

34

cadernos temáticos CRP SP

***Patologização e medicalização
das vidas: reconhecimento
e enfrentamento - parte 2***



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - CRP 06

34

cadernos temáticos CRP SP

***Patologização e medicalização
das vidas: reconhecimento
e enfrentamento - parte 2***

CRP 06 · São Paulo · 2019 · 1ª Edição

Caderno Temático nº 34 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2

XV Plenário (2016-2019)

Diretoria

Presidenta | Luciana Stoppa dos Santos
Vice-presidenta | Larissa Gomes Ornelas Pedott
Secretária | Suely Castaldi Ortiz da Silva
Tesoureiro | Guilherme Rodrigues Raggi Pereira

Conselheiras/os

Aristeu Bertelli da Silva (*Afastado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Beatriz Borges Brambilla
Beatriz Marques de Mattos
Bruna Lavinias Jardim Falleiros (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Clarice Pimentel Paulon (*Afastada desde 16/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Ed Otsuka
Edgar Rodrigues
Evelyn Sayeg (*Licenciada desde 20/10/2018 - PL 2051ª de 20/10/18*)
Ivana do Carmo Souza
Ivani Francisco de Oliveira
Magna Barboza Damasceno
Maria das Graças Mazarin de Araújo
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri
Maria Rozineti Gonçalves
Maurício Marinho Iwai (*Licenciado desde 01/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)
Mary Ueta
Monalisa Muniz Nascimento
Regiane Aparecida Piva
Reginaldo Branco da Silva
Rodrigo Fernando Presotto
Rodrigo Toledo
Vinicius Cesca de Lima (*Licenciado desde 07/03/2019 - PL 2068ª de 16/03/2019*)

Organização do caderno

Lucia Masini, Rosângela Villar, Maria Rozineti Gonçalves e Lilian Suzuki

Revisão ortográfica

Lucia Masini

Projeto gráfico e editoração

Paulo Mota | Relações Externas CRP SP

C755p Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2019.

144 p.; 21x28cm. (Cadernos Temáticos CRP SP /nº 34)

ISBN: 978-85-60405-61-9

1. Psicologia – Patologização da Vida. 1. Medicalização da Educação. 2. Medicalização da Sociedade. 3. Despatologização da Vida. 4. Estatuto da Criança e do Adolescente I. Título

CDD 150.7

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Antonio de Toledo CRB8/8396

Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série *Cadernos Temáticos do CRP SP*, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos *Cadernos Temáticos* de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos *Cadernos Temáticos* é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 34º Caderno da série. Seu tema é: *Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2*.

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todas/os.

XV Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em www.crsp.org.br:

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção
- 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira
- 25 – Psicologia, laicidade do estado e o enfrentamento à intolerância religiosa
- 26 – Psicologia, exercício da maternidade e proteção social
- 27 – Nossa luta cria: enfrentar as desigualdades e defender a democracia é um dever ético para a Psicologia
- 28 – Psicologia e precarização do trabalho: subjetividade e resistência
- 29 – Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência
- 30 – Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos
- 31 – Psicologia e justiça: interfaces
- 32 – Conversando sobre as perspectivas da educação inclusiva para pessoas com Transtorno do Espectro Autista
- 33 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 1

Sumário

07	INTRODUÇÃO <i>Núcleo de Educação e Medicalização do CRP SP</i>
	SEMINÁRIO SOBRE MEDICALIZAÇÃO: QUESTIONAMENTOS E INICIATIVAS EM FAVOR DA DESPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA
09	<i>Maria Rozinetti Gonçalves</i>
11	<i>Annie Louise Saboya</i>
14	<i>Beatriz de Paula Souza</i>
21	<i>Annie Louise Saboya</i>
26	<i>Debate</i>
	INTERVENÇÕES DESPATOLOGIZANTES NA EDUCAÇÃO E NA SAÚDE
34	<i>Pedro Tourinho</i>
35	<i>Adriana Watanabe</i>
41	<i>Francielly Damas</i>
46	<i>Debate</i>
	MEDICALIZAÇÃO E AS AMEAÇAS AOS DIREITOS CONQUISTADOS NO CAMPO DA EDUCAÇÃO, DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
52	<i>Maria Rozinetti Gonçalves</i>
54	<i>Jaqueline Kalmus</i>
57	<i>Luis Fernando de Oliveira Saraiva</i>
61	<i>Beatriz de Paula Souza</i>
64	<i>Pedro Montaldi Gava</i>
68	<i>Angela Soligo</i>
72	<i>Debate</i>

INFÂNCIA EM RISCO! DEBATE SOBRE A LEI 13.438
DE DETECÇÃO DE RISCO PSÍQUICO EM BEBÊS

Mesa de abertura

78 *Maria Rozineti Gonçalves*

79 *Larissa Gomes Ornellas Pedott*

80 *Cláudia Guzzardi Altieri*

Palestras

81 *Carla Biancha Angelucci*

87 *Ilana Katz Zagury*

93 *Maria Aparecida Affonso Moysés*

100 *Debate*

DETECÇÃO PRECOCE DE "RISCO PSÍQUICO" EM BEBÊS

110 *Pedro Tourinho*

111 *Rosangela Villar*

112 *Bárbara Costa Andrade*

122 *Debate*

125 *Entrevista com Bárbara Costa Andrade*

126 ATO COMEMORATIVO DO DIA ESTADUAL
DE LUTA CONTRA A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO

Introdução

Núcleo de Educação e Medicalização do CRP SP

Temática fundamental que merece reflexão e construção de ações de enfrentamento tanto nos aspectos ligados diretamente à Educação, quanto à vida das pessoas.

O CRP SP tem essa diretriz fruto de deliberações de nossos COREPs e CNPs, há várias gestões e o presente Caderno Temático traz à categoria e à sociedade debates, palestras e conferências que o Conselho organizou, apoiou ou foi parceiro, na gestão 2016 a 2019.

Entendendo a medicalização/patologização da educação e da vida como um processo/atitude que transforma, artificialmente, questões não médicas em médicas, com aspectos da vida - de diferentes ordens - sendo transformados em "doenças", "transtornos", "distúrbios"; questões coletivas olhadas como individuais; e problemas sociais e políticos, tornados biológicos; e, tendo como uma das consequências, a manutenção da des-responsabilização de pessoas, instituições e governos por esta situação de sofrimento, discriminação e exclusão - reafirma-se a necessidade do Conselho atuar na temática.

O CRP, via Núcleo de Educação e Medicalização e em parceria com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e o Despatologiza - Movimento pela Despatologização da Vida, vem realizando e apoiando eventos que discutem como enfrentar esses processos.

As principais ações tem sido dar visibilidade ao 11 de Novembro - Dia Nacional de Enfrentamento à Medicalização da Educação e da Sociedade, promover debates, posicionamentos e acompanhar os Projetos de Lei - PLs - que

tem como consequência a patologização, em especial de crianças e adolescentes nas escolas. Estes PLs são reeditados sistematicamente nas casas legislativas e merecem total atenção e articulação do Sistema Conselhos, de profissionais da categoria e outros - ligados ou não à Educação e representantes do Legislativo. Estes PLs geralmente tem a temática ligada a supostos transtornos de aprendizagem, como a dislexia e o TDAH, mas podem também atingir outros temas, que medicalizam, patologizam e judicializam - como a manicomialização, as questões étnico-raciais e de gênero, o abuso de cesáreas no Brasil, o parto desumanizado, a criminalização de crianças e adolescente, via redução da maioria penal, dentre outras pautas.

Dada à abrangência do fenômeno e às consequências desastrosas para a vida das pessoas, é fundamental que o CRP produza posicionamentos e documentos de referência que auxiliem a categoria a identificar criticamente práticas patologizantes, medicalizantes e judicializantes; e, que continue apoiando este enfrentamento em todas as formas possíveis.

É importante salientar que a partir da prática despatologizante de profissionais em diferentes setores e de sua efetiva participação crítica em espaços de construção de políticas públicas e de controle social, alguns frutos vêm sendo colhidos. O protocolo do metilfenidato, implantado em Campinas/SP, como uma experiência pioneira; sua implantação em forma de Portaria no município de São Paulo/SP; a construção de protocolos - em andamento - em muitos municípios, dentro e fora do estado de São Paulo; as Recomendações do Ministério da

Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para adoção de protocolos estaduais e municipais de dispensação do metilfenidato para prevenir a excessiva medicação de crianças e adolescentes; e a divulgação à todas as unidades educacionais do país destas Recomendações pelo Ministério da Educação (MEC) por meio da Secretaria de Educação Básica (SEB) e da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) são exemplos destes frutos. Mas ainda há muito a se construir.

Alguns objetivos precisam ser buscados de forma sistemática pelo CRP:

- a. Promover discussões junto aos movimentos sociais sobre o tema da medicalização e da patologização, envolvendo profissionais da assistência social, da saúde, da educação, do sistema de justiça, das ciências humanas, estudantes de psicologia e segmentos sociais afins, incluindo a construção e divulgação de práticas psicológicas não medicalizantes;

- b. Manter o compromisso com:

a Resolução 177/2015, do CONANDA, que dispõe sobre o direito de crianças e adolescentes de não serem submetidos à excessiva medicalização;

a Recomendação Mercosul/XXVI RAADH/P nº 1/2015, de 6 de julho de 2015, que afirma a importância de garantir o direito de crianças e adolescentes a não serem excessivamente medicados e recomenda o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos sobre o tema;

as Recomendações do Ministério da Saúde para a adoção de práticas não medicalizantes, de 1 de outubro de 2015;

e a Recomendação nº 19 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de outubro de 2015, que recomenda ao Ministério e Secretarias de Saúde a promoção de práticas não medicalizantes,

- c. Elaborar, de forma descentralizada nas subsedes, pilares de apoio à categoria e a profissionais de diferentes áreas que forneçam informações e programas relacionados à compreensão do fenômeno da medicalização e seu enfrentamento.

Organização, apoio e parceria de eventos sobre o tema se tornam fundamentais.

Tendo este projeto como eixo estruturante, a organização deste Caderno Temático é mais uma forma de lidar com a temática. Selecionamos materiais gravados de eventos organizados ou apoiados pelo CRP e os movimentos contra a patologização e a medicalização da sociedade e/ou pelo legislativo.

Nesta segunda parte, em ordem de realização, temos os seguintes materiais para enriquecer nossas reflexões e práticas:

- Seminário sobre Medicalização: Questionamentos e Iniciativas em Favor da Despatologização da Vida. Evento Preparatório do 9º CNP realizado no Auditório do CRP SP. Data: 21/03/2016;
- Evento Intervenções despatologizantes na educação e na saúde, realizado na Câmara Municipal de Campinas/SP. Data: 10/11/2016;
- Evento Medicalização e as ameaças aos direitos conquistados no campo da educação, da saúde e da assistência social, realizado no Auditório do CRP SP. Data: 19/11/2016;
- Evento Infância em Risco! Debate sobre a Lei 13438 de detecção de risco psíquico em bebês, realizado no Auditório do CRP SP. Data: 04/12/2017;
- Evento da Campanha de Enfrentamento à Patologização e Medicalização da Vida: Detecção precoce de “risco psíquico” em bebês, realizado na Câmara de Vereadores de Campinas/SP. Data: 13/11/2018.

Esperamos que aproveitem. 🌍

Seminário sobre Medicalização: questionamentos e iniciativas em favor da despatologização da vida

Maria Rozineti Gonçalves

Conselheira do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, representando o Núcleo de Educação e Medicalização do CRP SP.

Boa noite a todos e a todas, inicio agradecendo ao Conselho Regional de Psicologia por poder estar aqui nessa roda e fazer a mediação. Eu componho o Núcleo de Educação, um dos núcleos do CRP SP, em que represento o Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE. E também agradecer a possibilidade de organização desse evento que acontece junto com o Núcleo Álcool e outras Drogas e Medicalização, que a Helena está aqui representando, e também o Núcleo de Saúde, que, infelizmente, não pôde ter representação hoje. Estes são os três núcleos que propuseram essa roda de conversa, para que pudéssemos debater o tema *Medicalização, Questionamentos e Iniciativas em Favor da Despatologização da Vida*.

Destaco que este é um evento preparatório para o 9º Congresso Nacional de Psicologia e que a escolha desse tema se deu por ser cada vez mais caro e importante para a atual gestão do CRP, especialmente para os três núcleos proponentes, mas não somente para a gestão, já que essa é uma temática que se amplia para muitos campos e atravessa o da Justiça, o da Assistência Social, o da Infância e da Adolescência, entendemos, por tanto, que é um tema de muita relevância por estar na interface de diversas áreas. E que os psicólogos e as psicólogas têm a ver com isso? Essa é uma das perguntas que vamos tentar pensar juntos hoje. Como a psicologia se coloca nesse contexto? Como ela vem cumprindo o seu papel? Serão estes os eixos de reflexão.

