado de valor” (FRAZÃO e MINAKAWA, 2018, p.423).

As necessidades de saúde implicam definir, além da concepção de sujeitos para os quais as ações estão voltadas (MESQUITA AYRES, 2002), a análise dos inúmeros contextos (social, político, econômico, ambiental, etc.) em que este sujeito está inserido. Alguns autores, por exemplo, investigam a interface entre trabalho e uso intensivo de medicamentos na busca pela melhoria da *performance* profissional que garanta contemplar as expectativas e imposições do modo de produção e da formação social capitalista que centraliza nos sujeitos a inteira responsabilidade pelo seu sucesso ou fracasso (ORLANDI, 2007).



A meritocracia, enaltecida pelo modelo neoliberal, adota o desempenho como critério de categorização dos sujeitos, estimulando a competitividade e o individualismo. Nesse sentido, a sociedade do cansaço, como Byung-Chul Han (2017, p.69) referencia a sociedade ativa saturada de positividade⁴, transfigura-se numa sociedade do *doping* composta por sujeitos que, transformados “numa máquina de desempenho”, funcionam livres de perturbações e maximizam sua capacidade produtiva.

Já no século XVI, o médico e alquimista suíço Theophrastus Bombastus von Hohenheim, conhecido pelo pseudônimo Paracelso, já alertava que a diferença entre o remédio e o veneno estava na dose (SCHMIDT, 2019). Ao considerarmos que a busca pela manutenção da saúde associada a oferta e ao fácil acesso à medicamentos converte-se, muitas vezes, em problemas de saúde pública, o princípio de Paracelso torna-se pertinente quando transmutado para o contexto de análise proposto nesse estudo.

O relatório intitulado “No podemos esperar: asegurar el futuro contra las infecciones farmacorresistentes”, elaborado e divulgado pela ONU em 2019, afirma que morrem ao ano em torno de 700.000 pessoas em decorrência de resistência antimicrobiana e estima que até 2050, 10 milhões de pessoas no mundo poderão morrer a cada ano por esse motivo já considerado “una crisis mundial que pone en riesgo un siglo de avances en materia de salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (OMS, 2019, p.3).

No Brasil, um estudo coordenado pelo Conselho Federal de Farmácias (CFF), publicado em 2019, aponta que a maioria dos brasileiros (77% nos últimos seis meses) costumam utilizar medicamento sem prescrição. Além disso, a maior parte dos entrevistados afirma já ter alterado a dosagem do medicamento prescrito pelo profissional de saúde. Os dados apresentados acima reforçam o caráter crítico do uso indiscriminado de medicamentos, prescritos ou não, e refletem uma tendência mundial, impulsionada pelo mercado farmacêutico, considerado um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial.

⁴ De acordo com Chul Han, a positividade seria um mecanismo que instiga os sujeitos a uma busca incessante por realizações, conquistas, produção; desconsiderando ou minimizando os limites ou possíveis consequências desse intenso movimento.



A desmedicalização e o papel das medicinas “outras”

É relevante enfatizarmos que a crítica à medicalização realizada neste trabalho, de forma alguma nega as contribuições e os avanços promovidos pela medicina “oficial”. O que aqui problematizamos é sobre os “efeitos colaterais” da expansão ilimitada da oferta e do consumo de medicamentos e procedimentos médicos, uma das roupagens do fenômeno da medicalização. Desmedicalizar nesse sentido, comporta a ação de retomada da autonomia e, portanto, da capacidade de autogestão dos sujeitos sobre seus corpos e itinerários terapêuticos e de saúde.

Assim como a medicalização, os processos desmedicalizantes se estabelecem de acordo com as transformações no Estado e na Sociedade, considerados forças motrizes destes processos, buscando se adequar frente às exigências da transição entre modernidade e pós-modernidade (FRAZÃO e MINAKAWA, 2018).

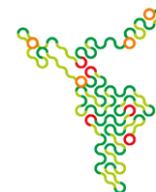
Opondo-se a estes processos de medicalização da vida, surgem estudos alertando para os riscos e para a necessidade urgente de uma nova racionalidade médica que contemple os sujeitos em sua integralidade, ou seja, atentando para as múltiplas dimensões da vida (cognitiva, biológica, emocional, espiritual, etc.);

Conforme observa Santos (2005, p.52), a abertura epistêmica, estabelecida com a atual crise da ciência moderna, “tem vindo a permitir o reconhecimento da existência de sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna ou que com esta se articulam em novas configurações de conhecimentos”.

Este movimento tem se refletido também no campo da medicina em que, historicamente, os conhecimentos tradicionalmente construídos são relegados a uma condição de subalternidade quando comparados aos conhecimentos biomédicos, legitimados “não apenas por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado” (FOLLÉR, 2004, p.110).

Apesar de tratar-se ainda de um ponto nevrálgico, observamos algumas iniciativas que apontam para o reconhecimento da pertinência e das possíveis contribuições dos conhecimentos tradicionais que consubstanciam as chamadas “medicinas outras”.

No plano de ação elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulado “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional”, é ressaltada a importância da pluralidade dos saberes e práticas médicas e suas possíveis contribuições na prestação de serviços de saúde e na



prevenção de enfermidades. Lançado em 2002, inicialmente com dois anos de vigência, este plano foi relançado em 2014 e sua operacionalização prevista até 2023.

De acordo com dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o plano acima citado, além de “prestar apoio aos Estados Membros para que aproveitem a possível contribuição da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) a saúde, bem-estar e a atenção centrada nas pessoas”, busca promover a inclusão e utilização segura e eficaz nos sistemas de saúde dos Estados membros, reconhecendo tratar-se de “una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención desalud”.

No Brasil, podemos destacar a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), com base na Lei nº. 9.836/99, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria nº 971/2006 e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PICs), regulamentada pelo Decreto nº 5.813, em junho de 2006.

No entanto, é relevante observar, conforme destaca Langdon e Garnelo (2017, p.459) que, embora contempladas em documentos oficiais, “existe una brecha entre la garantía jurídico-política de un derecho y sus resultados en la vida cotidiana de los ciudadanos”. Isso de deve, não exclusivamente, mas principalmente, pelas assimétricas relações de poder refletidas na resistência de gestores e profissionais de saúde (LANGDON; GRISOTTI, 2016, p.100) e demais dispositivos encarregados da manutenção do *status quo*.

Considerações finais

Dentre os mitos da modernidade, está a crença de que os conhecimentos científicos, por si só, seriam capazes de dar conta da complexidade dos problemas que compõem a crise multidimensional, vivenciada na atualidade. Assim como em muitas áreas do conhecimento, no campo da medicina foram elevados à categoria de legítimos, operacionalizados somente por pessoas “autorizadas”, paramentados com tecnologias que acentuaram a fronteira entre o moderno e o tradicional (SCOPEL, 2013, p.27).

Porém, na contramão deste processo, outras formas de conhecimento florescem na América Latina, bem como em outras partes do mundo (LANGDON, 2017, p.1027), sendo inclusive, reconhecidos como alternativas na amenização dos males e cura das doenças. As medicinas outras



começam a ser elencadas como caminhos possíveis para a promoção da saúde e do bem estar, inclusive em documentos elaborados pelas mesmas bases que reificaram o sistema biomédico.

Referências

BECKER, Howard S. **Outsiders** – Estudos de Sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

CARVALHO, Sérgio R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1259, 2015.

CHUL HAN, Byung. **A sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2017.

CONRAD, Peter. The Discovery of hiperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**. 23, 1, 12-21, oct. 1975.

CONRAD, Peter. Types of medical Social Control. **Sociol Health Illn**. 1979 Jun;1(1):1-11. doi: 10.1111/1467-9566.ep11006751.

DINIZ, Francisco Rômulo Alves; OLIVEIRA, Almeida Alves de. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**, vol. 2, nº 3, p. 01 - 217, nov. 2013/jun.2014.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 129-147.

FRAZÃO, Paulo; MINAKAWA, Marcia Michie. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 16, núm. 2, pp. 407-430, 2018.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

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. **Interace Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112>> Acesso em: jan. 2018.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**- Nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975



LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 4, 2017, p. 457-470.

LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia. **Políticas públicas**: reflexões antropológicas. Florianópolis, Ed. da UFSC, 2016.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Salud Colectiva**. V.13, n.3, 2017, p. 1019-1029.

MESQUITA-AYRES, José Ricardo de Carvalho. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v.20, n.2, jul.-dez. 2002.

MINAKAWA, Marcia Michie. **Bases teóricas dos processos de medicalização**: um olhar sobre as forças motrizes. 2016. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, São Paulo.

OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Disponível em: <https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/>. Acesso em: ago. 2019.

ORLANDI, E. O sujeito discursivo contemporâneo: um exemplo. In: INDURSKY, F; FERREIRA, M.C.L. (Orgs.). **Análise do Discurso no Brasil**: mapeando conceitos, confrontando limites. São Carlos, SP: Claraluz, 2007. p. 11-20.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula G. de. NUNES, João Arriscado. Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). **Semear outras soluções**: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p. 21-26.

SCOPEL, Daniel. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas**: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. 262 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHMIDT, Eder. Paracelso e o Paragranum: ensaio de uma nova medicina? **Revista Médica de Minas Gerais**. 2019; 29: e-2022.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, 20 (4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

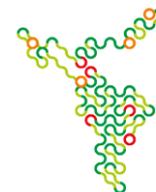
ZORZANELLI, Rafaela Teixeira et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(6): 1859-1868, 2014.



Universidade do Extremo Sul Catarinense
IV Congresso Ibero-Americano de Humanidades, Ciências e
Educação
Desafios Contemporâneos das Sociedades Ibero Americanas



ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 22 (66), Jul.-Sept. 2018.



O DIAGNÓSTICO NO AMBIENTE ESCOLAR

Márcia Dal Toé Nazário Bardini¹
Janine Moreira²

Resumo: Ao longo dos anos, a escola vem sendo impregnada por laudos médicos, na maioria das vezes, justificados pela ascensão da inclusão. Ao valorizar-se as condições clínicas do ser, resulta a perpetuação dos padrões de normalidade estabelecidos nos âmbitos sociais e, historicamente, pela escola. Partindo da validação do diagnóstico, a medicalização vem como subterfúgio de “sanar” o que está fora do eixo normatizado, promovendo assim, as bases da patologização da educação. Logo, com a supervalorização do diagnóstico, o indivíduo deixa de ser aluno e passa a ser paciente, ele precisa de “cuidados”, suas capacidades são colocadas à prova e, por vezes, a aprendizagem perde sua posição de destaque. Dentre a realidade vigente, vemos professores confusos entre o que a lei rege e a prática talha. Há uma constante busca por culpados das falhas na escolarização, na qual impera fortes análises sobre os alunos; é a sombra deixada pelo diagnóstico sugerido como causador do não aprender, e analisado como um sintoma. Mesmo com as melhores intenções para com a pessoa, ao atribuir um diagnóstico em seu histórico, este se torna protagonista, principalmente, de seus fracassos. Mascaram as demais problemáticas encontradas em nossas escolas e sociedade só clarifica o olhar patologizante, por consequência, diminui os sucessos com a inclusão e cresce o mar dos excluídos.

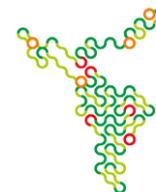
Palavras-chave: Diagnóstico; Escola; Inclusão.