Acredito que queremos ser reconhecidos como profissionais que atuam em favor da despatologização da vida e contrários aos pro-

“Essa é uma temática que se amplia para muitos campos e atravessa o da Justiça, o da Assistência Social, o da Infância e da Adolescência, entendemos, por tanto, que é um tema de muita relevância por estar na interface de diversas áreas”

cessos de medicalização. Por isso, penso que o tema da medicalização também é caro para todos os psicólogos e psicólogas que estão em seus locais de trabalho, porque tangencia diversas áreas nas quais nos debruçamos cotidianamente, seja como estudante, como pesquisador, como docente, ou no campo de atuação de cada uma de vocês que estão aqui e dos que estão nos ouvindo, de tantas outras pessoas da nossa categoria. Para além disso, também é uma temática que tem se revelado cada vez mais importante para sociedade no geral, porque se vê cada vez mais afetada pelos processos medicalizantes, sejam eles em relação à criança, à adolescência, à mulher, ao idoso.

Temos visto absurdos índices de cesarianas. O Brasil, segundo a ONU, é um dos recordistas, infelizmente temos vários recordes negativos, um deles é esse das cesarianas. Então vemos aí um processo de medicalização. Também vemos na questão das cirurgias das jovens que querem cada vez mais corresponder a um determinado padrão de beleza e cada vez mais

precocemente indo para esse caminho de busca cirúrgica. Usos de anabolizantes pelos jovens, respondendo também a um culto a um determinado padrão de beleza. Excessivos diagnósticos de TDAH e dislexia em decorrência de um suposto mau desempenho ou comportamento na escola, tema que a Beatriz vai falar bastante disso e aprofundar um pouco para nós. Com os adolescentes em medidas protetivas ou socioeducativas, têm crescido absurdamente também, a interferência e a forma de olhar para essas pessoas, desconsiderando contextos em que as delinquências são produzidas. As pessoas com deficiência também têm sido alvo desse jeito de olhar e encarar essas pessoas. E a tantas outras esferas aonde vem se dando o que chamamos de silenciamento do indivíduo e das singularidades, e uma captura da vida por processos biologizantes.

Por reconhecer essa complexidade do fenômeno da medicalização, o CRP vem atuando e pautando, na realidade, essa temática em diversas frentes. Eu vou falar um pouco de algumas dessas frentes que temos trabalhado enquanto Conselho, apoiando e unindo esforços com fóruns, associações e movimentos sociais, como o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, aqui representado pela Beatriz de Paula Souza, e a outros movimentos populares que também fazem frente a isso, buscando dialogar com o setores da sociedade civil e poder público, visando elucidações dos processos de medicalização da vida e a busca de alternativas e ações não medicalizantes. Essa é uma das frentes que o CRP vem atuando. Também temos atuado junto a parlamentares, governantes, instâncias legislativas, executivas e do judiciário e de políticas públicas, esclarecendo e até convencendo a se adotar medidas em favor da despatologização da vida e da garantia de direitos.

Um outro eixo do Conselho Regional é a elaboração de referências, como a cartilha sobre medicalização. O Núcleo Educação também está elaborando uma cartilha sobre psicologia e educação, e que tem a temática da medicalização na cartilha com caráter informativo ao público em geral, usuários dos serviços de educação. A Annie vai falar sobre a cartilha de álcool, drogas e medicalização, que também tangencia essa temática da medicalização. Também validando e apoiando outros documentos e protocolos que são produzidos nesse processo de enfrentamento, como a lei que dispõe sobre a dispensa-

ção do metilfenidato aqui no município de São Paulo e em Campinas. Também vem promovendo espaços de debate junto à categoria, como esse aqui de hoje, e apoiando outros eventos promovidos sobre essa temática. O CRP foi parceiro de eventos, dos Seminários Internacionais Sobre Medicalização, que vem sendo realizado pelo Fórum Sobre Medicalização.

Portanto, o Conselho vem atuando e vem sustentando uma psicologia que valoriza uma concepção de homem como um ser crítico e social, plural e ao mesmo tempo singular e que pede um profissional ético, político e que combata a discriminação e a desigualdade. E é por essa forma de ser psicólogos e psicólogas, que penso que estamos aqui, para afirmar isso hoje. Agora, nesse campo contraditório, da questão da medicalização, da despatologização da vida, temos muitos enfrentamentos que ainda precisam acontecer. Eu falei de coisas que o CRP vem fazendo, mas não tem nada de fácil nisso, é tudo muito difícil, e ainda se tem muito o que fazer e muito a que se construir. As vezes costumamos dizer que é uma luta de formiguinha contra elefantes. Porque, por vezes, temos enfrentamentos com a indústria farmacêutica, que é um elefante e nós somos as formiguinhas. Mas de começo era isso que eu queria colocar. Depois eu vou falar um pouco do próprio Congresso Nacional de Psicologia, mas eu vou passar a palavra para Annie, que vai colocar outras considerações. 🌍

“O Conselho vem atuando e vem sustentando uma psicologia que valoriza uma concepção de homem como um ser crítico e social, plural e ao mesmo tempo singular e que pede um profissional ético, político e que combata a discriminação e a desigualdade”

Boa noite. Agradeço a presença, bem-vindas todas as pessoas que estão aqui, o pessoal que está assistindo em casa também. Eu faço parte do Núcleo de Álcool, Drogas e Medicalização do CRP. O tema da medicalização é sempre transversal às nossas discussões. Mesmo quando as demandas que chegam nos convocam a falar mais sobre as drogas ilícitas, sobre as que estão sendo mais faladas no momento ou o que mais enfrentamos nas políticas públicas, como a questão das políticas públicas para álcool e drogas, a medicalização está sempre presente de forma transversal. Essa é uma discussão que para nós pode ser um pouco comum, mas, conversando com as pessoas na nossa vida ou no nosso trabalho, sabemos que não é tão tranquilo assim falar que remédio também é droga, é uma concepção que não é tão bem aceita. Então, esse é um debate que está sempre presente: o que é droga?

“Reconhecemos o perigo representado pelas drogas que são lícitas, principalmente em função do incentivo ao seu uso para que a pessoa se encaixe em algum padrão desejado no contexto atual”

Nossa concepção é a de que droga é qualquer substância que altere o funcionamento mental ou psicológico, então as medicações prescritas também são drogas, assim como as

drogas ilícitas e como as que são consideradas recreativas, mas são lícitas. Reconhecemos o peso que o proibicionismo tem sobre o impacto do uso dessas drogas, como os usuários de drogas ilícitas que são criminalizados, e também reconhecemos o perigo representado pelas drogas que são lícitas, principalmente em função do incentivo ao seu uso para que a pessoa se encaixe em algum padrão desejado no contexto atual. Então, temos o cuidado de pautar todas essas questões em nossas discussões. Ano passado o núcleo participou de vários eventos sobre diferentes temas, como drogas, álcool, criança e adolescente, saúde, educação, assistência social, políticas públicas etc. Sempre alguma demanda aparece para nós e buscamos participar de eventos, de mesas, de discussões. Também vamos a campo, fazendo pesquisas.

No ano passado o núcleo se dedicou praticamente o ano todo para duas publicações, que estão quase prontas, e que devem sair entre abril e maio. Essas publicações estão bem relacionadas com o tema da medicalização da vida, como o Dossiê das Comunidades Terapêuticas, que é o resultado das fiscalizações dos últimos anos do CRP, realizadas nas comunidades terapêuticas em função das denúncias recebidas pelo Conselho. Uma das coisas que observamos bastante, não só pelo dossiê, mas em função de nossas atuações profissionais, eu como trabalhadora de CAPS AD por anos e outras pessoas do núcleo que atuam com diferentes políticas públicas ligadas à questão das drogas, é: como a hipermedicalização em alguns espaços serve para ocultar um suposto cuidado para as pessoas que possuem problemas com drogas.

“A hipermedicalização em alguns espaços serve para ocultar um suposto cuidado para as pessoas que possuem problemas com drogas”

Nós, que estamos na prática dos serviços, observamos e ouvimos muito sobre como é a distribuição de remédios nesses locais: é igual para todo mundo, sem um cuidado, sem uma avaliação individual. Existe ainda a venda e troca de remédios entre usuários. Esses são alguns dos aspectos que também aparecem no dossiê e há diversos preocupantes nas denúncias, que são muitas, mas a super medicalização é constante. Muitos usuários com os quais eu tive contato nesses anos de trabalho trouxeram falas que críticas sobre essa situação: “nossa, mas eu fiquei muito mais chapado no lugar X do que eu ficava quando eu tava na rua usando drogas”. E o que vemos é que depois não tem uma continuidade nem cuidado dessas medicações, e essa é uma questão muito comum e que retorna para o que eu tinha falado antes, da conveniência de que algumas drogas possam ser criminalizadas, estigmatizadas na mídia de uma forma sensacionalista e, na verdade, mentirosa.

“Se fôssemos falar de alguma epidemia, considerando o significado da palavra, seria de álcool. Mas quantos problemas que isso tem e o quanto não interessa falar sobre esse problema”

Muitas vezes ouvimos que existe uma epidemia de crack, o que é uma mentira, não existe uma epidemia de crack. Se fôssemos falar de alguma epidemia, considerando o significado da palavra, seria de álcool. Mas quantos problemas que isso tem e o quanto não interessa falar sobre esse problema em alguns momentos e em alguns contextos. Essas questões todas acabam sempre aparecendo no que é chamado de tratamento, mas que é muito patologizan-

te para os usuários de droga. A patologização do uso problemático de drogas é também uma prática de exclusão, como foram e ainda são os manicômios, como são as cadeias, como são muitas coisas que a sociedade prefere excluir e não lidar, não perceber o quanto nós também somos parte disso.

“A patologização do uso problemático de drogas é também uma prática de exclusão, como foram e ainda são os manicômios, como são as cadeias, como são muitas coisas que a sociedade prefere excluir e não lidar”

A outra publicação que vai também nessa direção, principalmente da questão da redução de danos, é uma cartilha, que vai ser parecida com a Cartilha da Medicalização, e que foi construída de uma forma um pouco diferente para nós, considerando grande parte das publicações do CRP, porque desde o início fizemos junto com coletivos, com movimentos sociais, para decidir o que era interessante ter nessa cartilha. Depois o núcleo se debruçou por muito tempo sobre o conteúdo da cartilha e devolveu de novo para esses coletivos. Fizemos etapas de validação junto com os usuários do CAPS ad, também lemos o texto junto com o CREPOP, que faz parte desse processo, e com o coletivo da Marcha da Maconha de Santos.

Esse caminho foi escolhido pois a cartilha é para usuários e usuárias. Então esse momento de validação foi para ter uma resposta deles sobre o que estava acessível ou não e o que poderia ser melhorado. Com isso, voltamos e acertamos o texto, que deve ser lançado agora. O produto final foi construído nessa direção do diálogo aberto, não da forma moralista e segmentada que costumamos ouvir muito falar sobre as drogas e que não tem tido nenhum efeito, como podemos observar. O pessoal da educação conhece o problema com jovens, com crianças, com adolescentes, que, embora não seja possível afirmar que piorou nos últimos anos, sabemos que não houve melhora alguma.

“Existem vários problemas em relação ao uso de drogas, mas a forma de falar não tem sido eficiente. Então, a cartilha foi construída para falar desse tema de um jeito menos estigmatizante, menos preconceituoso”

Existem vários problemas em relação ao uso de drogas, mas a forma de falar não tem sido eficiente. Então, a cartilha foi construída para falar desse tema de um jeito menos estigmatizante, menos preconceituoso, um “papo reto”, um diálogo aberto que vai ao encontro desse momento de ampliar as visões das pessoas da saúde, da educação, do debate sobre álcool e drogas. Psicólogos, psicólogas e não psicólogos também podem participar desse debate para ampliarmos as visões, ampliarmos o debate, trocarmos informações e criarmos uma prática profissional que atinja as pessoas de verdade.