Diagnosis in the school environment

Abstract: Over the years the school has been impregnated with medical reports, most of the time, justified by the rise of inclusion. By valuing the clinical conditions of the being, it results in the perpetuation of the normality standards established in the social and historically spheres by the school. Starting from the validation of the diagnosis, medicalization comes as a subterfuge to "remedy" what is outside the standardized axis, thus promoting the bases of the pathologization of education. Therefore, with the overestimation of the diagnosis, the individual ceases to be a student and becomes a patient, he needs “care”, his abilities are put to the test and, sometimes, learning loses its prominent position. Among the current reality, we see teachers confused between what the law governs and how they practice. There is a constant search for culprits for failures in schooling, in which strong analysis of students prevails, is the shadow left by the diagnosis suggested as the cause of not learning analyzed as a symptom. Even with the best intentions towards the person, when assigning a diagnosis in his history, he becomes a protagonist mainly in his failures. Masking the other problems found in our

¹ Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Graduada em Pedagogia, UNESC, Pedagogia na APAE de Turvo, Brasil.

² Doutora em Educação, Mestra em Sociologia Política, Graduada em Psicologia, professora de cursos de graduação e pós-graduação, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, Brasil.



schools and society only clarifies the pathological view, consequently reducing successes with inclusion and growing the sea of the excluded.

Keywords: Diagnosis; School; Inclusion.

Introdução

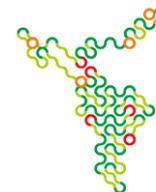
Na busca da normatização dos comportamentos, da categorização das dificuldades, a escola acaba patologizando o aprender. O que percebemos é que, ao longo dos tempos, vem crescendo nos ambientes escolares fomentações patologizantes advindas de justificativas aos problemas na aprendizagem. Ao adentrarmos na perspectiva da educação inclusiva, verificamos que os apoios esperados àqueles alunos que têm alguma deficiência e/ou transtorno geralmente vêm ligados a diagnósticos prescritos e comprovados por laudos médicos.

Orrú (2017) compara essa ligação do diagnóstico à pessoa como uma “sombra” que irá acompanhá-la pela vida toda. Essa “sombra” torna-se um estigma na vida de alunos que, por vezes, diagnosticados erroneamente, são desvalorizados e colocados às margens do processo de ensino-aprendizagem. Nesse artigo discutiremos o diagnóstico como fator relevante de aumento da patologização na escola e, por consequência, a estimada valorização da área da saúde.

1. Superestimando a saúde

Atualmente qualquer pessoa, seja ela com diploma ligado à educação/saúde ou “especialista de corredor”, acredita que sabe o que o aluno tem e porque não está aprendendo como os demais alunos. Não é raro ouvir: “*Sim, esse aluno tem algum problema e, se observar bem [...]*”, carregados de sintomas sobre seu comportamento e, às vezes, até fisiológicos. Como também não é estranho ao conhecimento de profissionais da educação atentar-se às diversas prescrições de medicações aos alunos atendidos no ensino regular, creditando serem esses os responsáveis pela melhora do aluno e/ou a falta dessas medicações como culpadas para o baixo rendimento escolar.

Chagas e Predoza (2016) trazem o termo medicalização a realidades “não médicas” que ganharam um tratamento de doença e transtorno, atribuindo o uso medicamentoso como solução para esses problemas. Essas autoras também apresentam a terminologia patologização como sinônimo de doença quando relacionada a problemas do cotidiano escolar, mas focada em questões biológicas e, por sua vez, do indivíduo que aprende. Desta forma, se desconsideram outras áreas nessa análise



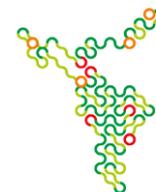
educacional, negando-se questões sociais, históricas, psicológicas da pessoa, enfim, reduzindo o ser a simples corpos, estabelecendo-se uma visão biologizante, cravando um diagnóstico, como Moysés e Colares (2013) levantam.

Dicotomias são levantadas claramente nesse cotidiano, mensurando-se padrões de normalidade e anormalidade, trazendo-se a medicina para os espaços pedagógicos. Ademais, a medicalização continua como um “[...] fetiche do conserto de corpos e mentes”, como referencia Angelucci (2014, p. 121), confirmada pelos profissionais da educação, alargando-se as fronteiras da patologização na educação como última chance para tais alunos.

Essa supervalorização da saúde no ambiente escolar enaltece os conhecimentos médicos e acaba por desfavorecer os saberes educacionais. Quando não se atribui valor ao conhecimento pedagógico, outras áreas são aclamadas e, infelizmente, a educacional acaba perdendo sua credibilidade dia após dia. Nunes (2013) diz que essa lógica culmina no modelo “bio-bio-bio”, estagnando avaliações somente ao caráter médico. É sabido que modelos bio-psico-social são idealizados nas “anamneses” em consultórios clínicos, todavia esses *checklists* fortalecem caráter biológico, deixando outras áreas fundamentais, como as já citadas anteriormente, e tendo-se como justificativa a falta de tempo nas consultas. Esses protocolos têm funções dúbias, pois o que alcançam em economia de tempo perdem em qualidade, correndo o risco de resultar em diagnósticos imprecisos e, por vezes errados, gerando uma produção de diagnósticos.

A produção diagnóstica é também amparada pelas estatísticas e artigos científicos médicos, corroborando para a validação dos laudos e patologização do ser. Skliar (2015) diz que as estatísticas tiveram grande importância em diversos países ao longo da história, sendo reconhecidas entre profissionais eugenistas, no sentido de que a população poderia ser anormal em relações de amostragens numéricas, o que, uma vez mais, reduz os indivíduos, agora não só detentores de um diagnóstico, mas pessoas visibilizadas como números.

Ora, é de conhecimento de todos que médicos eugenistas no passado, amparados pelas ideologias nazistas, condenavam à morte, além de judeus e ciganos, velhos, crianças e pessoas com deficiência. Para eles, quem fosse incapaz para o trabalho de nada serviria, já que um dos princípios era que “o trabalho salva”. Se pensarmos em questões eugênicas na atualidade, infelizmente, vemos de uma forma desfocada, mas ainda presente, que alunos com dificuldades na aprendizagem não precisam estar na escola regular, eles atrapalham os demais e o currículo não pode ser mudado para

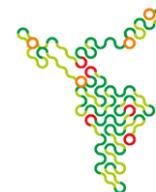


atender a todos. Como há estatísticas a seguir por padrões mundiais e repetências e/ou desistências prejudicam o ensino, o que acontece são justificativas arraigadas a diagnósticos clínicos: “[...] esse aluno não aprende porque tem Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou outros problemas”.

O peso do diagnóstico percorre a vida do indivíduo para além dos muros escolares, podendo reduzir sua chance de aprender na escola, por vezes acelera o ganho do diploma, mas também o segrega dos bancos acadêmicos e ambientes de trabalho por não ter tido oportunidades de ensino adequadas ao seu aprender e que serão necessários fora desse ambiente. Esse indivíduo ainda poderá ter prejuízos em suas relações sociais, já que ninguém deixa de ter TDAH, ou é só um pouco disléxico; a sombra do diagnóstico permanecerá pela vida toda.

Acompanhada desse diagnóstico, a vida de quem foi rotulado e patologizado se embrenha num mundo medicalizado e terapêutico interminável, objetivando o alcance da cura e da normalidade. Alunos perdem seu caráter originário de aprendizes e passam a ser vislumbrados como pacientes. Estando ou não em ambiente escolar, o diagnóstico passa a se tornar protagonista na vida do ser, não é mais o João do 7º ano, é o hiperativo; não é mais a Maria do Terceirão, é a autista. E o remédio tem um peso maior nessa balança, a ele cabe o dever de normalizar comportamentos inaceitáveis, concretizar a disciplina e melhorar a aprendizagem. “Um comprimido antes de ir à escola resolveria muito” - diz o doutor. Mas, e quando, mesmo tomando os remédios, o aluno não aprende ou modula seu comportamento como o esperado? Szymanski (2012) denuncia que o remédio não ensina. Ao direcionar a medicalização como resolução de “problemas”, credita-se que a falta dele incapacite o aluno, metodologias educacionais não são reformuladas, currículos deixam de ser analisados. Também ocorre uma desvalorização das pessoas envolvidas, alunos, professores e famílias não se sentem gratos ao alcançar algum dos objetivos elencados. A criança se esforçou, o professor pesquisou e os familiares se dedicaram sem fim, mas quem colhe os bons resultados? O remédio.

Não é incomum ouvirmos: Ele [o aluno] melhorou o comportamento/aprendizagem depois que iniciou a medicação. Todavia, é preciso valorizar o professor como agente de mudança e isso acontece no chão da escola. Ao supervalorizar os diagnósticos, justificá-los como corresponsáveis pelos insucessos e/ou progressos nos desenvolvimentos dos alunos, de forma inversamente proporcional desvalorizamos as dinâmicas pedagógicas e, por consequência, a escola. Discursos com pouco embasamento, oralizados por profissionais das escolas, informam que alunos diagnosticados



com transtornos, síndromes ou doenças não conseguem aprender por caráter biológico, inerente ao ser. Tais diagnósticos ganham potencial responsabilidade quando levados até conselhos de classe e relatadas justificativas para os fracassos pedagógicos. Considerando esses acontecimentos, atualmente a realidade demonstrada é de que profissional da educação deve estar alinhavado ao olhar biologizante em que diagnósticos são cada vez mais produzidos no cotidiano escolar.

2. *O diagnóstico como necessidade (?)*

Terapeutas e profissionais da educação cada dia mais vem defendendo que o diagnóstico precoce é a melhor solução para os problemas dos indivíduos que não seguem a linha tênue da normalidade. Apoiados a esses profissionais, alguns dirigentes governamentais vêm participando dessas ideias e promovendo, por meio de leis, a reafirmação do diagnóstico como fundamental para a melhoria da saúde pública.

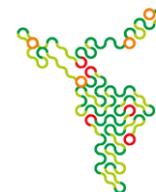
A partir da Lei Nº 13.438/17, no seu Art. 14. § 5º, foi proposto ao Sistema Único de Saúde (SUS) como comando obrigatório uma triagem de:

[...] todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico. (BRASIL, 2017).

Esses protocolos traçam “riscos” no desenvolvimento infantil, tendo como consequências o diagnóstico, sendo inserido no histórico de uma criança desde a primeira infância. Mesmo quando imaginamos que alguns profissionais poderiam ser contra essa categorização e seleção de crianças entre sadias e de “risco”, a sugestão é bem clara: é preciso colocar todas as pessoas num mesmo quadrado e seguir os critérios prescritos e esperados, senão, serão diagnosticadas com atraso e isso não terá mais solução, ou seja, essa pessoa estará permanentemente prejudicada. Orrú (2016, p. 42) exprime que:

O termo “critério” representa a faculdade de distinguir o verdadeiro do falso, o bom do mau, e tem a autoridade para se fazer crítico. Assim, os critérios diagnósticos se incubem de dispor por categorias os indivíduos de acordo com os homogêneos extraídos das práticas de avaliação diagnóstica universalizadas em todo o planeta.

O problema se dá porque com esse “incentivo” de seguir os protocolos pré-estabelecidos aumentou-se o número de diagnósticos, por vezes, embasados num pequeno recorte trazido pelas



falas dos pais, pareceres escolares e/ou observações dos médicos. Preocupa-nos ademais que, ao serem diagnosticados tão precocemente, também se inicia o uso de medicamentos para “melhorar” tais problemas e, com isso, resulte em prejuízos na criança, havendo efeito rebote da manipulação química.