“Psicólogos, psicólogas e não psicólogos também podem participar desse debate para ampliarmos as visões, ampliarmos o debate, trocarmos informações e criarmos uma prática profissional que atinja as pessoas de verdade”

O debate sobre a redução de danos vai justamente nessa direção, não existe um jeito único de se falar sobre drogas, de nenhuma droga, para nenhum público. Temos que estar abertos para ouvir e para entender qual é aquele contexto e como que aquilo pode tocar, qual é a realidade do sujeito e não vir com fórmulas prontas, como o discurso só de proibição e de medo ou de práticas patologizantes. Essas práticas e discursos podem só piorar a questão e fazer com que, muitas vezes, o usuário apenas troque a droga ilícita pela lícita, revezando o consumo. No fim, a pessoa não consegue

em nenhum momento refletir sobre a situação dela, problematizar e se enxergar como um ser que tem escolha, que pode ter um controle da sua situação. Ainda que esse controle não seja sempre, mas que seja sempre que possível, da forma que ele consegue, dentro de cada contexto. É o que eu tinha para disparar o debate nesse momento, estarei aqui para darmos continuidade, obrigada. 🌱

“Não existe um jeito único de se falar sobre drogas, de nenhuma droga, para nenhum público”

Beatriz de Paula Souza

Psicóloga e mestre em psicologia escolar e do desenvolvimento humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, coordenadora do serviço de orientação à queixa escolar do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar (Lieppe). Organizadora dos livros Orientação à Queixa Escolar, Saúde e educação: muito prazer! e Medicalização de Crianças e Adolescentes. Membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, ABRAPEE. Homenageada na Câmara Municipal de São Paulo com o Voto de Júbilo e Congratulações por profissionalismo, dedicação, empenho e sensibilidade pela causa pública.

Como a Rozi já adiantou, o meu encontro com o tema da medicalização se deu a partir da interface da psicologia com a educação, já que coordeno um serviço de atendimento psicológico à queixas escolares. Entre cinco e seis anos atrás cada vez mais me chamou à atenção a quantidade de crianças e adolescentes encaminhadas porque estavam com dificuldades na escola e que, quando eu perguntava para os pais: “bom, mas por que vocês acham isso que está acontecendo?”, chegava ao ponto de cem por cento dos responsáveis ter entre as hipóteses para a dificuldade dos filhos, a possibilidade de terem TDAH, transtorno do déficit de atenção, com ou sem hiperatividade, e Dislexia, principalmente esses dois supostos transtornos.

“Nunca encontrei e nunca confirmei esses diagnósticos trabalhando na perspectiva em que atuamos: buscando sentidos, buscando história, entendendo as relações, entendendo o contexto. Nessa perspectiva, esses diagnósticos não se sustentam”

Já vou deixando bem claro que eu nunca encontrei e nunca confirmei esses diagnósticos trabalhando na perspectiva em que atuamos: buscando sentidos, buscando história, entendendo as relações, entendendo o contexto.

Nessa perspectiva, esses diagnósticos não se sustentam. Quando compreendemos a maneira como eles são feitos, entendemos o porquê de série de questões que não serem consideradas. Portanto, a minha prática corrobora as pesquisas científicas que dizem que esses transtornos são inventados, aliás, como o próprio formulador do TDAH já assumiu. Certamente muitos devem ter visto isso, pois se tornou viral nas redes sociais, que ele próprio, talvez em uma crise de consciência quando estava no seu leito de morte falou, “olha, eu inventei esse negócio, patrocinado, tudo, e eu sei o estrago que eu fiz”.

“A indústria avança cada vez mais sobre a formação, convencendo os médicos a atuarem dentro de uma lógica biologizante, sem pensar nas relações, sem pensar nas histórias”

Retomando, entendo que ainda é importante retomar o conceito de medicalização, porque dá muito mal-entendido e ainda há quem acredite que somos contra médico. Não é isso! Somos contra aqueles que estão capturados pela lógica medicalizante e atualmente são muitos, não é? Essa é uma questão presente até mesmo em jornais, o quanto que a indústria farmacêutica assedia os médicos, os laboratórios. E não só o assédio aos médicos já formados, a indústria avança

cada vez mais sobre a formação, convencendo os médicos a atuarem dentro de uma lógica biologizante, sem pensar nas relações, sem pensar nas histórias, sem considerar que outros profissionais podem ser importantes para discutir e fechar um diagnóstico. Então não se trata de ser contra médico e nem se trata de ser contra remédio, contra medicação. Entender isto faz toda a diferença. Não sou contra medicação, por vezes tomo remédio e dou remédio aos meus filhos.

Falamos de medicalização quando percebemos que se deu uma aparência de problema de saúde, no sentido amplo, englobando também a saúde mental, o que nos implica como psicólogos. Vamos tomar como exemplo uma criança cursando o quinto ano, abandonada no fundo da classe, submetida o tempo todo a tarefas que exigem domínio de leitura e da escrita, sem ter se alfabetizado, que pode inclusive sofrer humilhações na classe, e que vivencia conflitos entre os pais em casa. Se não investigarmos tudo isso e apenas resolvermos que o problema é em função da questão familiar, e falar do Édipo da criança, seguir por esse caminho de desconsiderar a realidade escolar cai no campo da medicalização, quando a realidade escolar tem sido um fator muito importante.

Então, as “psicologizações” entram no campo da medicalização. Ou seja, a medicalização diz respeito às práticas em psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina. Temos aqui uma ampla gama de profissionais do campo da saúde e diz respeito a uma operação que transforma questões que são de ordem coletiva. O exemplo dado é nesse sentido, uma escola com um funcionamento adoecedor que é da ordem do coletivo e do institucional, que diz respeito a aspectos maiores, como as políticas públicas em educação, os modelos de escola e de escolarização. E isso é transformado em um problema individual da criança, “ah, o problema é do menino, que não está sendo capaz de aprender, porque ele está preocupado lá com o problema do pai e da mãe dele, que não estão se dando bem”, ou é que uma questão endógena, porque isso muitas vezes é inconsciente. Não que eu desconsidere essas questões, não se trata disso, mas temos que ter muito cuidado para considerar o ser humano como um ser integral, com todos os seus atravessamentos sociais e institucionais. Então, geralmente o que temos visto ser medicalizado são as questões de ordem social.

“Isso leva depois ao consumo de drogas, porque se a pessoa aprende a lidar com as dificuldades da vida tomando uma droga legal, na hora em que retirar essa droga legal, ela não desenvolveu outros mecanismos lidar com situações difíceis. Então a hora que surgir uma situação difícil, o que que o mundo ensinou para ela? ‘Toma droga, controle quimicamente’”

E o que há por trás da medicalização? A face mais fácil de ver é essa face econômica. As vendas de psicotrópicos tem uma escalada que não tenho nenhuma palavra boa para definir, acho que os números falam por si. Olha o que aconteceu com a venda do Cloridrato de Metilfenidato, que é a substância da Ritalina e do Concerta, escalou de 71mil caixas para 1,5 milhão em 2012. É uma escalada que me faltam palavras para definir algo dessa dimensão. Isso só em relação ao Metilfenidato, observem o que acontece com o Rivotril, que é o Clonazepam: em 2010 são 1,7 milhão e salta, em 2013, para mais de 4,7 milhões. Parece que o décimo segundo medicamento mais vendido do Brasil. Isso para falar de psicotrópicos, fora outros medicamentos.

Nós estamos na era dos medicamentos e estamos sendo capturados por uma forma de pensar medicalizante na qual tudo resolvemos tomando um remédio, que leva a outro remédio. O pessoal de álcool e drogas sabe como funciona, não é? Um remédio leva a um problema ou consequência que precisa ser tratada com outra droga e fora o que isso leva depois ao consumo de drogas, porque se a pessoa aprende a lidar com as dificuldades da vida tomando uma droga legal, na hora em que retirar essa droga legal, ela não desenvolveu outros mecanismos lidar com situações difíceis. Então a hora que surgir uma situação difícil, o que que o mundo ensinou para ela? “Toma droga, controle quimicamente”.

Há outra função da medicalização, ainda mais sutil, que é a do controle social. E acho que esses tempos que vivemos, em que a tendência é o conservadorismo tomar conta, precisamos

estar muito atentos, porque a medicalização se presta a paralisar e ajustar aquele questiona: você dopa e “cala a boca”, camisa de força química. O diagnóstico desqualifica aquele que não se ajusta, porque deixa de ver que sujeito está trazendo no desajuste dele alguma coisa potente, para ser compreendida, para ser entendida e que diz de algum funcionamento que precisa ser repensado, não só para ele como para os outros.

“Medicalização se presta a paralisar e ajustar aquele questiona: você dopa e ‘cala a boca’, camisa de força química”

No trabalhado, e essa é uma área que está super medicalizada, há muita gente trabalhando às custas de calmante e de antidepressivo, professores inclusive. E o que que tem de potente aí? Eles estão dizendo, com isso tudo que eles estão contendo com medicação, que no modus operandi do trabalho também tem algo que leva ao adoecimento. Com a medicação eles aguentam o tranco por um tempo, porque está cada vez mais cheio de professor se readaptando e se exonerando. Os índices de pedidos exoneração dos professores estão sendo cada vez maiores. O que quero dizer com isso é que aí você desqualifica, porque você diz: “o problema é que ele sofre de depressão, o problema não é o trabalho”. Você desqualifica a denúncia que a pessoa faz, o que existe de potente naquele desajuste dela, e contém quimicamente: “eu tomo um antidepressivo e eu consigo trabalhar”.

“Há muita gente trabalhando às custas de calmante e de antidepressivo, professores inclusive”

Agora, como que se faz isso, esses diagnósticos? Se faz com abstrações, se fala do indivíduo como se ele vivesse numa bolha, como se o comportamento dele não tivesse nada a ver com o contexto e não tivesse história. Então é isso é uma fragmentação e uma abstra-

ção. Tem uma função política muito importante, porque com isso você tende a conservar as estruturas de poder e as estruturas que existem e, claro, favorecendo quem se beneficia dessas estruturas, quem se beneficia do status quo, conserva os padrões de produtividade.

“Se fala do indivíduo como se ele vivesse numa bolha, como se o comportamento dele não tivesse nada a ver com o contexto e não tivesse história. Então é isso é uma fragmentação e uma abstração”

Como já foi adiantado nas falas anteriores, vemos que esse é um fenômeno que atinge diversas áreas, inclusive a área de direitos da criança e adolescente. Quem trabalha em Casa Abrigo ou na Fundação Casa sabe bem como é que é. Agora não precisa bater tanto porque se dá um remedinho, fala que o problema é que ele tem tal doença, tal transtorno, transtorno de conduta, TOD, que é o Transtorno Opositor Desafiador. É um transtorno curiosamente dá muito em adolescente, não é? Enfim, essa área é uma área que é fértil para a medicalização, assim como a do trabalho que já citei. A velhice também, muitos já devem ter observado o quanto que os velinhos são alvo fácil da medicalização. Tem uma média de cinco remédios diários por velinhos acima de 70 anos. Na estética, também já citada anteriormente, que afeta muito as mulheres, mas os homens também já tão entrando nessa. Assim como o parto, também citado pela Rozi.

“Hoje, sem perceber, já não se fala mais que estamos tristes, é muito fácil falarmos assim ‘ai, tô deprimido’, ‘ai, sou deprimido”

Outro aspecto que me chama muito a atenção é como a nossa linguagem cotidiana já está sendo afetada. Hoje, sem perceber, já não se fala mais que estamos tristes, é muito fácil

falamos assim “ai, tô deprimido”, “ai, sou deprimido”, “ai, passei não sei o que, uma maior depressão”. No entanto, depressão é patologia, é diferente de tristeza. Sobre a hiperatividade: “eu estou hiperativo, eu sou hiperativo”, “ah, fulano é hiperativo”, que também é uma linguagem patologizante, “é bipolar”, isso também já está se tornando linguagem corriqueira, ou seja, passamos a fazer diagnósticos. Isso tudo faz parte de um pensamento biologizante que estamos deixando nos afetar. Então, eu brigo com essas palavras quando elas aparecem dessa forma, eu acho que precisamos tematizar isso e não nos deixar capturar por esse tipo de pensamento, de funcionamento e nos tornarmos transmissores disso.

“No entanto, depressão é patologia, é diferente de tristeza”

No campo da educação especificamente, a patologização das crianças, sem falar na dos professores, aparece muito com diagnóstico de TDAH e dislexia. Temos um sistema escolar em que, quando olhamos os índices das grandes avaliações nacionais, não ir bem na escola, não ter atingido os níveis esperados de domínio em de língua portuguesa e matemática é o normal. Em matemática é ainda pior, a minoria dos alunos consegue atingir os índices esperados. E quando pensamos em regionalizações desse país tão díspar vemos que os dados são ainda mais complicados.

Depois que nos deparamos com esses índices, quando a queixa que chega é aquela de que “ah, não está indo bem na escola, não atingiu os níveis que seriam para atingir”, nós perguntamos “tá bom, é ele e mais quantos?” Porque a queixa escolar sempre vem como uma coisa individualizada, “ele não consegue”, “ele não está acompanhando”, “é o seu filho”. A queixa vem muito individualizada, então quem trabalha com queixa escolar, quem trabalha com atendimento de criança e adolescente tem que entender de psicologia escolar, tem que entender de políticas públicas em educação, senão não é possível entender o que está acontecendo com a criança, por que não consegue ter uma noção do que que é de ordem coletiva ou de ordem institucional.

“Temos um sistema escolar em que, quando olhamos os índices das grandes avaliações nacionais, não ir bem na escola, não ter atingido os níveis esperados de domínio em de língua portuguesa e matemática é o normal. Em matemática é ainda pior, a minoria dos alunos consegue atingir os índices esperados”

Temos vários funcionamentos no sistema escolar que geram essa situação, muitas coisas que deviam ajudar a organizar a vida escolar acabam desorganizando, como, por exemplo, os concursos de ingresso que motivam trocas de professores em pleno ano letivo, algo que é extremamente comum. Como psicólogos, sabemos o que causa uma troca de professor em pleno ano letivo. Sem falar de salários de professores e outras coisas nos funcionamentos das unidades escolares, como a hostilidade que muitas vezes existe dentro da equipe, o isolamento e a falta de apoio que cada professor sente. As relações entre escolas e pais, que são muito marcadas por preconceitos com relação aos pais e acabam afastando os pais que depois são tidos como desinteressados.

Temos ainda o que acontece dentro da sala de aula, onde acontecem muitas cenas de terror, com meninos sofrendo humilhação, apanhando de grupo, professor perdendo a paciência, não é porque ele seja mal. Mas ele também acaba sendo afetado por um cotidiano muito adoecido, e acaba falando coisas horríveis para as crianças. Essas situações saem no jornal, vocês sabem. E, enfim, não é só isso, queria deixar bem claro que não é só isso que acontece no planeta escola. Todos nós passamos por escolas ou estamos na escola, nós sabemos bem o quanto de gente maravilhosa, quantos educadores dedicadíssimos. Heróis que existem, gente criativa, gente que luta, gente muito capaz que existe nas escolas, mas existem muitos funcionamentos que adoecem as crianças.

São diversos fatores, mas precisamos repensar o modelo de Escola. Essa escola que é

cada qual no seu quadrado, não pode conversar, não pode se mexer. Isso nunca serviu. Em uma sociedade em que as famílias são pequenas, em que a infância vive confinada, Não vemos criança na rua, todo mundo só fica fechado, as crianças não têm com quem brincar e quando chegam naquela escola, naquele lugar cheio de espaço e cheio de criança, que é tudo o que as crianças querem na vida, aí não pode conversar, não pode se mexer. Isso nunca deu certo. Agora, com o modo de vida, principalmente de vida urbana dos grandes centros, não é à toa que está tudo em crise e os professores ficando loucos, porque não dá para executar esse projeto. Felizmente tem muitas experiências educacionais se multiplicando que mostram que outras maneiras são possíveis e são melhores, em que as crianças podem se desenvolver de uma maneira muito melhor e muito mais sadia. Mas isso é uma longa conversa.

“Em uma sociedade em que as famílias são pequenas, em que a infância vive confinada, Não vemos criança na rua, todo mundo só fica fechado, as crianças não têm com quem brincar e quando chegam naquela escola, naquele lugar cheio de espaço e cheio de criança, que é tudo o que as crianças querem na vida, aí não pode conversar, não pode se mexer. Isso nunca deu certo”

Retomando a questão do TDAH, existe um check list de sintomas, o SNAP IV, que já foi protocolo de dispensação do Metilfenidato como política pública publicada no diário oficial. Isso caiu em junho de 2014, ou seja, não faz nem 10 anos. Anteriormente, eu falei que a medicalização altera abstraindo e fragmentando. Eu tirei algumas das questões desse protocolo para deixar isso mais claro, eu entro em várias dessas categorias aí, é muito fácil me diagnosticar como candidata forte ao TDHA. Vejamos algumas questões:

- Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades?
- Distrai-se com estímulos externos
- É esquecido em atividades do dia-a-dia
- Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas
- Tem dificuldade de esperar sua vez

Mesmo no protocolo completo, existe alguma problematização de idade? Uma criança que se distrai com estímulos externos ou uma pessoa de 35 anos que se distrai com estímulos externos? E que estímulos externos? O que está acontecendo dentro e o que está acontecendo fora? É completamente subjetivo. Quer dizer, uma pessoa que é mais paciente, mais tranquila ou que está num dia que está mais tranquilo, pode dizer que “não, imagina, não é nada disso”, e uma pessoa mais impaciente ou mais exigente pode discordar dela e dizer que sim, que tem muito. Então eu entendo que é importante mostrar como que isso não tem nada de científico.

Por vezes falamos “não, mas fez o teste de TDAH e deu”, temos que perguntar como é que foi feito o diagnóstico, de onde se tirou essa conclusão, não nos deixam encantar com essas mistificações, inclusive com neuroimagens. Porque mostram a neuroimagem e afirmam “olha o cérebro de um disléxico e olha um cérebro de um não disléxico, está provada a existência da dislexia”. Não prova nada. Aquela diferença cerebral é muito parecida com de cérebro de músicos e não músicos diante de uma situação musical, eles pegam uma linguagem que uns dominam muito bem, têm um bom vínculo, e uma imagem de quem não domina essa linguagem escrita e não tem um bom vínculo com ela. Claro que o cérebro vai estar diferente. E sabemos disso pelo comportamento, a imagem é só a reprodução de alguma coisa que já se sabe pelo comportamento. Portanto, não prova. É a ignorância que temos em relação a como isso funciona. Então, não se deixem encantar.

Outro exame que está na moda é o de Processamento Auditivo Central, que é uma situação muito artificial em que algumas as crianças ficam apavoradas muitas vezes, e não conseguem responder direito. É feito com umas perguntas super esquisitas, dentro de uma cabine,

com fone de ouvido e com a criança sabendo que ela está sendo examinada por você, e ela teria uma anormalidade, uma doença. Cansei de ver crianças que não se saem bem, temos que ir atrás de fonoaudiólogos e perguntar “me explica o que que é isso que falou que a criança não tem”, pra vermos em uma situação que a criança está à vontade, está bem, se confere ou não confere. E as que pegamos não tem conferido. Claro que precisamos fazer isso com a assessoria de uma fonoaudióloga porque não podemos pode se arvorar em ser expert em tudo. Mas somos críticos porque essa discussão está posta em várias áreas. Então, isso é para vermos como é que é a operação e a importância de nos colocarmos criticamente e não se deixar levar por mistificações. No ramo da ciência se fala de tudo.

“Apenas 5% entram em contato com a escola. Isso é um tipo de procedimento que tende a ser medicalizante”

Para termos uma ideia de como é que está a nossa categoria, a importância de ainda irmos longe nessas discussões de como os psicólogos podem estar realizando práticas medicalizantes, até quando nos pretendemos não medicalizante. Vejamos a pesquisa que a Marilene Proença e a Sabrina Gasparetti Braga fizeram com levantamentos, com pesquisa, de estudos e pesquisas feitas sobre práticas de psicólogos de UBSs daqui de São Paulo. Olha os índices de queixas escolares que foram encontrados nessa faixa etária de 6 a 14, 77%, são índices altíssimos. Por isso, quem trabalha com criança e adolescente precisa entender de psicologia escolar, precisa entender de políticas públicas em educação, como é que é a escola, como é que funciona, o que que acontece lá dentro. Bom, vejamos nas pesquisas sobre qual a porcentagem em que se entra em contato com a escola, de 77%, apenas 5% entram em contato com a escola. Isso é um tipo de procedimento que tende a ser medicalizante.

Precisamos pensar as nossas práticas, até que ponto temos práticas que realmente pesquisam e intervêm em ambientes que estão sendo adoecedores, precisamos pensar nisso.

E até que ponto nos escondemos, muitas vezes sem perceber, atrás de questões teóricas para ter procedimentos que são medicalizantes. Porque não vamos conseguir perceber um monte de coisa. Vocês não imaginam o tanto muda a visão de muitos casos que atendemos quando vamos na escola. É fundamental. É duro ir escola, mas é um desafio que precisamos enfrentar e aprender a conversar com a escola de um jeito que seja efetivo, que não seja de salto alto e desrespeitando o professor. O fato é que precisamos repensar nossas práticas. Existem outras práticas possíveis sim. Eu tenho a pretensão de achar que encontramos procedimentos bacanas lá no Serviço de Orientação à Queixa Escolar, temos livro a respeito. No site do fórum, em multimídia, há publicações como as Recomendações de Práticas Não Medicalizantes na Educação e Saúde. Existem práticas outras, não é algo que tem que inventar tudo sozinho. Claro que as invenções são e sempre serão importantes para contemplar o estilo de cada psicólogo e sua realidade específica. Mas existe onde buscar inspiração, não é nenhuma novidade total.

Em função de tudo isso, pensei em algumas propostas. Entendo que é importante que o Sistema de Conselhos faça um esforço permanente de esclarecimento e discussão sobre medicalização junto à categoria dos psicólogos e junto aos estudantes de psicologia, é preciso que essa discussão esteja na formação. Porque somos convencidos na formação, somos treinados a termos práticas medicalizantes, a pensar de uma maneira biologizante. Também é preciso agir junto à população, que precisa ser esclarecida e alertada sobre esse fenômeno, e junto aos parlamentares, porque é no legislativo que as leis são aprovadas. O fórum lançou uma luta no âmbito parlamentar, pois havia um projeto de lei que previa a contratação de equipes de especialistas em dislexia para fazer pente fino nas escolas municipais de São Paulo. Imaginem como ia ser, para diagnosticar a dislexia e classificar permanentemente, fazendo orientação de professor.

Os parlamentares, muitos bem-intencionados, pensam “nossa, é mesmo, coitada das crianças disléxicas. Elas precisam ser diagnosticadas, porque elas estão lá sofrendo, abandonadas”, o que é verdade, crianças com dificuldades na leitura e escrita estão, muitas vezes, abandonadas e, sem ninguém que as compreenda, acabam sendo chamadas de preguiçosas

ou de burras, e não é nada disso. Mas dizer que só pode ter uma atenção para essa questão na hora que tem alguém pagando o preço, levando uma tarja de doente, de pessoa que tem um problema neurológico? não é para ninguém pagar esse preço.

A dislexia é tida como algo genético, então é para o resto da vida e muda completamente o olhar das pessoas. Infelizmente, muita criança abandonada só é vista e só se para de chamar de preguiçosa, de burra, quando tem um diagnóstico. Isso é um problema enorme, porque daí os pais e a própria criança ficam aliviadíssimos, ficam agradecidíssimos ao diagnóstico. Muitos empunham a bandeira do direito ao diagnóstico que, na verdade, é uma desconstrução de direito, é uma lógica perversa. Outros, ao contrário disso, na hora que são diagnosticados também são abandonados de vez, "ah não, não dá porque o problema tem que ser resolvido fora daqui, o que que eu vou fazer?", "o menino tem um transtorno". Enfim, a população precisa ser alertada também, acho que isso também é uma função do Sistema Conselhos: promover campanhas de esclarecimento, junto à população, é um compromisso com a luta antimedicalizante, um compromisso democrático, articulando e se apoiando nos diferentes grupos. Felizmente assim, existem diversos grupos, movimentos, instituições, profissionais isolados, que tão todos articulados, promovendo essa luta. Então proponho que o Sistema Conselhos tenha um compromisso e apoie essa pluralidade de movimentos, instituições e profissionais que estão na luta antimedicalizante.

E por fim, essa é uma luta de cachorro grande, temos que agir localmente e pensar globalmente. Temos o âmbito cotidiano de cada um, em que podemos pensar se não estamos tomando algum remédio por conta da lógica medicalizante, como eu que custei para perceber que eu estava tomando polivitamínico sem ter deficiência vitamínica nenhuma e isso aconteceu por conta de uma captura pela lógica medicalizante. Então parei e estou mais atenta atenção todo dia se eu estou ingerindo o mínimo necessário de cada nutriente importante, e não tive problema nenhum, estou há anos já sem tomar o polivitamínico que eu tomava diariamente e que era caro, por sinal. Tem essa questão mais individual, de estarmos atentos às nossas práticas, sempre atentos a esse tema. Mas é uma briga que precisamos estar articulados.