Em se tratando do excesso de diagnósticos de TEA, pesquisadores chamam nossa atenção para esse aumento na fase escolar. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017):

Estima-se que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças tem transtorno do espectro autista. Essa estimativa representa um valor médio e a prevalência relatada varia substancialmente entre os estudos. Algumas pesquisas bem controladas têm, no entanto, relatado números que são significativamente mais elevados. A prevalência de TEA em muitos países de baixa e média renda é até agora desconhecida.

Pussetti (2006) nos alerta que o que hoje pode ser considerado como doença, no passado fora considerado “normal” de acordo com a ideologia e cultura do momento histórico. O que estamos percebendo é um aumento global da patologização.

3. *“Os diferentes” no Ensino Regular*

Há mais de 20 anos existem leis brasileiras que evidenciam o direito das pessoas com deficiência, TEA e Altas Habilidades de frequentar as escolas comuns. A Lei de Diretrizes e Bases 9394/96 no Artigo 4º, item III, estabeleceu que:

O poder público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio às instituições previstas neste artigo. (BRASIL, 1996).

Porém, passados os anos, a inclusão escolar continua sendo invalidada. Os alunos listados como elegíveis à inclusão escolar não se enquadram nos padrões que a escola impõe. Mesmo que apoiados por vários direitos, são esperados dos alunos com deficiência ou TEA que seus comportamentos sociais sejam semelhantes aos demais alunos. Na tentativa de promover o bem-estar aos demais, troca-se os alunos com deficiência de lugar levam-nos para fora da sala para não “atrapalhar” os demais.

Mesmo percebendo que a escola se mantém estagnada em algumas áreas durante os tempos passados, vemos mudanças também, ora positivas e outras nem tanto. Por mais que se tente mascarar,

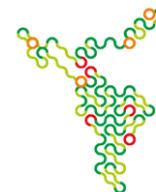


intencionalmente ou não, ainda vemos em algumas escolas a manutenção de classes homogêneas, nas quais se prioriza “o aprender” em detrimento do sucesso escolar, arraigado ao descaso. Assim, repetentes e alunos com aprendizagens diferentes não são aceitos, sendo convidados a frequentarem outros serviços para o melhor atendimento educacional. Sim, essa fala era, muitas vezes, floreada com “boas intenções”, todavia, atualmente podemos ouvir até em discursos governamentais. Disfarçadas em respeito às escolhas paternas, vem-se aumentando as tentativas de negar o direito à inclusão conquistado a duras penas há décadas atrás.

A falta de estruturação física, assim como as falhas nas práticas pedagógicas, também vem sendo justificadas como dificuldades que não se conseguem melhorar, mas o que percebemos é uma clara visão de que “os diferentes”, “os atrasados”, os “estranhos” atrapalham a aprendizagem da maioria. Então, se a lei exige a manutenção desses diferentes nas salas regulares de ensino, que eles estejam medicados para não “incomodar” os demais. Isso é inclusão? Eles precisam ser aceitos ou têm seu lugar por direito? Quando consideramos o caráter de aceitar algo, deixamos a premissa de que poderia ser negado.

O aluno precisa ser visto como um indivíduo com direitos e deveres, para além de seu diagnóstico. Se seu comportamento, socialização ou aprendizagem é diferente da maioria, precisa ser entendida e não preferencialmente modificada. O diagnóstico não pode ser a resposta para todas as perguntas. O aluno não pode ser “mais um” na sala, não é aluno só do Segundo Professor... ele tem opiniões, vontades e frustrações. Reafirmo as palavras de Molina (2013) de que, enquanto precisarmos ficar falando em inclusão e de sua importância, enquanto os alunos inclusos não se tornarem apenas alunos, a inclusão não estará efetivada como um todo.

Vivemos em ambientes excludentes, os quais segregam e diminuem tudo o que não se encontra na limítrofe dos padrões de normalidade. A escola reflete a sociedade em que está inserida e ela vem se mostrando aquém das expectativas, continuando a excluir o diferente. Gerada e projetada para quem é normal, tem dificuldades em acolher o outro, nomeando-o como anormal, estranho. Declara-se não estar preparada para incluir alunos com comportamentos disruptivos ou com dificuldades de aprendizagem, recorrendo à área da saúde como última alternativa para a manutenção do *status quo*. Infelizmente, levando esses alunos a manterem-se alheios ao que ocorre ao seu redor, devido aos efeitos colaterais de alguns remédios, porém quietos, como característica tão esperada desde os tempos passados.



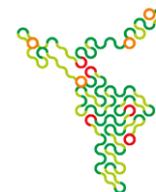
Conclusão

Mesmo com o passar do tempo, é percebido que ainda há uma carência de saberes acerca da inclusão, por vezes, presenciamos uma busca por responsabilizar quem ou o quê a dificultam nesse processo. Skliar (2003) aclama que é preciso ver a inclusão sem as camadas de maquiagem criadas pelo sistema educativo. Tal maquiagem aos poucos vem se deteriorando, apresentando grandes falhas nos processos de inclusão escolar. Permanecermos alheios aos problemas encontrados não é a solução, mas também desistirmos das lutas conquistadas não é uma opção. Incitamos o debate para alcançar maiores progressos na inclusão desses alunos.

A educação inclusiva precisa evoluir, os professores precisam experienciar mais momentos com a diversidade. A qualificação profissional não se dá somente no âmbito teórico, a prática se faz urgente. Escola e família precisam estar cada vez mais conectadas. É relevante ver para além das estatísticas, perceber o outro mais do que um integrante da sala de aula, perceber sua singularidade. Ao supervalorizar o diagnóstico, a “doença” ante a pessoa, diferenciando-a pelo resultado de seu aprendizado, se reforça a patologização do ser humano, se fomenta a maquiagem “grosseira” do fracasso escolar.

O que vemos atualmente é que saímos de um extremo a outro. Se há décadas passadas desconhecíamos muitas dificuldades escolares, transtornos e deficiências, deixando os que as detinham sem ensino especializado, hoje há um excesso de diagnósticos, porém, por vezes, são esses “papéis” que aniquilam as chances dos aprendentes para sua inclusão. Não se estranha mais saber que crianças com menos de dois anos são adjetivadas com siglas e patologias. Assim, ao adentrarem a escola, já vêm acompanhadas de protocolos e tratamentos adequados. Será que se chegassem às escolas sem trazer tais laudos, seriam percebidas tais características? Não orientamos a omissão do diagnóstico, mas provocamos a dúvida frente às certezas sacramentadas em poucos minutos pela ala médica. Se fossem novamente observadas durante seu processo de aprender, sem patologizá-las frente às primeiras dificuldades, será que não haveria menos erros em seus diagnósticos?

Ademais, enquanto profissionais da educação, devemos considerar as avaliações individuais de cada aluno, além das percepções limítrofes de normalização do ser. Ao considerarmos questões biológicas frente às aprendizagens em si, nos alinhamos ao olhar médico, desvalorizando nossa



capacidade de ensino, por vezes desistindo dela e atribuindo como única esperança um medicamento e/ou tratamento extraescolar. Que possamos agir sabiamente em nossos encaminhamentos à ala da saúde, quando assim se fizer verdadeiramente necessário, para que possamos contribuir para o desenvolvimento global do educando e não para uma precipitação diagnóstica, passando a negar prováveis potencialidades que poderiam ser desenvolvidas. Ao exigir que o diferente, o estranho, caminhe pela corda bamba da normalidade, acabamos empurrando-os para um futuro estigmatizado por uma sociedade preconceituosa.

Referências

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

BASSETTI, Otávio S. **Educação Especial em Santa Catarina.** *Revista Encontros Teológicos*, n. 43, a. 21, n. 1, 2006. p. 61-69.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: MEC, 1996. Disponível em: <https://bit.ly/2Wc0040>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, DF: Secretaria-Geral, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2WcrOp0>. Acesso em: 13 jun.

CHAGAS, Julia C.; PREDOSA, Regina Lúcia Sucupira. **Patologização e Medicalização da Educação Superior.** Brasília. *Revista Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 32, p. 1, 2016.

MOLINA, José García. Orígenes y usos de una categoría hegemónica. *In: MOLINA, José García.* (coord.). **Exclusiones: discursos, políticas, profesiones.** Barcelona Rditorial UOC, 2013. p. 33-50.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **Controle e medicalização da infância.** *Revista Desidades*, n. 1, p. 11-21, 2013.

NUNES, Rosa. Entre Prevención y predicción. *In: INTOIGLICH, Gisea.* **Em La infância los diagnósticos se escriben com lápiz.** Buenos Aires: Noveduc Libros, 2013. p. 1-12.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde: **Epidemiologia do TEA.** Disponível em: <https://bit.ly/2WcowSu>. Acesso em: 14 jun. 2019.



ORRÚ, Sílvia Ester. **Aprendizes com autismo:** aprendizes por eixos de interesse em espaços não excludentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016, 243 p.

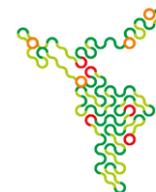
ORRÚ, Sílvia Ester. **O re-inventar da inclusão:** os desafios da diferença no processo de ensinar e aprender. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017. v. 1. 135p.

PUSSETTI, Chiara. **A patologização da diversidade:** uma reflexão antropológica sobre a noção de *Culture-Bound Syndrome*. Etnográfica, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 5-40, maio 2006.

SKLIAR, Carlos. **A educação e a pergunta pelos Outros:** diferença, alteridade, diversidade e os outros “outros”. Ponto de Vista, Florianópolis, n. 5, 2003. p. 37-49.

SKLIAR, Carlos. Normalidad-Patología. In: SAÉZ CARRERAS, Juan; ESTEBAN ALBERT, Manuel (coords.). **Dialética de los conceptos em educación.** Colección Linterna Pedagógica. 7. ed. Barcelona; Valencia: Editorial UOC; Nau Llibres, 2015. p. 109-123.

SZYMANSKI, Maria Lídia S. **Dificuldades de aprendizagem (DA):** doença neurológica ou percalço pedagógico? Boletim Técnico do SENAC: a Revista de Educação Profissional, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 4-15, set./dez. 2012.



UM ENSAIO SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Sandra Aparecida de Bem Stefanés¹
Janine Moreira²

Resumo: Este ensaio objetiva debater a forma como a Educação vale-se de diagnósticos em saúde para estabelecer sua demanda de atendimentos e, para continuar a antiga divisão entre pessoas escolarizáveis e não escolarizáveis. Como uma forma de demonstrar esse modelo, retrocederemos à maneira como é exibido o público-alvo da Educação Especial e, conseqüentemente, como é constituído o Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Política de Educação Especial no ponto de vista da Educação Inclusiva. Evidenciando o direito à Educação, citaremos a organização da política brasileira de Educação Especial, com o objetivo de confirmar os critérios de elegibilidade para a Educação Especial, que se baseiam nos diagnósticos em saúde.

Palavras-chave: Patologização. Pessoas com deficiência. Educação Especial. Educação Inclusiva.

An essay on the pathologization of people with disabilities in special education from the perspective of inclusive education

Abstract: This essay aims to debate the way in which Education uses health diagnoses to establish its demand for care and to continue the old division between schoolable and non-schoolable people. As a way to demonstrate this model, we will go back to the way the Special Education target audience is shown and, consequently, how Specialized Educational Service (AEE) is constituted in the Special Education Policy from the point of view of Inclusive Education. Highlighting the right to Education, we will mention the organization of the Brazilian Special Education policy, in order to confirm the eligibility criteria for Special Education, which are based on health diagnoses.