Por isso, eu convido vocês a visitarem o site do fórum, www.medicalizacao.org.br. Lá está o manifesto, que acredito que vocês vão adorar e assinar. E essa é a única condição que tem para ser membro do fórum, estar de acordo com aqueles compromissos. E convido vocês se engajarem nessa luta, precisamos dessa articulação porque senão não vamos conseguir vencer os gigantes temos pela frente. E tem o Facebook sempre muito movimentado e que traz coisas muito interessantes, notícias, fatos engraçados, e é só dar uma olhada lá e, para quem se identificar, é só curtir a página. É isso, obrigada. 🙏

Boa noite novamente. Embora eu não estivesse organizada e me planejado para falar, vou aproveitar algumas coisas a Bia, que gostei muito, para fazer aqui a ponte com a questão de álcool, drogas e redução de danos. São muitas coisas em comum, quando a Beatriz começou falando de não ser contra a categoria da medicina, que a medicalização não é ser contra o remédio, não é sobre ser contra medicação, nós do grupo de álcool e drogas também, jamais seríamos contra medicação, nem contra nenhuma outra droga, mas sim, como elas são usadas, de que forma, se realmente elas estão sendo usadas, ainda que de recreativa, com cuidado, de acordo com um contexto, se elas estão sendo usadas ritualisticamente, se estão sendo usadas como medicamento mesmo.

“Os mesmos interesses da indústria que permitem aquele aumento de 70 mil para mais de um milhão de caixas de metilfenidato, tornando algumas drogas serem as mais vendidas, de forma lícita, não permitem que outras sejam legalizadas e colocadas no mercado como medicação”

Sabemos que várias drogas, consideradas substâncias ilícitas, possuem um potencial medicinal incrível. No entanto, os mesmos interesses da

indústria que permitem aquele aumento de 70 mil para mais de um milhão de caixas de metilfenidato, tornando algumas drogas serem as mais vendidas, de forma lícita, não permitem que outras sejam legalizadas e colocadas no mercado como medicação. Ao contrário disso, são colocadas como drogas que fazem apenas mal.

“Muitas vezes, em uma consulta psiquiátrica de 10 minutos a pessoa já sai com um diagnóstico que a estigmatiza pelo resto da vida, e com aquelas caixinhas de outras drogas, lícitas, e não se fala o porquê”

Outro ponto em comum está na questão de como são feitos esses diagnósticos do uso problemático de drogas, de uma pessoa com transtorno decorrente do uso de droga X ou Y, observamos que há muito pouco cuidado nesses diagnósticos. Muitas vezes, em uma consulta psiquiátrica de 10 minutos a pessoa já sai com um diagnóstico que a estigmatiza pelo resto da vida, e com aquelas caixinhas de outras drogas, lícitas, e não se fala o porquê. Nós, da redução de danos, concordamos que em alguns casos pode ser bom e adequado para aquela pessoa trocar uma droga por outra, isso é muito individual e nunca é igual para todo mundo. Mas nem se fala sobre isso. Muitos médicos não falam que consideram o medicamento uma droga

também, muito menos falam o porquê consideram que vai ser melhor usar essa medicação X do que aquela droga do jeito que ele estava usando.

E esse diagnóstico patologizante do uso de álcool e drogas, é carregado na nossa sociedade com um peso muito grande. Ouvimos em algumas abordagens divulgadas aqui no Brasil, por exemplo, de que essa é uma doença incurável. Então, a partir do momento que a pessoa é diagnosticada dessa forma, nunca mais vai ser normal. Ela pode até parar de usar droga, mas continua um adicto em recuperação, como é dito muito comumente por algumas forças. E isso é bem conveniente de se pensar, porque ou ela estará dentro da Clínica ou ela estará em adicto, em recuperação na sociedade e, se ela volta a usar, volta para clínica, depois volta para sociedade e volta para clínica mais uma vez. Quando ela estiver incomodando, é excluída do espaço público, para se esconder e não dar problemas, não "causar", e quando ela estiver em recuperação pode voltar à sociedade, mas nunca estará recuperada de verdade. Porque a concepção é a de que ela é incurável, o que não concordamos e não aceitamos.

"O incurável não é a realidade. Não vemos isso quando são dadas outras formas de cuidado, outras oportunidades de tratamentos. Por vezes a pessoa não precisa nem mesmo fazer um tratamento, se ela encontra uma nova paixão na vida, por música, por alguma outra coisa que faz aquele uso problemático de drogas perder o sentido"

E não aceitamos, nem concordamos, porque o incurável não é a realidade. Não vemos isso quando são dadas outras formas de cuidado, outras oportunidades de tratamentos. Por vezes a pessoa não precisa nem mesmo fazer um tratamento, se ela encontra uma nova paixão na vida, por música, por alguma outra coisa que faz aquele uso problemático de drogas perder o sentido. Isso está muito relacionado com o que a Beatriz falou anteriormente, de transformar um problema social, ignorando o contexto e tornando aquele problema

social como algo individualizado no sujeito. Então se ignora todo o contexto, tudo que ele fala, muitas vezes, nem é ouvido, então nem tem essa fala de contexto em muitas entrevistas para participar de algum programa de cuidado. Para uso problemático de drogas não se fala da vida da pessoa, é perguntado o quanto ela usa e que droga ela usa, como se isso significasse alguma coisa, como se usar tantas pedras por dia, tantos copos de tal bebida alcoólica, significasse ter um problema ou não. Todos nós aqui usamos algum tipo de substância, quer seja lícita ou ilícita, e não é a quantidade, nem qual substância que diz sobre se a pessoa tem um problema com o uso ou não.

"Você marca um horário e eles pegam a pessoa dentro da casa dela, sequestram, isso para não é um tratamento, é um sequestro. Já vi essa experiência e, infelizmente"

Então muitas clínicas e comunidades terapêuticas não se ouve a pessoa, não precisa ter escuta. Além disso, vemos absurdos como propaganda em poste de rua de "resgate" 24 horas para internação voluntária e involuntária para dependentes químicos. Basta ligar e falar algo como "ah, meu filho está roubando as coisas em casa, não sei que", conta aquela história típica de programas do Datena, não precisa falar com o filho, não precisa nem ver. Você marca um horário e eles pegam a pessoa dentro da casa dela, sequestram, isso para não é um tratamento, é um sequestro. Já vi essa experiência e, infelizmente. A pessoa não quis denunciar formalmente, mas disse que eu poderia usar essa história sempre que eu achasse plausível, como hoje. O fato é que ele foi sequestrado dentro de casa com autorização dos pais, porque tinha tido uma "recaída", como popularmente de diz. Ele estava em casa já dormindo quando entraram dois seguranças, caras fortes, pegaram à força e colocaram dentro de uma Kombi.

Esse fato ocorreu em uma região próxima da Zona Leste, em um município da grande São Paulo que trabalhei por alguns. Ao longo do trajeto, os próprios seguranças medicaram com Haldol injetável sendo que não tinha médico nem enfermeiro acompanhando dentro desse carro. Como ele estava sendo sequestrado, começou a ficar agitado

“Ao longo do trajeto, os próprios seguranças medicaram com Haldol injetável sendo que não tinha médico nem enfermeiro acompanhando dentro desse carro”

e os seguranças ameaçaram dizendo: “se você continuar assim a gente vai te medicar”, e ele ficou mais nervoso, aí deram Haldol para ele, injetável. Ele ficou internado durante seis meses, involuntariamente. Ele não queria, mas essa prática se torna legalizada porque ao chegar na clínica na existe toda uma manobra: um médico estará lá para dizer que ele não tem capacidade de decidir e que aquilo precisa ser involuntário com anuência da família.

“Segundo o seu relato, no local havia pessoas com transtornos mentais mais graves ou diferentes do específico de álcool e drogas, mas as pessoas tomavam os mesmos remédios, porque era remédio para dormir, remédio para acordar, remédio para não causar. Esse retrato é exatamente a medicalização de um sofrimento, ninguém queria saber exatamente o porquê ele estava naquele uso ou porque que ele tinha ido parar nesse lugar”

Então, é assim que acontece. Essa pessoa foi medicada durante meses sem ter nenhum cuidado, falava com suas próprias palavras que era como manicômio, uma clínica particular, bem paga, que era como os manicômios. Havia fila de pessoas que tomavam os mesmos remédios, sem nenhum cuidado ou interesse se um é ansioso, o outro tem problema com álcool, se não tem, se tem esquizofrenia. Segundo o seu relato, no local havia pessoas com transtornos mentais mais graves ou diferentes do específico de álcool e drogas, mas as

pessoas tomavam os mesmos remédios, porque era remédio para dormir, remédio para acordar, remédio para não causar. Esse retrato é exatamente a medicalização de um sofrimento, ninguém queria saber exatamente o porquê ele estava naquele uso ou porque que ele tinha ido parar nesse lugar. Retomando uma fala da Beatriz, sobre os aspectos coletivo e institucional, na a questão das drogas, é a mesma coisa, porque é a individualização das problemáticas que são de ordem coletiva e institucional também. Nesse caso não na escola.

“O adolescente era encaminhado para o CAPS ad, sem nem se quer ouvir o adolescente para saber que droga que está falando, que jeito é esse que está usando, se está usando, o porquê. Esse é um caminho de já patologizar um adolescente, encaminhando para um ambiente com pessoas que já estavam usando há muito mais tempo, de uma forma muito mais agressiva, muito mais problemática”

No município que eu trabalhei não tinha CAPS ad na época, então atendíamos adolescentes no próprio CAPS ad e era o tempo todo problemas de comportamento e transtornos de conduta. Eu nunca vi surgir tantos diagnósticos de transtornos de conduta. Se era só uma bagunça algo mais de comportamento, era encaminhado outro CAPS ou outro serviço, mas se descobrissem que o adolescente usou alguma droga uma vez na vida, aí era CAPS ad e, muitas vezes, nem se ouvia o adolescente. Por exemplo, casos que envolviam o Conselho Tutelar, se a mãe chegasse no Conselho Tutelar contando qualquer história e falou sobre droga, o adolescente era encaminhado para o CAPS ad, sem nem se quer ouvir o adolescente para saber que droga que está falando, que jeito é esse que está usando, se está usando, o porquê. Esse é um caminho de já patologizar um adolescente, encaminhando para um ambiente com pessoas que já estavam usando há muito mais tempo, de uma forma muito mais agressiva, muito mais problemática.

“É mentira a epidemia do crack mas é conveniente que os usuários sejam estigmatizados, porque acabam ficando mais visíveis os usuários que possuem problemas associados ao uso”

Não concordamos, embora seja possível compreender o porquê que fica esse empurra-empurra e como chega um adolescente já chega patologizado, sendo que fez uso esporádico, muito comum, inclusive, de experimentar drogas, ou de usar mesmo por um tempo. Eles chegam de uma forma estigmatizada, já diagnosticado, já patologizado, e com todas as categorizações que servem para tirar um problema que é da escola, que é da sociedade, que é social. É um adolescente que cresceu em um ambiente por vezes violento e sem nenhuma outra oportunidade de ter coisas prazerosas, então, algumas vezes, a droga faz um sentido. É muito diferente o sentido que a droga faz para quem tem outros prazeres na vida ou para quem experimentou poucos prazeres na vida, ou que os poucos que experimentou foram em formas de substâncias. Nunca podemos esquecer isso, porque nenhuma droga é igual para todo mundo, nunca faz o mesmo efeito para todos. Sabemos que existem os estimulantes, os depressores, vários jeitos de dividir as drogas, as substâncias, mas que elas não existem sozinhas, a droga nunca faz um efeito igual para as mesmas pessoas.

“Incomodam algumas coisas que ficam visíveis”

Quero trazer um pouco para pensar e retomar alguma proposta, como a de sempre pensar criticamente sobre os assuntos que se falam atualmente, muitas coisas são simplesmente repetidas, ouve na TV, repete no Facebook, vice-versa. Aí, na rua, ouvimos frases feitas sobre, por exemplo, a conjuntura política atual e sobre a questão das drogas. No entanto, como eu falei no início, é mentira a epidemia do crack mas é conveniente que os usuários sejam estigmatizados, porque acabam ficando mais visíveis os usuários que possuem problemas associados ao uso. Por vezes, quando vamos conhecer a pessoa de fato, vemos

que o crack é só um temperinho ali, é apenas a “ceveja do bolo”, e embaixo do bolo inteiro temos uma história que não é vista, “não, essa parte eu não quero ouvir porque vai ter que mudar a sociedade para resolver esse seu problema, então vamos resolver a parte do parar de usar crack”. Mas é preciso refletir criticamente.

“As raves também dão um pouco de medo de ver tanta gente louca de droga, só que as pessoas pagam, são jovens que pagam para ficar em uma chácara lá no interior, então ninguém fica vendo, não incomoda muito”

Como incomodam algumas coisas que ficam visíveis, “eu quero ir na Luz e ficar vendo aquelas pessoas que ficam na rua, aí, eu tenho medo”, por quê? Está no centro de São Paulo, então chama muita atenção, mas sabemos de fatos que chegam por fontes confiáveis que há mais casos de overdose em rave do que na dita Cracolândia. As raves também dão um pouco de medo de ver tanta gente louca de droga, só que as pessoas pagam, são jovens que pagam para ficar em uma chácara lá no interior, então ninguém fica vendo, não incomoda muito. E quando ele volta para casa, no dia seguinte, já está melhor e as famílias só a veem dormir um dia inteiro, então tudo bem. Ele vai trabalhar no dia seguinte ou falta um dia só no trabalho. São drogas, mas é outro contexto e outra classe social.

“São drogas, mas é outro contexto e outra classe social”

Não se para pra pensar o porquê que algumas coisas incomodam tanto e outras não, o porquê de ser conveniente criminalizar certos tipos de população com uso de algumas drogas em locais centrais, ao passo que outras pagam para usar em chácaras. Nesses casos, a sociedade finge que não vê ou, como a classe média faz, enxerga como problemas de ordem privada que podem ser omitidos para não aparecer na sociedade e manter a

aparência comum da classe média ou classe alta. Já para outras pessoas que não têm muito a perder, que ficam na rua e que não têm essa preocupação social, acabam sofrendo formas muito mais graves, com violência policial, e mesmo com a violência das próprias políticas públicas, por estarem circulando na rua e fazendo usos que incomodam aquela vida privada, na verdade, hipócrita.

“Sabemos que se usa drogas, sempre se usou e sempre vai se usar, e se hoje se falamos do crack, há 30 anos atrás era cocaína injetável, daqui 30 anos eu tenho certeza que serão outras”

Sabemos que se usa drogas, sempre se usou e sempre vai se usar, e se hoje se falamos do crack, há 30 anos atrás era cocaína injetável, daqui 30 anos eu tenho certeza que serão outras. Quem está inventando essas drogas são os próprios homens, não são outros seres diferentes que estão inventando, então como é que vamos lidar com isso? De uma forma estigmatizante e patologização da vida? Porque que as pessoas usam droga e porque que algumas vezes esse uso acaba sendo problemático? E como que vamos abordar essas questões como psicólogas e psicólogos, e como sociedade mesmo assim em geral? Acredito que vamos entrar no debate agora, então passo a palavra para a Rozi. 🗣️

“Como é que vamos lidar com isso? De uma forma estigmatizante e patologização da vida? Porque que as pessoas usam droga e porque que algumas vezes esse uso acaba sendo problemático? E como que vamos abordar essas questões como psicólogas e psicólogos, e como sociedade mesmo assim em geral?”

Maria Rozinetti: Muito Obrigada, Annie, pelas suas colocações. Acho que deu para aprofundar um pouco mais. Você falou coisas bastante interessantes que nos ajudarão a pensar. E agora seria esse momento de podermos trazer as dúvidas, as coisas que foram brotando em cada um que está ouvindo, as contribuições pela sua própria experiência. E eu faço uma proposta, que vocês, já quando colocar uma questão, também vão colocando a questão da psicologia, o que como psicólogos e psicólogas, devemos garantir, devemos propor em relação a isso que vocês estão pensando? Para já pensarmos. Eu vou aqui tentando fazer encaminhamentos a partir do que vocês falarem, mas que vocês também façam. Enquanto vocês pensam um pouquinho eu vou falar uma que veio pela web. É da Júlia, e aí ela colocou aqui, “boa noite. Com relação aos jovens que cumprem medidas socioeducativas e são usuários de droga, você é a favor do uso de medicação para diminuir a vontade de usar, por estar também confinado com mais outros muitos jovens?”.

Annie: Eu acredito que começaria por isso mesmo, não existe um a favor ou contra o uso de medicação para um grupo X. É como está-

“Esse cuidado de não individualizar um problema social, ele também tem que ter atenção para não generalizar um cuidado que deve ter um olhar individual também”

vamos falando, esse cuidado de não individualizar um problema social, ele também tem que ter atenção para não generalizar um cuidado que deve ter um olhar individual também. Infelizmente aqui não tem nenhum psiquiatra para corroborar o que eu falo, mas as pessoas podem pesquisar também em outras fontes, não existe uma medicação específica inventada para diminuir a vontade de usar droga. Existem medicações que se observou com o passar de um tempo que, em certos grupos, pareciam agir na inibição de vontade de usar, mas não eram as medicações que faziam isso.

“Vemos que conter é adaptar os meninos para ficarem quietos para não precisar de tanta violência física, porque a violência física que acontece muito ainda”

Por exemplo, vamos pensar aqui nessa situação da pergunta, um jovem que cumpre medida socioeducativa e que está confinado com outros jovens, então eu entendi que é uma medida socioeducativa de privação de liberdade. Já acompanhei um garoto que ficou dois anos na Fundação Casa e a psicóloga dele falou para mim, “mas ele está chorando, ele está muito mal, você precisa passar ele no psiquiatra. Ele chegou aqui, ele chora de sentir falta da mãe”, eu falei, “que bom que ele sente falta da mãe, que ele consegue chorar, que ele consegue expressar isso chorando, inclusive, adequadamen-

te, expressando uma tristeza”. Então, vemos que conter é adaptar os meninos para ficarem quietos para não precisar de tanta violência física, porque a violência física que acontece muito ainda, mas que pode ser um pouco diminuída com o uso de medicação para os mais rebeldes, aqueles que têm dificuldade de se adaptar ou que possuem algum tipo de comportamento que não é aceito dentro de uma Fundação Casa, que é bem parecida com uma cadeia em alguns aspectos.

“Muitas vezes a medicação é bem aceita, inclusive é incentivada para conter, para facilitar a adequação dos jovens dentro daqueles comportamentos que eles inventaram que são os certos para ter lá dentro. Não tem como colocar um monte de adolescente com vários problemas sociais, que foram colocados lá de forma traumática, muitas vezes arrancados da família, e outras situações difíceis, e ainda exigir que eles fiquem bonzinhos e quietinhos e sem muito problema de comportamento”

Então muitas vezes a medicação é bem aceita, inclusive é incentivada para conter, para facilitar a adequação dos jovens dentro daqueles comportamentos que eles inventaram que são os certos para ter lá dentro. Não tem como colocar um monte de adolescente com vários problemas sociais, que foram colocados lá de forma traumática, muitas vezes arrancados da família, e outras situações difíceis, e ainda exigir que eles fiquem bonzinhos e quietinhos e sem muito problema de comportamento. Não tem como, não existe um a favor ou contra assim sobre um grupo que tem tantas problemáticas aí, sendo a maior parte de origem social mesmo.

Essa questão, dessa medicação que se diz que diminui o uso, observamos na questão do álcool e drogas, como muitas pessoas co-

meçaram a usar substâncias, como a maconha, a cocaína, e outras drogas ilícitas, como uma forma de automedicação, porque não tinham um cuidado, não tinham uma atenção adequada. Em algum momento, perceberam que o uso dava uma relaxada e, por isso, ficava melhor durante o dia ou que dava uma acordada para trabalhar, estimulava. Às vezes até mesmo um problema psicológico e que foi medicado ou automedicado com uma droga e que depois isso foi esquecido, nunca mais se falou sobre isso. Só se fala sobre a droga, uso da droga, por isso que algumas vezes as medicações se adequam.

Coincidentemente uma pessoa podia ter muita ansiedade, mas usava maconha, o discurso é “mas a maconha não, não serve para isso no momento”, então não usa a maconha, mas usa o Rivotril, ou o Diazepam, e funcionou porque ela ficou menos ansiosa, mas foi só uma troca. E o que faz mais mal a longo prazo? Quanto estava usando? Quanto que está usando agora? Vejam, essa é uma questão para termos esse olhar crítico sobre a medicação. Não somos médicos, não podemos ser a favor ou contra o uso de tal medicação, mas podemos ir atrás de informações da forma mais ampla possível, que medicação é essa aí que diminui a vontade de usar? Se existisse, não teria problema nenhum, né? Seria só chegar no CAPS ad, distribuir essa medicação e as pessoas paravam de usar assim. Mas não é isso, não é? Não é uma droga que vai trocar pela outra, nem existe essa droga milagrosa para diminuir a vontade de usar.

Priscila: Nós sabemos que é uma luta de Sansão e Golias. Você tem uma indústria farmacêutica multimilionária que faz uma pressão tremenda. Um pouco antes de sair de casa, dei uma olhada no site do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos, e eles têm bem claro logo na primeira página a IMS Health, que é a que faz auditoria nas indústrias farmacêuticas no mundo, tem como foco 2014 ou 2012, o Brasil e a China. Nós somos alvos. Então, esse Sindicato da Indústria Farmacêutica, coloca de forma que pareceu orgulhosa, que nós somos campeões mundiais em número de farmácias, nós somos o país que mais tem farmácias no mundo. Então sabemos que trabalhar contra essa corrente para desmedicalizar, que é diferente de medicar, e foi muito pertinente fazer essa separação, é uma tarefa árdua. Acredito que o fórum está nessa luta desde 2010 e tem outras iniciativas.

Eu queria falar um pouco das coisas que acabaram coadunando com a minha experiência aqui. Eu me formei muito recente, então a experiência da Clínica Escola, do estágio na faculdade, está muito recente na minha mente. A minha entrada no estágio de escolar se deu, coincidentemente, quando o meu grupo de supervisão na clínica percebeu que, no psicodiagnóstico, a cada 10 crianças que chegavam, 8 vinham com queixas escolares. Fizemos um levantamento informal daquele período, daquela unidade, daquela Universidade. É um cenário muito específico que não quero generalizar, mas 8 a cada 10 é um dado que acaba batendo com o que vimos hoje na fala da Beatriz, que é 77%, nós não estávamos tão fora.

“A segunda profissão que mais pede afastamento no INSS são os professores, depois apenas da Polícia Militar. Então, temos duas profissões, uma lida com crianças e a outra com bandidos, em situações que são mais extremas, mas o professor está indo junto, nesse nível de tensão, o professor vai adoecendo igualmente. Mas não é só ele que adoecer, adoecem as crianças também”

Um outro aspecto que meu projeto de pesquisa foi sobre a visão do professor sobre as práticas educativas que ele tem diante da indisciplina do aluno. Fomos buscar algumas coisas como, quem é o professor da educação fundamental no Brasil? É predominantemente mulher, predominantemente negra, de baixa renda, porque tem uma série de características que são associadas à maternagem, então existe uma série de questões políticas que vão desvalorizar o salário da professora. Mas o que nos chamou a atenção também foi um dado que a segunda profissão que mais pede afastamento no INSS são os professores, depois apenas da Polícia Militar. Então, temos duas profissões, uma lida com crianças e a outra com bandidos, em situ-

ações que são mais extremas, mas o professor está indo junto, nesse nível de tensão, o professor vai adoecendo igualmente. Mas não é só ele que adoecer, adoecem as crianças também.

Por conta disso, pensei em duas propostas. A primeira é a seguinte: visto que dentro da clínica escola, quando 8 a cada 10 crianças chegam a ser diagnosticadas com queixa escolar, mas são tratadas via um psicodiagnóstico individualmente, nós estamos colaborando para individualizar. Eu acredito que o Conselho deveria ter algum movimento de diálogo maior com as instituições, visto que nós também estamos, salvo engano, entre os cinco países no mundo que mais formam psicólogo. Então é um contingente de psicólogo enorme saindo da faculdade e que já na clínica escola, é levado a medicalizar, a diagnosticar, individualizar e a patologizar a criança. Se ela vai para clínica escola com o queixa escolar e ela é tratada no psicodiagnóstico individualmente, então, essa criança já colocada em desvantagem. Nesse sentido, a primeira proposta seria estreitar o relacionamento com as entidades formadoras que têm cursos de psicologia, para que se consiga pensar formas.

Beatriz: Eu proproria atuar no sentido de também dar visibilidade, de difundir, de divulgar práticas não medicalizantes. Porque muitas vezes as pessoas fazem a única coisa que elas aprenderam a fazer, né? Essas outras práticas precisam ter uma divulgação grande tanto para psicólogos já formados quanto para trabalhar, por exemplo, junto com a ABEP, para criar essa visibilidade também no âmbito da formação, para que isso tenha uma penetração maior nas clínicas escola, disso também estar posto na formação dos futuros psicólogos.