Keywords: Pathologization. Disabled people. Special education. Inclusive education.

A ampliação da rede de atendimento em educação especial ampliou as categorias incluídas no espectro da anormalidade, fazendo com que um vasto grupo de pessoas, antes não reconhecidas, fossem elementos dos grupos de diagnóstico nosológico. O aumento do número de escolas públicas no Brasil está profundamente conexo com a inclusão de crianças multi-repetentes sem indicações expressivas de deficiência intelectual, mas que, muitas vezes, são atendidas nas escolas de educação

¹ Mestranda em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Graduada em Psicóloga pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, especialista em Educação Especial. E-mail: sandra.stefanes@gmail.com

² Docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESC. E-mail: jmo@unesoc.net



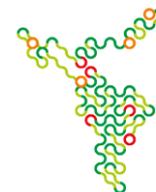
especial e em escolas regulares, tornando as nomeadas dificuldades de aprendizagem, como questões somente do indivíduo, tirando a responsabilidade da instituição escolar e dos profissionais da área pedagógica, psicológica e médica na produção da patologização da educação (BUENO, 2009; VELTRONE, MENDES, 2011).

Neste ensaio, iniciamos apresentando o objetivo deste estudo, que é debater a forma como, mesmo atualmente, a educação vale-se de diagnósticos em saúde para estabelecer sua demanda de atendimentos e, perpetuar a antiga divisão entre pessoas escolarizáveis e não escolarizáveis. Faremos breves considerações sobre os modelos da deficiência de Palacios (2008) e abordaremos a maneira como o público-alvo da Educação Especial continua a ser estigmatizado conforme seu diagnóstico nosológico.

Sendo assim, a diferença entre pessoas escolarizáveis e não escolarizáveis é entendida como incapacidade, doença ou anormalidade, que conseqüentemente revela falta de informação e preconceito, colaborando, deste modo, para a apresentação de deturpações de definição no entendimento da deficiência, como um fato centrado na pessoa, minimizando as condições falhas do ensino. Sendo assim, o sistema educacional procura distinguir uma separação entre o que é patológico e o que é normal. A diferença, estabelecida no padrão de referência igual/diferente, vem repletas de significado, no qual a evidência máxima parece advir do propósito de produzir o quadro dos escolarizáveis e dos não escolarizáveis, dos que conseguem e dos que não conseguem aprender (SASSAKI, 1997).

Portanto, o diagnóstico é entendido pelo sistema educacional e, muitos docentes, como fundamental para o plano de desenvolvimento do seu trabalho com o aluno com deficiência. O diagnóstico ou a falta dele, pode estar colaborando para colocar o lugar ocupado pelo educando no contexto da classe regular, sendo, na realidade, a um não-lugar. Percebe-se que o modelo médico atende, até hoje, de parâmetro no significado do normal e do anormal, desenhando potencialidades e limitações sobre a pessoa com deficiência, gerando uma dificuldade de aceitação dessas pessoas e o restante da sociedade (SASSAKI, 1997).

Em uma sociedade medicalizada e patologizante, a mesma lógica está presente nos discursos escolares. A escola, mesmo sendo parte formadora da sociedade, exerceu e ainda exerce o papel de excluir os “desviantes”. Isso acontece pelos entraves instituídos que atrapalham o progresso ou



permanência na escola, principalmente das crianças da classe trabalhadora e da educação especial, pela maneira agressiva que patologiza aqueles que não se adequam ao desempenho que é previsto.

As dificuldades compreendidas nas metodologias de escolarização não devem ser entendidas de forma separada das práticas e processos escolares que impedem a aprendizagem; separadas da realidade social e cultural dos estudantes; processos de avaliação que adotam como argumento a cultura dominante, ignorando que estes conhecimentos não são naturais e sim regalias de poucos; composição de sala e de aula que implicam na ausência de conhecimento de quem aprende, tendo somente o professor como sujeito da metodologia de ensino; aulas tediosas e com rara participação dos estudantes. São essas práticas e processos, dentre outros, que, conforme a autora, “produzem nos alunos atitudes e comportamentos que são comumente tomados como ‘indisciplina’, ‘desajustamento’, ‘distúrbio emocional’, ‘hiperatividade’, ‘apatia’, ‘disfunção cerebral mínima’, ‘agressividade’, ‘deficiência mental leve’ e tantos outros rótulos caros a professores e psicólogos” (PATTO, 2015, p. 48).

Sendo assim, a escola, reflete práticas excludentes, sutis e constantes violências simbólicas, de modo a conservar a diferença entre classes. Os alunos, em especial os da educação especial, não se adaptam com facilidade a esse sistema e muitos são conduzidos para avaliação, como se a dificuldade fosse pessoal, isto é, patologiza-se quem aponta, em seu processo, os problemas do sistema de ensino de modo geral (PATTO, 2010).

Portanto, constatamos que a educação é patologizada, conhecimento legitimado por vários autores (Bastos, 2013; Christofari, Freitas & Baptista, 2015; Freitas & Rota Júnior, 2014; Meira, 2012; Moysés e Collares, 2014; Richter, 2012). Sendo assim, explicamos a patologização da educação como o processo que abrange o enquadramento, nos mais diferentes diagnósticos, do aluno que não aprende ou não se comporta na escola segundo o que é predominantemente aguardado. Os fatores sociais e pedagógicos, baseados na queixa escolar, são desconsiderados, para favorecer uma lógica individualizante e, algumas vezes, biologizante, da queixa escolar.

Diante disso, precisamos conhecer os modelos de deficiência que vem acompanhando a sociedade desde a antiguidade, para entendermos como a deficiência foi construída socialmente e o quanto a visão de “pessoa doente”, ainda hoje, faz parte do ideário sobre a educação das pessoas com deficiência.



O olhar, a respeito da deficiência, em décadas passadas, surgia de uma percepção caritativa, cujo olhar faz parte de uma história de perseguição, exclusão, desprezo e discriminação. Desde a antiguidade, alternaram-se algumas concepções sobre deficiência, que variavam entre dois extremos: um olhar que considerava a deficiência como doença e outra como pecado. Frente a esses extremos, pairaram as argumentações legais e sociais sobre a deficiência e, com o passar do tempo, é plausível apontar modelos de tratamento empregados às pessoas com deficiência.

Recorreremos aos preceitos de Agustina Palacios em sua obra *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, que caracteriza modelos como o da prescindência, modelo reabilitador ou médico (também os submodelos) e modelo social.

Segundo Palacios (2008), o primeiro modelo apresentado é o de Prescindência, que pressupõe que a causa geradora da deficiência tem um motivo religioso. Perante esse modelo, as pessoas com deficiência são consideradas desnecessárias por diversas razões como: não cooperam com a comunidade, preservam mensagens diabólicas e são resultado da fúria dos deuses. Deste modo, suas vidas não merecem ser vividas. Em consequência dessa proposição, a sociedade prescinde das pessoas com deficiência através de políticas eugênicas ou limitando-as em espaços reservados aos anormais.

As características ou pressupostos essenciais do modelo que será chamado de prescindência são dois: a justificação religiosa da deficiência, e a consideração de que a pessoa com deficiência não tem nada o que contribuir para a comunidade. Primeiro, então, assume-se que as causas que dão origem à deficiência são religiosas: uma punição dos deuses por um pecado geralmente cometido pelos pais da pessoa com deficiência, ou um aviso dos deuses que a aliança está quebrada e uma catástrofe está se aproximando. Em relação ao segundo pressuposto, baseia-se na ideia de que a pessoa com deficiência não tem nada a contribuir para a sociedade, ou que é improdutivo e também uma carga que deve ser carregada, pelos pais ou pela mesma comunidade (PALACIOS, 2008, p.37, tradução nossa)³.

No decorrer dos anos, distintas maneiras de adequação a padrões de uma suposta normalidade foram constituídas e, respectivamente, foram criadas maneiras de entender as diferenças. Segundo

³ “Las características o presupuestos esenciales del modelo que se denominará de *prescindencia* son dos: la justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. En primer lugar entonces, se asume que las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encuentra rota y que se avecina una catástrofe. En cuanto al segundo presupuesto, se parte de la idea de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad”.



Palacios (2008), o modelo da prescindência entende as deficiências como demonstração do acaso, dividida em dois submodelos: o modelo eugênico e o modelo de marginalização.

O submodelo **Eugênico**, típico da Antiguidade Clássica, inclui as deficiências como fatos não humanos, conseqüentemente, sem resguardar a vida e os direitos, significando o método do infanticídio muito contumaz.

Do submodelo de eugenia, a pessoa com deficiência é considerada um ser cuja vida não vale a pena ser vivida. Como consequência dessas valorações - e no caso de detectar as diversidades funcionais congênitas - as crianças afetadas são submetidas ao infanticídio (PALACIOS, 2008, p.38, tradução nossa)⁴.

O submodelo de **Marginalização**, dominante na era medieval, é caracterizado por um procedimento de marginalização, no qual as crianças nascidas com deficiências eram acondicionadas às margens da convivência social, vivendo em instituições asilares.

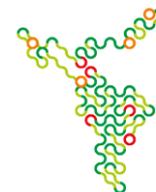
A principal característica presente neste submodelo é a exclusão, seja como consequência de subestimar pessoas com deficiência e considerá-las objetos de compaixão, ou como resultado de medo ou rejeição por considerá-las objetos de feitiços do mal ou o aviso de um perigo iminente. Ou seja, que - por causa de menosprezo ou medo -, a exclusão parece ser a melhor solução e a resposta social que gera maior tranquilidade (PALACIOS, 2008, p.54, tradução nossa)⁵.

No século XVII, o ponto central do pensamento científico começa a influenciar o entendimento das deficiências, que começam a ser apontadas como temas de saúde e sujeitas a tratamentos. O avanço dos conhecimentos da ciência médica a respeito dos motivos das deficiências gerou extensas transformações no modo de entendê-las, antes entendidas como consequência de atos divinos e, atualmente, como casos científicos, esclarecidos biomedicamente em decorrência dos diagnósticos médicos. Outra transformação se encontra nas relações sociais, visto que as pessoas com deficiências passam a ser “aceitas socialmente”, e com o aparato científico, elas podem ser normalizadas, estabelecendo-se, assim, o modelo reabilitador (PALACIOS, 2008).

As características ou pressupostos fundamentais do modelo que será chamado reabilitador são dois. Primeiro, as causas que são alegadas para justificar a deficiência não são mais religiosas, mas científicas. Neste modelo já não se fala de Deus ou demônio, divino ou maligno, mas se refere à diversidade funcional em termos de saúde ou doença. Em segundo

⁴ “Desde el submodelo eugenésico se considera que la persona con discapacidad es un ser cuya vida no merece la pena ser vivida. Como consecuencia de estas valoraciones — y en el caso de detectarse diversidades funcionales congénitas—, los niños y niñas afectados son sometidos a infanticidio”.

⁵ “La característica principal presente en este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o la advertencia de un peligro inminente. Es decir, que —ya sea por menosprecio ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad”.



lugar, as pessoas com deficiência já não são consideradas inúteis em relação às necessidades da comunidade, mas agora entende-se que elas podem ter algo para contribuir, na medida em que sejam reabilitados ou normalizados (PALACIOS, 2008, p.66, tradução nossa)⁶.