Priscila: Apenas para complementar isso, uma proposta que eu acabei dando também no evento preparatório da psicologia escolar, com a professora Marilene Proença, talvez pudéssemos pensar em uma proposta de trabalhar a divulgação dos documentos que que já temos. Temos o Fórum sobre Medicalização, o CREPOP, que tem um material maravilhoso, temos materiais aqui conosco, outros expostos aqui que vemos todos os volumes, os laudos, enfim. A parte de documentação, temos muita referência técnica, eu entendo que isso é importantíssimo, referência técnica de não patologizar, que a medicalização não é a solução. Já temos isso. Mas eu sinto que não chega onde precisa chegar, por exemplo, nas clínicas escola.

Como é que eu me formei, não tem nem um ano, e nunca vi nenhum desses materiais na faculdade? Como é que não tem isso numa sala de aluno? Como é que não tem na recepção de uma clínica escola? Como é que não chega esse material lá? Então eu acredito que precisava da divulgação mais específica do que já temos, porque já temos bastante coisa. Então fico com essas duas propostas, se aproximar desse atendimento da clínica escola de alguma maneira e divulgar, fazer esse esforço constante para a divulgação daquilo que já temos.

Natália: Eu tenho uma pergunta para cada uma, farei as duas juntas. Então para Beatriz, primeiro. Nas escolas, nas relações, professor, diretor, outros profissionais, existe um vão muito grande e falta, a meu ver, sensibilidade entre as partes. Muitas vezes o professor dá o diagnóstico, “ah, seu filho é hiperativo, tem que mandar para um psiquiatra”, o psiquiatra medica, isso foi um caso que minha professora me contou na faculdade, o menino dormia na sala de aula e a professora achou que estava ótimo porque, no estresse que ela tem na escola estadual, realmente era um a menos para se preocupar, era um a menos para gritar, porque dentro das escolas existe uma sensação do professor estar sozinho e o diretor também. Eu sei, porque minha mãe é diretora de escola. Então, todo mundo tem que se equilibrar o tempo todo. Eu queria saber se você tem alguma proposta para ter essa sensibilização para melhorar um contato, porque eu acho que o primeiro passo, sempre é a comunicação.

E para Annie, também vem de experiência própria e de tudo o que eu já li e estudei. Parece que existe uma romantização muito grande no álcool, a ponto de ser uma solução que indicamos o álcool, “ah, você está triste? Vamos beber”, “ah, foi despedido? Vamos beber”. Sexta-feira à noite na faculdade é assim, os alunos que bebem, que frequentam bar, bebem muito, e é frequente, é um ritual que acontece duas, três vezes por semana ou toda sexta-feira. Ou “vamos comemorar, fui promovido, vamos beber”, e os comerciais de cerveja também, você entra na faculdade, você é maior de idade, você pode beber. Então há uma romantização muito grande do álcool e uma pressão social para o consumo. E como é que também podemos diminuir essa romantização? O senado tinha uma proposta de tirar os comerciais de cerveja. Eu não tenho nada para dizer sobre o quão efetivo isso seria, mas, você podia ajudar.

Beatriz: Oi Natália. Estamos aqui em evento temático, mas acredito que dá para pensar na sua questão pelo viés da medicalização, de como pensar essas questões, sem individualizar. Falo sobre as relações hostis que se vê na escola, e até mesmo com essa hostilidade sutil, que é não cuidar de uma criança que está precisando ser olhada, porque ela está dormindo na sala de aula. Deixar dormir e não cuidar é uma agressão a ela. E do mesmo jeito que o professor se sente agredido e isolado, o diretor também, então precisamos entender isso de uma maneira sistêmica, senão começamos a culpar os indivíduos: “aquele professor, que é ruim, que é preguiçoso, então ele não presta atenção no aluno dele, ele deseja medicalização, porque assim o aluno fica dopado, não enche as paciências dele”, se não pensarmos de uma maneira sistêmica, não olhos para o que existe de coletivo produzindo esse fenômeno, e acabamos achando que é ruindade das pessoas, que é uma questão individual, de caráter individual.

Você deve ter acompanhado bem o que aconteceu nas escolas estaduais o ano passado, que começaram o ano com a mais longa greve de professores da história do professorado paulista e que foram sumariamente ignorados e humilhados, desprezados totalmente. Voltaram se sentindo um lixo, teve um índice de pedidos de exoneração inédito. Podemos imaginar o clima. E, ao final do ano, aquela surpresa dos alunos reagirem ao que aí foi colocado, pensado pelo governo, “ah, agora os professores estão todos arrasados, podemos entrar com a tal da reorganização”. Temos profissionais estressados, profissionais que estouraram com facilidade. Vou até ligar com a questão que você levantou, dos professores serem a segunda categoria que, dentre os funcionários públicos, mais adoece, atrás apenas dos carcereiros. Essa é uma coincidência curiosa, essa situação de primeiro o carcereiro, segundo as escolas. Sabemos que muitas vezes olhamos as escolas e enxergamos muitas características de presídio, as grades, trancas nas portas de sala, os refeitórios. Muita gente fala, “nossa, isso aqui lembra muito um presídio”, a dificuldade de acesso, o lugar que ocupa, a questão do disciplinamento, então temos os manicômios, prisões, conventos e escolas, não é? Temos um modelo de escola que precisa ser repensado.

E como é que uma pessoa, de qualquer idade que for, se sente dentro de um ambien-

te desse? A facilidade que é estourar em brigas, todo o ambiente é estressante. Não sei muito como transformar isso numa proposta, mas, talvez essas questões sistêmicas precisam ser levadas em conta, ou os psicólogos estarão medicalizando, porque se não levar essas questões do funcionamento institucional em conta, a tendência será individualizar ou psicologizar questões que são de outra ordem. Agora, que isso tem a ver com medicalização, não tenha dúvida.

Annie: O que você falou agora, vocês podem me ajudar também a transformar essa resposta que eu dei à Júlia, que veio online, em uma proposta. Talvez nessa direção, como a psicologia institucional falha na maioria das formações, na minha formação foi muito falha a psicoterapia institucional, fui ouvir falar depois de quase 10 anos de formada, porque eu fui atrás, e isso faz falta mesmo. Como isso faz falta, porque aí individualizamos. “ah, esse grupo de meninos que usam droga dentro da Fundação Casa, queria saber qual é o grupo de dois ou três dos que não usam e 38 que usam”. É lógico que ele vai ficar com vontade de usar droga, porque é memória de prazer que ele vai ter dentro de um ambiente desse. Não sei quem já foi na Fundação Casa, quem já trabalhou lá. Eu nunca trabalhei, mas já fui mais de uma vez visitar paciente e tive muitos contatos. Passamos a entender muitas coisas, como que práticas de não medicalização podem ser feitas para melhorar essa questão dentro da Fundação Casa, por exemplo.

Sobre os comerciais, se diz que as campanhas de cigarro, quando foram extintas, houve um efeito de diminuição de uso, e algumas restrições de mercado que tiveram um efeito sobre o uso. Isso é o que se publica oficialmente. Eu não sei se em relação ao álcool isso teria o mesmo impacto. Mas, novamente, eu volto na palavra da hipocrisia: como até certo ponto o álcool é aceito, é estimulado, muito estimulado, mas quando a pessoa começa a dar problema com álcool, causar, vira o bêbado de rua, o pinguço, vários nomes que dão essa forma pejorativa para pessoas que têm problema álcool, e que, sim, é um problema muito grave. Dos pacientes que eu tive durante os anos de CAPS ad, os que mais morriam eram os de álcool. Os que tinham problema com outras drogas morriam por causa de envolvimento com crime e polícia, não por causa da droga em si. Mas isso fica encoberto. Mas também não vamos falar do álcool como se fossemos também a favor de proibir o álcool. De

forma nenhuma. Às vezes se brinca que o álcool é a melhor droga para dor de amor, dor de desamor no caso. Mas não, e esse não é o problema do uso de álcool. O álcool é muito usado e a maioria das pessoas usa sem grandes problemas. O problema maior do álcool às vezes são essas bebedeiras, e uso crônico tem um índice alto sim, que é preocupante. Mas essas bebedeiras, o que que a pessoa faz depois que usa, ou sob o efeito de drogas, ou o que que fazem com essa pessoa, é preocupante. No caso de mulheres, por exemplo, o que que se justifica fazer com mulheres que estejam bêbadas, porque ela estava bêbada e “aí, nem sabe de nada”.

Então como que todas essas outras coisas, esses atravessamentos entram na questão da droga, porque não se fala, porque tudo é hipocrisia. É aquilo, nada se fala abertamente. Então não sei se poderia ser alguma coisa nesse sentido, de como falar sobre isso. E sobre a mídia e eu acho que é um pouco sobre o que se falou aqui da indústria farmacêutica, não é possível brigar com ela direto, senão vamos morrer. Então, não vamos direto na Globo, senão também vamos morrer, não vamos morrer fisicamente, mas socialmente. Então são essas estratégias, essas linhas de resistência que temos. Inclusive com as publicações do CRP, e com o uso da mídia alternativa.

Vânia: Eu acredito que na produção de documentos, por exemplo, o laudo, deveria ter o diagnóstico institucional. Quando chega na clínica escola, deveria falar: “tá junto com isso você tem que exigir um diagnóstico institucional. Como é que funciona a escola desse aluno?”, seria uma possibilidade, de exigência do psicólogo, de uma reflexão mais ampla do que está acontecendo.

Também gostaria de fazer uma questão sobre não ser inimigo dos médicos e dos remédios, e eu tenho umas dúvidas e acho que nós falhamos em não entendermos sobre farmacologia. Isso era algo que deveria estar na formação. E aí penso sobre se é uma farmacologia que deveria estar na formação na faculdade, porque aí é um risco, você coloca um biológico lá e aí você sai pior do que se você não tivesse essa formação. Penso que talvez uma formação oferecida pelo CRP, porque aí você tem um pouco mais de garantia do que vai ser oferecido, da ideologia por trás disso. E acredito que é através desses conhecimentos consegui-

mos falar com aquele que está à nossa frente sobre o que acontece com ele diante dessas medicações todas que são prescritas.

No CAPS nós temos um grupo, então eu sempre faço quatro perguntas para ele, “quanto tempo você toma essa medicação?”, “melhorou?” Por que você toma? Para que que serve?”, e nunca, não se tem essas respostas, eles não sabem o porquê que tomam, para que que serve, e principalmente, quais são os efeitos colaterais dessas medicações. O único jeito de enfrentar o psiquiatra é sabendo isso, porque deve ter um entre dez psiquiatras que tem uma certa responsabilidade de pensar sobre medicalização. Não são poucas as vezes que temos pacientes tomando medicação sem entender o porquê. Se trabalhamos também em outra chave que não seja diagnóstica, que isso é respeitar a diferença, você consegue trabalhar com aquela pessoa sobre fortalecê-la na sua diferença, e não ter que medicar essa diferença. E aí, carimbou ali com TDAH ou carimbou com a esquizofrenia, carimbou com bipolar, carimbou e acabou, aí você tem alguma coisa que acham que vai funcionar, mas que não funciona, porque a Ritalina também não cura. Parou de tomar, o problema está lá, vai voltar de alguma forma. Agora, o pior é que a permanência do uso dessas medicações, o efeito colateral é danoso demais, e aí temos que militar contra isso.

Nós conversamos aqui sobre a preguiça que tem o psicólogo, no sentido de que o fetiche é clínico, você vai para ficar em uma clínica, acho que poucos são os que vão para além disso, para trabalhar no social. De alguma forma, acredito que por meio da ética, é preciso começar. “cara, você tem que sair daí, você tem que levantar a sua... sabe? Você tem que sair da sua salinha e você tem que olhar lá pro social, tem que cuidar disso”. Então essas duas coisas: Precisa estar na formação, de alguma forma, o conhecimento da farmacologia, para trabalharmos a emancipação do sujeito, oferecendo para ele esse conhecimento, trabalhar com a população sobre a medicalização, não adianta esperar do médico que ele vá fazer isso, então quem é que vai fazer? Quem tem o compromisso de fazer isso? Aí talvez compor com as outras classes profissionais. Mas enquanto classe de psicólogos temos que abraçar isso e colocar como uma exigência do diagnóstico institucional nesses diagnósticos que os psicólogos são convidados a fazer sobre os indivíduos.