Ainda dialogando com Palacios (2008), o segundo modelo chamado de **Reabilitador**, as pessoas com deficiência agora não são consideradas ociosas ou desnecessárias. Procura-se reabilitá-las com a finalidade de “normalizá-las”, mesmo que isso venha camuflar a diferença que a deficiência representa. Neste modelo, a pessoa é o problema, com suas diferenças e dificuldades, que deve ser reabilitada psíquica, física, mental e sensorialmente.

No que se refere ao terceiro modelo, denominado **Social**, Palacios apresenta como o modelo que considera que as razões que causam a deficiência não são religiosas, nem científicas, contudo, na sua maioria, são sociais.

Os pressupostos fundamentais do modelo social são dois. Primeiro, alega-se que as causas que causam a deficiência não são nem religiosas nem científicas, mas social, ou pelo menos, predominantemente social. De acordo com os defensores desse modelo, não são as limitações individuais as raízes do problema, mas as limitações da própria sociedade, em fornecer serviços apropriados e assegurar adequadamente que as necessidades das pessoas com deficiência sejam levadas em consideração, dentro da organização social. Quanto ao segundo pressuposto - que se refere à utilidade para a comunidade - pessoas com deficiência têm muito a contribuir para a sociedade, ou que, pelo menos, a contribuição será na mesma medida que o resto das pessoas – sem deficiência. Desta forma, com base na premissa de que toda a vida humana é igualmente digna, a partir do modelo social argumenta-se que as pessoas com deficiência podem colaborar com a sociedade e está intimamente relacionada com a inclusão e aceitação da diferença (PALACIOS, 2008, p.103-104, tradução nossa)⁷.

Dentro desse modelo, a deficiência é, em parte, uma construção e um modo de opressão social; fruto de uma sociedade que não considera as pessoas com deficiência. Também, ressalta a autonomia

⁶ “Las características o presupuestos fundamentales del modelo que se denominará reabilitador son dos. En primer lugar, las causas que se alegan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. En este modelo ya no se habla de dios o diablo, divino o maligno, sino que se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. En segundo lugar, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque —como se verá— ello en la medida en que sean *rehabilitadas* o *normalizadas*”.

⁷ Los presupuestos fundamentales del modelo social son dos. En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. En cuanto al segundo presupuesto —que se refiere a la utilidad para la comunidad— se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas —sin discapacidad—. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.



da pessoa com deficiência para definir sobre sua própria vida e se centraliza na eliminação de algum tipo de obstáculo com o objetivo de proporcionar uma apropriada equiparação de oportunidades.

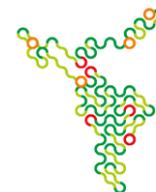
A maneira como se pensa as deficiências não são padrões absolutos, inversamente, são opiniões que conversam, recebendo mais ou menos destaque em diferentes períodos, que são defendidos ou repelidos em diversos campos da sociedade, isto é, alguns defendem o isolamento e a normalização (modelos de marginalização e reabilitador), outros defendem a produção social de elementos para a participação social das pessoas com deficiência (modelo social). Estas duas concepções diferentes, atuam no debate da legislação, na construção de políticas públicas e na elaboração de serviços para as pessoas com deficiência (PALACIOS, 2008).

A educação especial e a patologização da educação

A partir da história da Educação Especial no Brasil, conforme Bueno (2009), as primeiras ações de atendimento especializado foram efetivadas em ambientes confinados, perante um modelo concretizado pelo entendimento de que o isolamento impediria o aparecimento de pessoas avaliadas como anormais, que interferissem nas relações fundamentadas no ambiente civilizado. Ao mesmo tempo, este isolamento também tem a função de amparo aos indivíduos, que ao serem confinados em um estabelecimento, ficariam resguardados dos preconceitos da sociedade e teriam o acompanhamento de um profissional adequado para cada necessidade. A carência de vagas nas instituições de Educação Especial fez surgir a probabilidade de internação nesses locais, o que era visto como uma vantagem. Esse “processo educacional” predominou até o começo do século XX, quando diversas instituições de Educação Especial foram estabelecidas no Brasil, proporcionando serviços assistencialistas, de caráter filantrópico, constituída no modelo de reabilitação (PALACIOS, 2008).

Foram organizadas novas maneiras de atendimento pelo movimento de higiene mental, que elegeu a disseminação de métodos médicos e de diferentes tratamentos, procurando antecipar o aparecimento de comportamentos avaliados como inadequados e, também, reconhecer as crianças com deficiência. Segundo Menezes (2011, p.4), o Movimento de higiene mental se constitui,

[...] um conjunto de propostas, que tem o seu referencial nos saberes médicos, especificamente na gestão da vida da população no que diz respeito à prevenção da saúde física e mental da espécie humana em áreas como habitação, alimentação, procriação, saneamento e educação.



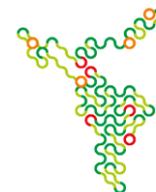
A proposta de serviços de Educação Especial se baseava na elaboração de diagnósticos médicos, elemento essencial para a oferta de métodos de correção, sem que houvesse uma real apreensão a respeito do desenvolvimento e a aprendizagem da criança (COTRIN, 2010; PATTO, 2015).

A compreensão dos fatos históricos nos deixa reconhecer a lógica na qual molda-se a Educação Especial no país e a coexistência de distintos modelos de concepção das deficiências (já discutidos anteriormente), continuam e ainda existem resíduos do padrão segregacionista – no qual as pessoas com deficiência foram completamente excluídas ou tiveram acesso parcial à educação -; e o estudante com deficiência era atendido por uma instituição educacional separada do espaço da escola comum, chamada de **escola especial**, oferecidos por instituições especializadas.

A adesão ao modelo social apresenta como efeito a concepção de que as pesquisas e as políticas públicas relacionadas à deficiência não devem se aplicar somente na aparência do corpo das pessoas para reconhecer a deficiência. Ao desassociar a deficiência da lesão, o modelo social abre caminho para evidenciar que, apesar da variedade de lesões, existe um motivo que conecta as diversas comunidades de pessoas com deficiência voltadas para um projeto político exclusivo: a vivência e a experiência da exclusão (MENEZES, 2011).

No entendimento de Moysés e Collares (2014) a medicalização da Educação consiste no arrefecimento de questões sociais, culturais, econômicas e políticas à esfera médica, abarcada pelo corpo biológico. As exclusivas maneiras de interferência para a solução do não aprendido acontecem somente no plano individual ou familiar, eliminando as relações com os campos coletivo, social, político e econômico da problemática medicalizante. O processo de medicalização se conecta com os padrões de avaliação individual praticados no começo do século XX, em que se busca prevenir riscos e sistematizar correções futuras. Essa conexão induz as escolas a privilegiarem em seus planejamentos, metodologias e práticas avaliativas, diagnósticos médicos para comportamentos avaliados como “anormais”.

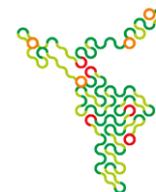
Atualmente, é notório a recorrente explicação fisiológica/biológica para o desenvolvimento e o comportamento humano. Ignora-se a determinação social do comportamento humano, fazem-nos acreditar que é a sua condição biológica, como componente da natureza humana, que pode explicar todas as mudanças pelas quais passam os seres humanos, na sua trajetória de desenvolvimento. Ainda que, seja essencial a condição biológica para o processo de desenvolvimento humano, este não



representa toda sua totalidade, pois a constituição do desenvolvimento humano está na psicologia do indivíduo e não na biologia do mesmo; as circunstâncias histórico-culturais e as particularidades das experiências de cada pessoa influenciam do mesmo modo no seu desenvolvimento. Ao se naturalizar o comportamento humano, pautado no biológico ou fisiológico, ampara-se a lógica de procurar nas condições orgânicas e biológicas as origens dos problemas e dificuldades humanas, e qualquer distanciamento da prevista normalidade poderia ser explicado como problema na parte orgânica e, conseqüentemente, ser avaliado como doença. Em se tratando dos fenômenos psicológicos, seja qual for a dificuldade entendida, pode-se diagnosticar um comportamento como sintoma de uma doença mental (COLLARES & MOYSÉS, 2014).

Mesmo com a divulgação na grande mídia e nos meios acadêmicos, o aumento nos diagnósticos é um processo chamado patologização da sociedade. Patologização é o desenvolvimento ideológico da transformação de doenças, transtornos e comportamentos humanos em patologias. Comportamentos estes, antes considerados como normais, ou não eram avaliados pela visão do binômio saúde-doença, atualmente são entendidos como sinais de transtorno mental. Mas, a patologização, não é somente no campo psicológico; está inteiramente ligada ao aumento da autoridade médica, fenômeno chamado de medicalização, que é a transformação de questões não médicas, em questões médicas (Collares & Moysés, 2014). Como exemplo, algumas doenças mentais seriam comportamentos também considerados desviantes ou imorais, mas no decorrer da história e a ampliação da autoridade médica, estão sendo diagnosticados como doenças, no qual o principal tratamento atualmente são os medicamentos psicotrópicos.

Sendo assim, precisamos compreender que a educação especial pode ser descrita como uma educação direcionada para as pessoas com deficiências auditiva, visual, intelectual, física, sensorial, surdo, cegueira e as múltiplas deficiências. Para que essas pessoas consigam ser educadas e reabilitadas, é indispensável o ingresso deles em escolas e instituições especializadas, que disponibilizem tudo o que for imprescindível para o seu desenvolvimento cognitivo. São também considerados público-alvo da educação especial crianças com transtornos globais de desenvolvimento ou com altas habilidades/superdotação. Os objetivos da educação especial são os mesmos da educação em geral, o que o diferencia, é o atendimento que ocorre de acordo com as diferenças individuais do aluno, da igualdade de oportunidades, acolhendo as diferenças individuais de cada criança por meio de uma adequação do sistema educativo.



Concordando com Angelucci (2014), em se tratando do público alvo da Educação Especial, se faz necessário ressaltar que se lança um olhar clínico para os estudantes, buscando neles o que os afasta da normalidade, o que falta neles, e, deste modo, a lógica medicalizante fabrica pessoas “doentes”, rotuladas com um diagnóstico que as acompanhará durante sua vida, isentando de qualquer responsabilidade o modelo educacional e social vigente.

Na coerência medicalizante e patologizante que conduz a educação, comumente, e a educação especial, temos a utopia de que ao conhecer os motivos, as particularidades e as principais comorbidades é o que ilusoriamente nos oferecerá a tecla de entrada para a escolarização de pessoas com deficiência. Se valida muito mais a lógica médica, pela fala da irrelevância dos saberes educacionais, que necessitam ser trocados por procedimentos de triagem, intervenção breve e condução de estudantes portadores de patologias para os serviços de saúde. De modo geral, os estudos da medicalização conduzem para a análise e implicação da influência da medicina no corpo, através do estabelecimento de normas morais de conduta e eliminação de comportamentos inadequados, o que tornaria os indivíduos subordinados aos saberes determinados pelos agentes educativo-terapêuticos (ANGELUCCI, 2014).

Considerações finais

Percebe-se como imprescindível a reestruturação das relações entre as áreas da Saúde e da Educação, consentindo a constituição de práticas coletivas que debatam as contendas escolares baseados no diálogo e não na superposição da Saúde sobre a Educação. Conseqüentemente, do mesmo modo, é necessário o empenho da Educação para germinar maneiras de compreender os estudantes e suas ações de ensino-aprendizagem fora do limite patologia/normalidade, assegurando essencialmente a diversidade humana como início, meio e fim do labor educacional.

As conexões entre Educação Especial e patologização da Educação indicam a necessidade de extensa reflexão a respeito das construções sociais e práticas educativas, que realmente viabilizem o direito à educação objetivando a inclusão de forma abrangente, sem ressalvas ou condições. A escola precisa reconhecer nossa humanidade diversa, se tornando forte para apoiar as diferenças que nos tornam pessoas também humanas, com base em nossas diversas experiências sensoriais, vivenciais, cognitivas e afetivas.



No que se refere à Educação Especial, procura-se compreender seu público-alvo como pessoas com condições específicas, as quais não impossibilitam sua aprendizagem, precisando ser reveladas as barreiras sociais que impedem a garantia de seus direitos. Contudo, ao se procurar a diferenciação de estudantes com base em diagnósticos nosológicos, se reincide no discurso culpabilizador, que enxerga na peculiaridade do corpo ou da função uma restrição para a aprendizagem. Culpabilização que traz à tona um velho ciclo notório na educação brasileira: é necessário o laudo para determinar que ato pedagógico adotar; o laudo é preparado, porém não conversa com o vocabulário da educação ou com o dia-a-dia escolar; nutre-se a perspectiva de que os tratamentos transformem o estudante, mas os tratamentos não têm força expressiva a respeito do cotidiano escolar.

Referências

ANGELUCCI, C.B. Medicalização das Diferenças Funcionais: continuismos nas justificativas de uma Educação Especial subordinada aos diagnósticos. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente - SP, v. 25, n. 1, p. 116-134, jan./abr. 2014.

BASTOS, H. P. **Saúde e educação**: reflexões sobre o processo de medicalização. (Tese de doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, São Paulo, 2013.

BUENO, J. G. S. **A produção social da identidade do anormal**. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). História Social da Infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

COLL, César; MARCHESI Álvaro; PALACIOS Jesús e colaboradores. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Artmed, 2004.

COLLARES, C. A.; MOYSÉS, M. A. A. **Educação na era dos transtornos**. In L. S. Viégas, M.I. Ribeiro, E. C. Oliveira; L. A. Teles (Eds.). Medicalização da educação e da sociedade: Ciência ou mito. (pp. 47-69). Salvador: EDUFBA. 2014.

COTRIN, J. T. D. **Itinerários da psicologia na Educação Especial: uma leitura crítica em psicologia escolar**. 2010. 180 f. Tese de Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-22072010-091001/pt-br.php>>. Acesso em 02 jun. 2019.

CHRISTOFARI, A. C., FREITAS, C. R.; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**, 40(4), p.1079-1102. 2015.



FREITAS, J. S.; ROTA JÚNIOR, C. O eletroencefalograma como instrumento de avaliação de queixas escolares: medicalizando a educação. **Revista entreideias: educação, cultura e sociedade**, 3(1), p. 63-78. 2014.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, 16(1), p. 136-142. 2012.

MENEZES, A. B. N. T. Higiene Mental, educação e ordem social: a normalização da criança e a dimensão biopolítica. **Revista Metáfora Educacional**, v. 10, p. 3-17, 2011.

MOYSÉS, Maria Aparecida A.; COLLARES, Cecília. A.L. **Medicalização do comportamento e da aprendizagem**: a nova face do obscurantismo. In L. S. Viégas, M.I. Ribeiro, E. C. Oliveira & L. A. Teles (Eds.). *Medicalização da educação e da sociedade. Ciência ou mito*, p. 21-43. Salvador: EDUFBA. 2014.

PALACIOS, Agustina. **El modelo social de discapacidad**: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Intenacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo editorial CINCA, 2008.

RICHTER, B. R. **Hiperatividade ou indisciplina?** O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

PATTO, M. H. S. Prefácio. In M. H. S. Patto. *Introdução à Psicologia Escolar* (pp.7-10) 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.

_____. **A Produção do Fracasso Escolar**: Histórias de Submissão e Rebeldia. São Paulo: Intermeios, 2015.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. Vol. 174. WVA, 1997.

VELTRONE, A. A.; MENDES, E. G. **Descrição das propostas do Ministério da Educação na avaliação da deficiência intelectual**. Paidéia, v. 21, n. 50, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/14.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2019.



VELHA SIM, DOENTE NÃO: A DESPATOLOGIZAÇÃO DA VELHICE FEMININA EM NARRATIVAS ORAIS DA MATINTAPERERA

Andressa de Jesus Araújo Ramos¹
Maria do Perpétuo Socorro Galvão Simões²

Resumo: A velhice é, de acordo com Mucida (2018), um momento singular dentro desse processo assinalado pelo agudizamento de distintas restrições e mudanças do desempenho de diferentes funções, bem como determinadas alterações celulares, não resultando, todavia, uma acumulação de enfermidades. A autora esclarece que apesar de algumas doenças, como por exemplo, a catarata, a artrite, a perda de audição e da visão, entre outras, serem majoritariamente enfermidades que ocorrem na senescência, ela não se trata de um aglomerado de patologias. Kamkhagi (2008) defende que não devemos, em hipótese alguma, entender o envelhecimento como sinônimo de adoecimento, pois estar “velho” não significa estar doente. Desse modo, este artigo tem como objetivo geral refletir sobre a despatologização da velhice feminina em narrativas orais da Matintaperera, recolhidas pelo “O Imaginário nas Formas Narrativas Oraís Populares da Amazônia Paraense” (IFNOPAP). O referencial teórico deste estudo ampara-se em: Beauvoir (2018), Zimmerman (2007), Mucida (2018), Debert (1994), Goldenberg (2017) e Salgado (2002).

Palavras-chave: Despatologização. Velhice Feminina. IFNOPAP. Narrativas Oraís. Matintaperera.

Old yes, sick no: the despathologization of female old age in oral narratives of matintaperera

Astract: Old age is, according to Mucida (2018), a unique moment within this process marked by the worsening of different restrictions and changes in the performance of different functions, as well as certain cellular changes, but it does not result in an accumulation of diseases. The author clarifies that although some diseases, such as cataracts, arthritis, loss of hearing and vision, among others, are mostly illnesses that occur in senescence, it is not a cluster of pathologies. Kamkhagi (2008) argues that we should not, under any circumstances, understand aging as synonymous with illness, because being "old" does not mean being sick. Thus, this article aims to reflect on the despathologization of female aging in oral narratives of Matintaperera, collected by "The Imaginary in the Popular Oral Narrative Forms of the Amazon Paraense" (IFNOPAP). The theoretical reference of this study is based on: Beauvoir (2018), Zimmerman (2007), Mucida (2018), Debert (1994), Goldenberg (2017) and Salgado (2002).

Keywords: Dyspathologization. Female Aging. IFNOPAP. Oral Narratives. Matintaperera

¹ Doutoranda em Estudos Literários pelo Programa de Pós-Graduação em Letras: Linguística e Teoria Literária (PPGL) da Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Belém, Pará.

² Doutora em Letras (Letras Vernáculas) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Letras: Linguística e Teoria Literária (PPGL) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Coordenadora do Programa de Estudos Geo-BioCulturais da Amazônia - Campus Flutuante, da Universidade Federal do Pará, Campus Belém, Pará.



Introdução

De acordo com Dardengo e Mafra (2018) durante vários séculos, a velhice foi concebida como doença, provavelmente por ter sido, conforme documentos históricos, analisada por sujeitos associados a área médica, como por exemplo Galeno, que no século II redigiu sobre as funções fisiológicas dos velhos. Durante os séculos posteriores, a senescência foi pouco estudada. Borges (2007) salienta que Aristóteles e Leonardo Da Vinci fizeram alguns estudos, entretanto todos conceituavam a senectude como enfermidade.

Bertoldo (2010) destaca que nos séculos XII, XIII, XIV e XV, a senioridade era relacionada ao declínio do corpo, classificada como um período de doenças físicas e mentais. Contudo, mesmo com o passar dos séculos, ainda hoje, a velhice é, muitas vezes, correlacionada ao adoecimento.

Porém, os resultados parciais de nossa pesquisa de doutorado em letras (estudos literários) que está em andamento revelaram uma despatologização da velhice feminina em narrativas orais da Matintaperera, recolhidas pelo IFNOPAP, uma vez que mostraram histórias de anciãs que não são descritas como doentes, acamadas e à beira da morte, mas se tratam de idosas saudáveis, alegres e vigorosas.

As autoras utilizadas para a realização deste trabalho foram: Simone de Beauvoir (2018), Mirian Goldenberg (2017), Guite Zimmerman (2007), Angela Mucia (2018), Guita Debert (1994) e Carmen Salgado (2002).

Esta pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, com abordagem qualitativa, cuja metodologia consistiu em: a) revisão da literatura; b) estudo das distintas concepções de velhice; c) a análise do fenômeno da feminilização da velhice; d) leitura das narrativas orais da Matintaperera, presentes no livro *Abaetetuba conta...*; e) seleção de duas narrativas orais da entidade para a análise; f) análise literárias das narrativas escolhidas.

Este artigo, além desta Introdução e das Considerações Finais, apresenta três seções. A primeira, intitulada **Conceituando o envelhecimento e/ou a velhice** reflete sobre noções relevantes no que concerne ao estudo dessa etapa da vida humana. A terceira, denominada **A velha que se transformava em bicho: a Matintaperera** explica, de forma breve, porém suficiente, uma das lendas mais complexas e fascinantes da região norte do país. E, por fim, a quarta, nominada **A despatologização da velhice feminina em narrativas orais da matintaperera** apresenta a análise



literária de duas narrativas orais da Matinta que apontam para uma despatologização da mulher na velhice.

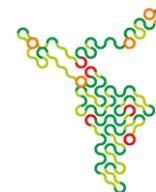
Conceituando o envelhecimento e/ou a velhice

A filósofa francesa Simone de Beauvoir explica, em seu livro *A velhice* (2018), que o médico Hipócrates entendia os velhos como sujeitos que sofriam de problemas respiratórios, de catarros que ocasionavam tosse, padeciam de disúria, de dores nas articulações, de enfermidades nos rins, de vertigens, de derrame, de caquexia, de prurido comum, de moleza; eliminavam água pelos intestinos, pelos olhos, pelas narinas; constantemente tinham catarata; sua visão era debilitada e ouviam com dificuldade. Além de Hipócrates, o filósofo e físico Roger Bacon, no século XIII, e o médico holandês Gerard Van Swieten, no século XVIII, também consideravam a senescência, de acordo com Beauvoir (2018), como uma espécie de doença e, na concepção deste último, uma doença incurável.

Foi a partir de meados do século XIX que a Geriatria- mesmo ainda não recebendo esta designação-, começou, conforme Beauvoir (2018), efetivamente, a existir. Ela foi favorecida na França, país onde foram criados grandes asilos que agregavam muitos velhos. A *Salpêtrière* era, segundo Beauvoir (2018), o maior abrigo da Europa, que acomodava cerca de oito mil doentes, entre eles, dois a três mil se tratavam de anciões. Por conta disso, esse local era considerado, na explicação da autora, como o núcleo da primeira Fundação Geriátrica. É nesse lugar que Charcot proferiu conferências importantes sobre a velhice, que foram publicadas, em 1866, e alcançaram uma imensa repercussão. E nesse período que surgiu a preocupação de tratar os idosos. Tanto é que eles se tornaram mais abundantes, inicialmente, na França e, posteriormente, em outros países.

Beauvoir (2018) destaca que, em 1946, uma Sociedade de Gerontologia³ formou-se nos Estados Unidos. No ano de 1950, uma Associação Internacional de Gerontologia fundou-se em Liège. E, em 1954, estabeleceu-se a *Revue Francaise de Gérontologie*. Neste mesmo período, um índice bibliográfico sobre a gerontologia recolhido nos Estados Unidos indicava 19.000 referências. E, após quatro anos constituiu-se, na França, a Sociedade Francesa de Gerontologia e o Centro de Estudos e Pesquisas Gerontológicas, dirigido pelo professor Bourlière. O surgimento da Gerontologia foi extremamente importante para questões relacionadas a senescência, pois ela estuda:

³ Gerontologia é a “[...] ciência que estuda (logos) o envelhecimento (geros)”. (ZIMERMAN, 2007, p. 15).



[...] as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista físico, psicológico e sociológico, preocupando-se também com a adaptação do indivíduo às várias transformações que vão ocorrendo com a idade, as implicações da personalidade e da saúde mental nesse processo. Ou seja: a gerontologia tem como meta o bem-estar integral do idoso, com a participação de técnicos de diversas áreas, como assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, arquitetos, administradores, enfermeiros, entre outros. (ZIMERMAN, 2007, p. 15).

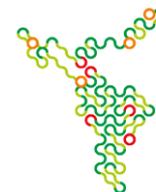
Contudo, vale ressaltar que mesmo diante das contribuições da Gerontologia que estabelece, de acordo com Mucida (2018), a diferença entre a senescência⁴ da senilidade⁵ ainda é comum a associação do ancião a um doente, como se o velho “[...] fosse um semimorto ou alguém com uma doença infectocontagiosa” (ZIMERMAN, 2007, p. 28).

Como vimos existiu, nos séculos anteriores, e arrisco dizer, que ainda existe, atualmente, uma tendência em patologizar a velhice. O verbo transitivo “Patologizar” é um neologismo, proveniente do termo grego *pathologikós* (patológico), que significa transformar em patologia, em doença. No *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*, Antônio Houaiss define dois termos importantes para entendermos melhor esse verbo, que são: patologia e patológico. O primeiro é “a especialidade médica que estuda as doenças e as alterações que estas provocam no organismo” (HOUAISS, 2009, p. 1446). E, o segundo é “referente a patologia, que revela doença; morbido, doentio” (HOUAISS, 2009, p. 1446). Desse modo, patologizar a velhice é transformar essa fase da vida humana em uma doença.

Na realidade, mesmo com o passar dos séculos e diante do avanço da Ciência, da Tecnologia e da Informação, o velho ainda é compreendido, pela maioria da população, como um doente, pois existe na sociedade atual “[...] a cultura da velhice infeliz” (ZIMERMAN, 2007, p. 28), ou seja, tudo isso que relatei é visto como algo comum e ninguém questiona o fato de “[...] o velho ser considerado um doente e inútil” (ZIMERMAN, 2007, p. 28). Vivemos aquilo que o psicanalista alemão Sigmund Freud anunciou, em 1930, que o progresso científico não trouxe ao sujeito a previsível felicidade, “[...] não melhorou as relações entre os homens, não aliviou o medo das perdas, não aplacou a angústia. E tudo isso se escancara de forma ainda mais irrevogável no que tange à velhice” (MUCIDA, 2018, p. 81). Isso acontece, conforme Zimerman (2007), porque vivemos em uma sociedade, na qual a perspectiva é ser jovem. Quando uma criança ou um adolescente pensa no futuro

⁴ Senescência é, na visão de Mucida (2018), um processo fisiológico inevitável do corpo, que provoca mudanças nítidas, relacionada a uma diminuição de todas as funções sem gerar doenças.

⁵ A senilidade, por sua vez, refere-se, conforme Mucida (2018), às patologias do envelhecimento.



se imagina como um jovem, formado em determinada profissão, trabalhando e tendo um bom rendimento econômico. Entretanto, não se vê como um velho realizado.

Após discutimos sobre os conceitos que envolvem o envelhecimento humano, na próxima seção explicaremos de forma breve, uma das figuras mais temidas da Amazônia, a famosa Matintaperera, descrita tradicionalmente como sendo uma velha feia, doente e malvada que se transforma em coruja.

A velha que se transformava em bicho: a Matintaperera

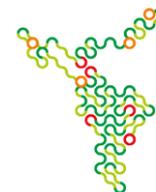
A professora Nazaré Cristina Carvalho (2014) explica que na cultura amazônica, a Matintaperera é concebida como uma feiticeira, isto é, “uma bruxa velha que, quando moça, cometeu grandes pecados, e por isso deve cumprir seu fado” (CARVALHO, 2014, p. 225). Cumprir um fado significa, segundo a estudiosa, efetivar o seu destino, o qual foi estabelecido por intermédio de uma força sobrenatural.

Os sujeitos que cumprem um fado são julgados com indivíduos que efetuaram “[...] um pacto com o demônio em troca de alguma vantagem ou vinganças pessoais, recebendo por isso uma punição, como a de se transformarem em animais durante a noite” (CARVALHO, 2014, p. 225).

A Matinta, na visão dos índios Tupinambás, tem, de acordo Carvalho (2014), a função de mensageiro das coisas da outra vida, isto é, “[...] àquele que vinha dar notícias dos parentes mortos” (CARVALHO, 2014, p. 225). Dessa forma, ela seria alguém capaz de estabelecer um diálogo entre o mundo dos vivos e dos mortos. Ainda, conforme a autora, alguns pajés e feiticeiros, no período da noite, se transformavam nessa entidade e voavam assustando as pessoas e pela parte da manhã, voltavam a assumir sua forma humanizada.

A lenda da Matintaperera foi temática de algumas pesquisas acadêmicas em nível de mestrado. A professora Josebel Akel Fares, em sua dissertação de mestrado, intitulada “Imagens da Mitopoética Amazônica: um memorial das Matinta pereiras”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Pará (PPGL/UFGA), em 1997, explica que a Matintaperera é uma “[...] personagem das matas, dos ares e dos rios amazônicos: um mito regional” (FARES, 1997, p. 27). Em seus estudos, a pesquisadora aproxima a personagem a uma bruxa europeia.

Três anos depois, a antropóloga Gisela Macambira Villacorta, expõe ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA/UFGA) no ano de 2000, a dissertação de mestrado, denominada



“As mulheres do pássaro da noite: pajelança e feitiçaria na região do salgado (nordeste do Pará)”. A autora tem como tema de pesquisa a mulher na pajelança cabocla e busca analisar, sob uma perspectiva antropológica, a função atribuída ao ser feminino nesse campo. A pesquisadora problematiza o fato de a Matintaperera ser sempre uma mulher, mas não qualquer fêmea, já que ela sofre a delação de ter o azar de se transformar em Matinta por ter transgredido a lei ou por ter cometido o adultério.

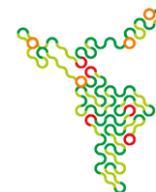
Quatorze anos depois, o professor Fernando Alves da Silva Júnior, anunciou ao Programa de Pós-graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia (PPLSA/ UFPA), em 2014, a dissertação de mestrado intitulada “Representação feminina no mito da Matintaperera em Taperapu Campo, Bragança (PA)”, ressalta que a Matintaperera (o matin tapirera) é a encarnação do espírito de um indígena que, depois de seu falecimento, transmuda-se em um pássaro para retornar a terra dos familiares vivos. O objetivo geral da pesquisa de Silva Júnior (2014) era compreender como a representação feminina acontece nas narrativas orais em relação a Matintaperera de Taperapu Campo (Bragança/PA), bem como discutir dois aspectos relevantes do mito: a transformação da protagonista em ave (bicho) e a oferta (café, tabaco etc.) oferecida a ela em virtude de seus trínados.

Um estudo mais recente sobre a entidade pode ser encontrada em nossa dissertação de mestrado, nominada “Maravilhoso e alteridade em narrativas da Matintaperera”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Antrópicos na Amazônia da Universidade Federal do Pará (PPGEAA/UFPA), em 2019, que objetivava, de modo geral, compreender o maravilhoso a partir da alteridade em narrativas orais da Matintaperera, recolhidas pelo projeto de pesquisa IFNOPAP. De forma específica, objetivávamos verificar aspectos comuns entre a Matintaperera, o Saci-Pererê, o Acauã e a Mula sem cabeça, bem como examinar a ocorrência de Das Unheimliche (O estranho) em narrativas orais da Matintaperera.

Depois de refletir sobre noções importantes do envelhecimento e a informações relevantes sobre a Matintaperera, na próxima seção apresentaremos a análise literária de duas narrativas orais da personagem, presentes na coletânea Abaetetuba conta, recolhidas pelo IFNOPAP.

A despatologização da velhice feminina em narrativas orais da Matintaperera

Como observamos existe em nossa sociedade contemporânea uma patologização da velhice, uma vez que o velho é geralmente associado a um doente, isto é, “[...] um ser doente e inútil, um



fardo a ser carregado pela família e pela sociedade, e essa ideologia vai sendo permanentemente realimentada” (ZIMERMAN, 2009, p. 28). Esse quadro agrava-se ainda mais quando se reflete sobre a mulher na velhice, pois além de ela sofrer o preconceito por ser velha, ainda é discriminada por ser mulher, experimentando uma situação de “[...] dupla vulnerabilidade com o peso somado de dois tipos de discriminação enquanto mulher enquanto idosa” (DEBERT, 1994, p. 33).

Contudo, os resultados de nossas investigações⁶ no acervo do “O Imaginário nas Formas Narrativas Oraís Populares da Amazônia” (IFNOPAP) nos revelaram uma **despatologização da velhice feminina**, uma vez que as mulheres velhas descritas nos contos analisados não se tratam de anciãs doentes, acamadas, que estão esperando a morte chegar, não apresentam aspectos assustadores, não usam roupas rasgadas e nem realizam o mal, como nas narrativas tradicionais, mas que são sujeitos comuns, como todos nós, capazes de se apaixonar, de encantar as pessoas, sentir desejos e que não vivem isoladas em cavernas, mas que apreciam o contato com o *outro*.

Iniciamos nossa análise com a narrativa, intitulada “Fiu! Fiu!”, apresentada por Manoel da Fonseca, na qual ele conta a história de Dona Laura, uma senhora de 70 anos que se metamorfoseava em Matintaperera. Diz o conto, que Raimundo resolveu sair do trabalho e ir direto à casa da velha Laura com o intuito de visitá-la, pois ouviu boatos de moradores locais, ela estava muito doente, de uma febre muito forte - uma epidemia que estava assolando os habitantes da época-, porém, no meio do caminho, algo inusitado aconteceu, ela “[...] Pulou: Pah! E suspendeu a bunda pra cima e a saia, e acendeu a bunda pro lado dele e fez assim: -Fiu, Matintaperera! Aí, ela se endireitou e disse: - Agora vai contar, ouviste?” (SIMÕES E GOLDBERGER, 1995, p. 21). Como podemos observar, a mulher velha (Matintaperera) descrita neste conto não apresenta um perfil tradicional, visto que não se trata de uma anciã cansada e debilitada, mas de uma velha que está cheia de saúde, energia, vigor e sensualidade. Além disso, ela não sente vergonha de seu corpo que está envelhecido, mas o exhibe, comprovando que é possível mesmo na velhice manifestar a sua sexualidade, pois foi estabelecido um protótipo de velho (a) como sujeitos assexuados.

De acordo com Salgado (2002), a cultura hispano-americana, principalmente, concebe a sexualidade da mulher velha como fonte de humor, sendo ridícula e inapropriada. Esse preconceito ocorre, em geral, ao nivelar de forma equivocada a sexualidade feminina a sua capacidade

⁶ Para realizar este artigo lemos as narrativas orais da Matintaperera, presentes no livro *Abaetetuba conta...* Nesses livros identificamos quatorze narrativas orais da Matintaperera, dentre elas selecionamos quatro para análise.

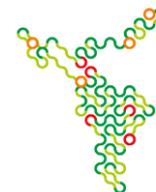


reprodutiva. Essa discriminação para com a mulher anciã está intrinsicamente ligada “[...] ao sexismo e é a extensão lógica da insistência de que as mulheres valem na medida em que são atrativas e úteis ao homem” (SALGADO, 2002, p.12). Dentro deste contexto, isto é, no esforço das mulheres de serem belas a aproximação delas com a velhice resulta assustadora e temível, pois elas têm sido “[...] socializadas e treinadas para temer a velhice. Negando o próprio processo de envelhecimento” (SALGADO, 2002, p.12).

Entretanto, Araújo e Carlos (2017) elucidam que a sexualidade não se restringe apenas ao ato sexual em si, mas sim de uma combinação de prazer, cumplicidade e amor entre dois indivíduos, como modo de percepção de seu corpo e do *outro*. Dependendo da maneira como a velhice é vista e das transformações que ela pode sofrer em diversos aspectos da vida, o sexo nesse estágio pode sim promover liberdade e assegurar o prazer. Para isso, se faz necessário que o velho (a) empregue a sua criatividade para atingir novas maneiras de satisfação.

Outra narrativa que põe em foco a sexualidade da mulher velha é o conto “Fióte!”, narrado por Joana d’Arc que nos revela a história de uma senhora, que surgiu no meio do trajeto da viagem de um grupo de músicos a bordo de uma canoa, pedindo carona, os quais atenderam o seu pedido. Entretanto, eles não sabiam que “[...] ela tinha o fado dela e não disse onde ela ia parar” (SIMÕES E GOLDBERGER, 1995, p. 174). Então, eles saíram, foram embora remando, remando e de repente, “Ela virou a bunda pra cima e deu um assobio. – Fióte! Matintaperera. Ela fez” (SIMÕES E GOLDBERGER, 1995, p. 175). Nesta narrativa, assim como a outra, a anciã não está inconformada com o seu corpo envelhecido, como acontece com muitas senhoras, principalmente as brasileiras que concebem o corpo (sensual, juvenil, esbelto e em boa forma) como um bem, possivelmente, como explica Goldenberg (2008), o mais cobiçado entre os sujeitos tanto das camadas médias urbanas quanto das mais humildes, que o entendem como o principal meio de ascensão social. Na cultura brasileira, o corpo gordo, enrugado ou fora de forma pode representar um verdadeiro perigo às mulheres brasileiras, ocasionando assim, a gerontofobia, síndrome que consiste no medo de envelhecer que atinge, na maioria das vezes, as mulheres. Mas neste conto, a mulher madura mostra não está preocupada com as imposições da sociedade, com a valorização de formas que não pertencem a ela, mas em se exhibir, ser feliz e demonstrar toda a beleza natural de um corpo velho e desnudo.

Como podemos observar, as duas narrativas orais da Matintaperera nos apresentam a despatologização da velhice feminina, pois as velhas não se tratam de mulheres doentes, acamadas



que estão só esperando a morte chegar, mas são simpáticas, divertidas e encantadoras. Os contos “Fiu!” e “Fióte!” têm em comum a reflexão sobre a sexualidade feminina, pois neles as anciãs não se sentem envergonhas de seus corpos que estão em transformação os escondendo, mas os revelam, comprovando assim que a *velhice* não interfere na sexualidade, pois foi estabelecido um protótipo de velho e velha como sujeitos assexuados.

Em resumo, defendemos que não podemos e nem devemos comparar a *velhice* de hoje (*século XXI*) com a dos séculos anteriores, visto que estamos diante de uma nova velha, que não aceita o imperativo: seja uma velha ou “[...] qualquer rótulo que sempre contestaram” (GOLDENBERG, 2017, p. 11). Elas continuam:

[...] cantando, dançando, criando, amando, brincando, trabalhando, transgredindo tabus etc. Não se aposentam de si mesmos, recusaram as regras que os obrigam a se comportar como velhos. Não se tornaram invisíveis, apagados, infelizes, doentes, deprimidos (GOLDENBERG, 2017, p. 11).

A antropóloga Mirian Goldenberg, em seu livro *A Bela Velhice* (2017) faz referência a essa *nova* etapa da vida humana que não vem carregada de preconceitos, mas de otimismo, pois segundo ela o velho ou velha de hoje não se trata de um doente, inútil, dependente ou indesejável, é um sujeito que faz parte de:

[...] uma geração que transformou comportamentos e valores de homens e mulheres, que tornou a sexualidade mais livre e prazerosa, que inventou diferentes arranjos amorosos e conjugais, que legitimou novas formas de família e que ampliou as possibilidades de ser mãe, pai, avô e avó (GOLDENBERG, 2017, p. 11-12).

Considerações Finais

Acreditamos ter alcançado nosso objetivo geral que era o refletir sobre a despatologização da *velhice* feminina em narrativas orais da Matintaperera, recolhidas pelo IFNOPAP, uma vez que apresentamos duas histórias de mulheres velhas, que não se tratam de anciãs fracas, doentes e acamadas, mas idosas saudáveis, alegres e vigorosas.

Para desenvolvermos esta pesquisa bibliográfica, primeiramente, fizemos uma investigação nos repositórios institucionais das renomadas universidades com o intuito de verificar o que já se escreveu sobre a *velhice* e constatamos que são pouquíssimas as teses que se propõe a abordar essa temática e isso se torna algo extremamente preocupantes, pois acaba nos impedindo de desenvolvermos nossa função social, enquanto literários que é o de humanizar os sujeitos através dos textos literários, como afirma Antônio Candido (1989). Para o autor, a literatura desenvolve em nós



“[...] a quota de humanidade na medida em que nos torna mais compreensivos e abertos para a natureza, a sociedade, o semelhante” (CANDIDO, 1989, p. 117).

Em seguida, estudamos a velhice a partir de uma linha histórica e social, observando que o olhar em torno da senescência muda de acordo com o tempo e com a cultura, pois ora ela era vista de forma positiva ora era compreendida de forma negativa. Depois disso, analisamos o fenômeno da feminilização da velhice, constatando que, além de existir mais mulheres do que homens, na velhice, elas são mais discriminadas e estereotipadas. Posteriormente fizemos a leitura das narrativas orais da Matintaperera, presentes no livro *Abaetetuba conta...*, recolhidas pelo IFNOPAP e conferimos que em algumas narrativas as anciãs não eram velhas que estavam doentes, fracas e acamadas, mas saudáveis, fortes e felizes. Então, a partir disso, selecionamos duas essas histórias orais de Matinta para serem analisadas. Julgamos que tanto a nossa metodologia quanto os autores utilizados foram suficientes para realizar este trabalho.

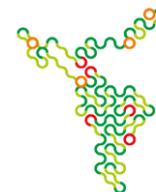
Consideramos que este estudo será relevante para a academia e para a sociedade, pois acreditamos, assim como Zimerman (2007), que precisamos abolir essa mentalidade de que o velho (a) é um (a) doente. Envelhecer é uma passagem, na qual o sujeito passa para uma nova fase de vida, que deve ser experimentada da maneira mais otimista, saudável e divertida possível.

É claro que existe, como menciona Zimerman (2007), o envelhecimento orgânico e suas decorrências. É natural que o ancião apresente doenças crônicas resultantes da deterioração física, psíquica e social experimentado com o passar do tempo, mas agora ser considerado doente e incapaz por conta disso, é inadmissível. Afinal de contas, as enfermidades crônicas, como o diabetes, a hemofilia e outras tantas, também alcançam indivíduos jovens, que podem levar uma vida normal, desde que respeitem alguns cuidados. Nesse sentido, salientamos que é necessário investirmos na velhice da mesma forma que nos dedicamos as outras etapas de nossa existência.

Referências

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; CARLOS, Karolyna Pessoa Teixeira. Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento **LGBT. PSICOLOGÍA, CONOCIMIENTO Y SOCIEDAD**, p. 218-237, 2018.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Trad. de Maria Helena Franco Martins. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.



- BERTOLDO, L. M. **O envelhecimento no contexto atual**. 2010. 84f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2010.
- BORGES, M. B. O. **Envelhecimento Humano: Aspectos históricos e sociais**. 2007. 80 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de ciências da saúde, Brasília, 2007.
- CANDIDO, Antonio. Direitos Humanos e literatura. In. **FESTER, A. C. R. (Org.)**. Direitos humanos e literatura...São Paulo: Brasiliense, 1989.
- CARVALHO, Nazaré Cristina. Caleidoscópio do imaginário ribeirinho amazônico. **Revista Instrumento**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 221-230, 2014.
- CASCUDO, Luís Câmara. **Dicionário do Folclore Brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Global, 2012.
- DARDENGO, Cássia Figueiredo Rossi; MAFRA, Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo. Contradição ou adaptação? **REVISTA DE CIÊNCIAS HUMANAS UFV**, v. 2, p. 1, 2019.
- DEBERT, Guita Grin. **Gênero e Envelhecimento: os Programas para a Terceira Idade e o Movimento dos Aposentados**. Revista Estudos Feministas, v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994.
- FARES, Josebel Akel. **Imagens da mitopoética amazônica: um memorial das matintas pereras**. 1997. 180 f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Centro de Letras e Artes, Universidade Federal do Pará, Belém, 1997.
- GOLDENBERG, Mirian. **Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade**, 2008.
- GOLDENBERG, Mirian. **A bela velhice**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2017.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- KAMKHAGI, Dorli. **Psicanálise e Velhice - Sobre a Clínica do Envelhecer**, 2008.
- MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. 2. ed. rev. 3. reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.
- RAMOS, Andressa de Jesus Araújo. **Maravilhoso e alteridade em narrativas da Matintaperera**. Orientador: Sylvia Maria Trusen. 2019. 81 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Antrópicos na Amazônia) - Campus Universitário de Castanhal, Universidade Federal do Pará, Castanhal, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br:8080/jspui/handle/2011/12431>. Acesso em: 05 de junho de 2021.
- SALGADO, Carmen Delia Sánchez. MULHER IDOSA: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.



SILVA JÚNIOR, Fernando Alves da. **Representação feminina no mito da matintaperera em Taperaçu Campo, Bragança (PA)**. 2014. 181f. Dissertação (Mestrado em Letras) -Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia, PPGLS, Universidade Federal do Pará, Bragança, 2014.

SIMÕES, Maria do Perpétuo Socorro Galvão Simões; GOLDER, Christophe. **Abetetuba conta...** Belém: Cejup; Universidade Federal do Pará, 1995c.

VIEIRA, Bruno César Ferreira. Bruxaria e Feminismo. Uma análise da independência da mulher através dos seriados de TV. In: SEMINÁRIO NACIONAL, 12, E SEMINÁRIO INTERNACIONAL MULHER E LITERATURA – GÊNERO, IDENTIDADE E HIBRIDISMO CULTURAL, 3. **Anais eletrônicos... Ilhéus/Bahia: Universidade Estadual de Santa Cruz, 2007.**

VILLACORTA, Gisela Macambira. **“As Mulheres do Pássaro da Noite”**: pajelança e feitiçaria na região do salgado (Nordeste do Pará). Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2000.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2007.