Beatriz: Então, eu estou pensando sobre o que você falou, que eu acho que talvez seja possível fazer o seguinte: eu gosto dessa ideia que foi dita de aproveitar mais coisas que já estão produzidas. Quando eu penso, por exemplo, nas diretrizes, as orientações que temos sobre a questão de documentação, de produção de documentação, de laudos, por exemplo, é excelente, fala exatamente disso, que você não pode dar um diagnóstico, você não pode fazer um laudo que não leve em conta contexto, histórias, sentidos. Então já temos muito material produzido. O documento do CREPOP, de diretrizes para o psicólogo que atua na educação básica, ou junto à educação básica de alguma maneira, as referências técnicas, também são excelentes nesse sentido. Além de outros que existem. Então, essa ideia de trabalhar mais o que já existe, o que já foi produzido, eu assino embaixo, é aproveitarmos mais o que já temos.

Eu acho que você introduziu uma questão nova, lutar para que isso entre na legislação, que vá além do Sistema Conselhos, porque são diretrizes internas da profissão, dos nossos Conselhos, dos nossos órgãos de regulamentação da profissão, mas que isso também esteja em outro âmbito, então, por exemplo, no âmbito legislativo geral, que regula o exercício da profissão para além do Sistema Conselhos. Ou seja, que se torne uma exigência social, que se torne uma lei que esteja para além do Sistema Conselhos. Estou falando para alguém que não seja interno à profissão. Mas, por exemplo, quando passa uma lei federal que tem que ter psicólogo na assistência social, isso está para além do Sistema Conselhos. É alguma coisa desse âmbito que eu estou dizendo, que extrapole o âmbito interno da profissão, e que se torne uma questão geral. Como a lei federal. A lei federal extrapola o Sistema Conselhos, ou seja, é avançar na regulamentação da profissão, introduzindo de uma maneira mais geral a necessidade de se levar em conta contexto, história, cultura, sentidos, no exercício profissional e daí quem sabe articular com outras profissões para pensar isso, não só no exercício da psicologia.

Outra questão que pensei, a partir do que vocês estavam falando, é a seguinte. Podíamos implementar essa maneira de pensar, que leve em conta e que incida sobre políticas públicas, por exemplo. Uma das propostas que saiu do evento do sábado, que já comentei aqui, É antepenúltima, que vou ler: “que o Sistema Con-

selhos, em seu compromisso em defesa de um regime democrático, na democracia representativa e participativa, promova e estimule a categoria dos psicólogos estarem em instâncias coletivas democráticas, como os Conselhos de saúde, os Conselhos escolares, municipais, estaduais e nacionais, assembleias, movimentos sociais, associações, e afins, num esforço permanente de esclarecimento e discussões sobre a medicalização da vida junto à população, academia, parlamentares e políticas públicas, dando visibilidade à prática não medicalizante". Leva em conta justamente questões de ordem coletiva. E mais uma coisa, com relação à mídia, eu acho que temos que bater em todos os espaços. Já houve alguns espaços no Fantástico para falar da medicalização. A voracidade está tanta que até nos espaços mais impensáveis temos conseguindo estar. Então entendo que a questão da mídia é crucial. Temos visto nos últimos tempos a importância que a mídia tem para formar opinião pública.

Priscila: Às vezes você vê o psicólogo naquele Programa da Manhã, aquele que faz receita de comida, e a pessoa vai lá para diagnosticar. Ela diagnóstica, em um programa de televisão, alguma tragédia que aconteceu. Eu acredito que falta essa outra posição. E para esses espaços, sim, já que tem o espaço, mas é preciso ir com uma outra leitura de mundo.

A outra proposta que eu gostaria de trazer é a seguinte: que o Sistema Conselhos busque maior aproximação com outras áreas de conhecimento, por exemplo, a pedagogia, faculdades de educação. Porque não vemos isso. É até uma fala do professor Vitor Paro, quando as pessoas vão falar de educação, elas não chamam pessoas da educação, seja no âmbito legislativo, seja em outros. É preciso propiciar mais essa aproximação com outras áreas do conhecimento. Nesse caso estou falando especificamente da pedagogia, mas temos outras, na saúde, como os próprios médicos. Promover esse debate, promover essas rodas de conversa, trabalhos científicos conjuntos. Não sei como poderíamos fazer, mas caminhar junto. Se temos tanta de medicalização na escola, por que que a psicologia não dialoga com a pedagogia de uma maneira mais direta? E como é não divulgamos esse tipo de coisa?

Sueli: Estávamos conversando aqui, "ai, eu vou propor algo no sentido de comunicação", e aí a nossa colega falou sobre isso. Então, como

estudante de psicologia eu vejo que o Conselho é bastante tímido em relação à divulgação do que acontece e de formação de opinião também. Nós temos muitos espaços, eu garanto que nós temos, como uma pessoa que está na comunicação também, formada em comunicação. Então eu penso que esse trabalho de assessoria de imprensa, desse relacionamento do Conselho com a imprensa no dia a dia, conversando, se relacionando com a imprensa, é muito importante. É interessante a comunidade saber o que está acontecendo, essa luta da despatologização da vida, dessa medicalização, da psicoterapia institucional, é importante a população saber o que está sendo batalhado. E ainda existe um preconceito, "psicólogo, psicólogo", nós não temos ainda uma imagem bacana. Nós temos uma imagem preconceituosa, que aparece na Rede Globo, que aparece na GNT. Nós não temos ainda uma imagem de uma profissão que sai da clínica e entra no social, as pessoas falam "ah, psicólogo clínico", e nós não vamos. Nós somos muito maiores que o psicólogo clínico. Seria interessante fazer esse trabalho, falar com essa comunidade, o Conselho falando sobre trabalhos e a função do psicólogo. É isso, na verdade. Eu me candidato a fazer esse trabalho, obviamente.

Oradora não identificada: Só uma coisa que eu pensei agora quando você falou, essa questão do psicólogo clínico e o social. Eu não sei se eu me vejo como uma psicóloga clínica. Eu atuo no consultório, mas todo o meu conhecimento de atuação veio de pesquisa de campo, então eu vim do social. Tudo o que eu aprendi, o que eu sei da minha atuação, que acabou se tornando uma especialidade, apesar de nunca ter sido a minha intenção, veio do campo, então veio do social. E aí fica essa coisa: o que que é um psicólogo clínico e social? Essa divisão marcada. Então eu sou uma psicóloga clínica, mas que faço um trabalho, porque eu aprendi isso no social. É uma outra perspectiva, um outro olhar para o psicólogo que está no consultório.

Maria Rozinetti: Bom, acho que a sua contribuição foi importante para pensarmos que a dicotomia nem sempre favorece, o que é clínico, o que é social. Temos então coisas que a Annie trouxe, que a Priscila também, temos várias sendo escritas.

Beatriz: Tentei escrever aquilo que conversamos agora. Talvez não seja a melhor redação, deu duas propostas: ampliar a divulga-

ção de produções do Sistema Conselhos com as orientações sobre laudos, só precisamos buscar o nome certo do documento do Conselho Federal, e as referências técnicas dos psicólogos na educação básica. Então é isso: uma proposta de divulgação das produções do Conselho que já trabalham esse conceito. E outra é que o Sistema Conselhos trabalhe para que as diretrizes de atuação do psicólogo, levando em conta questões de ordem coletiva, extrapole o âmbito interno de regulamentação da profissão, e se torne legislação pública.

Maria Rozinetti: Você tinha feito uma outra aqui que era para repensar o modelo e o funcionamento da escola que temos hoje, que os psicólogos colaborassem para essa reflexão. Podemos construir uma assim também? Veio da sua fala, eu achei interessante. Pode ser? Vocês concordam?

Beatriz: Agora, dentro disso, essa discussão aí vai longe, mas só anunciando uma questão: isso está sendo capturado também pelas forças do capitalismo, interessa o trabalhador mais qualificado, que o sistema atual, de escola, não está dando conta de formar. Só que já vi que tem uma diferença muito grande, eles não têm um olhar integral do ser humano, uma preocupação com a formação integral, é apenas: como produzir um trabalhador que sabe trabalhar em equipe, que consegue pensar de uma maneira mais sistêmica? Como é que pode melhorar a mão de obra para dar conta, inclusive, das transformações do modelo produtivo, que exige outras habilidades. Então o Pisa, que é usado como o grande parâmetro, tem sido um norteador, e aí todo mundo vai ser medido por ele.

O pessoal que tem uma perspectiva de formação integral, como o Pacheco, libertadora, de autonomizar realmente e de trabalhar no sentido de uma sociedade solidária, eles trabalham muito com valores humanos. Então, isso aí é algo que precisaria ir junto, porque senão corre o risco da captura dessas propostas revolucionárias e comprometidas com uma sociedade solidária, pelo sistema capitalista, que só quer um trabalhador que tenha as habilidades necessárias para trabalhar nas indústrias modernas, empresas que possuem um modo de produção, que é diferente do fordista.

Vânia: Você fez uma colocação sobre a medicalização, fazer adaptação, entendo que esse é um desafio de como é que sustentamos as transformações, sem permitir que haja essa

adaptação. Como é que nos posicionamos e como é que sustentamos isso? Porque, até posicionar, "ah, tá bom", mas sustentar as diferenças através da profissão, ainda é um desafio.

Maria Rozinetti: Como não temos mais nenhuma pergunta de pessoas que estão online nem presencial, então vamos encerrar aqui, agradecendo a todos e a todos que participaram e agradeço a todas as trabalhadoras e trabalhadores do CRP por este momento. 🌍

Intervenções despatologizantes na educação e na saúde

Pedro Tourinho

Médico sanitarista, docente da PUC Campinas e vereador na cidade de Campinas.

É um prazer fazer mais um evento em parceria com o Despatologiza na Câmara Municipal de Campinas. Hoje o nosso debate é "Intervenções Despatologizantes na Educação e na Saúde". Esse debate acontece porque, justamente no dia de amanhã, comemoramos o Dia Municipal do Combate à Medicalização da Vida e da Educação, que é uma lei que aprovada aqui na cidade de Campinas, uma lei de minha autoria, mas que, na verdade, é de autoria do Movimento Despatologiza, que nos trouxe essa iniciativa e conseguimos aprová-la aqui. Desde então, em todos os anos, temos realizado atividades aqui na casa e também na cidade, que trazem ao conhecimento do público o que são as políticas públicas que combatem esse fenômeno da medicalização que acontece das mais diversas formas no nosso cotidiano.

Aqui na Câmara de Campinas, nós realizamos esse enfrentamento de forma bastante frequente; recebemos muitos projetos de lei de diversos vereadores de todos os espectros do campo político, que basicamente são projetos confeccionados por grupo de interesses, por lobbys, por indústrias que criam aquelas políticas de gatilho automático: faz-se uma avaliação rápida de um possível problema e já imediatamente medica e patologiza aquele problema. O uso da Ritalina é o caso mais clássico disso, mas temos diversas outras iniciativas também com a questão da dislexia.

Temos tido vários projetos aqui na casa que tratam da dislexia, sempre nessa perspectiva patologizante. A questão do parto e do nascimento também tem sido visto de forma medicalizante e temos enfrentado dentro do debate da humanização do processo do parto e do nascimento.

Esses debates têm sido acompanhados por um movimento que se organiza também para den-

tro dos espaços da Secretaria de Saúde, como para dentro dos espaços de formação, na Unicamp. Tem sido uma parceria que tem dado muito resultado e tem sido muito importante para que possamos continuar fazendo esse debate não só em Campinas, mas também no resto do Brasil.

Hoje aqui, vamos conversar com duas convidadas que têm experiência nesse debate, e que vão trazer um pouco das suas experiências em dois municípios bastante distintos, mas que, certamente, estão no olho do furacão desse enfrentamento. Então, eu gostaria de convidar Adriana Watanabe, que é coordenadora do Naapa, Núcleo de Apoio e Acompanhamento Para Aprendizagem da Secretaria de Educação de São Paulo, e gostaria de convidar também Francielly Damas, que é mestre em saúde coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp e farmacêutica da rede municipal de saúde de de Campinas.

Gostaria de mencionar e de agradecer a presença também da Sônia Ferrarezi, que é assistente administrativa do Conselho Regional de Psicologia. O Conselho Regional de Psicologia é um importante parceiro do Despatologiza, tem sempre dado um importante apoio às iniciativas desse movimento. E agradecer à Rosângela Villar que é integrante, representante do movimento Despatologiza e nossa parceira maior nessa caminhada toda. Queria evidenciar também a presença aqui da professora Cecília Collares e da professora Cida Moisés que são também figuras muito importantes do Despatologiza e que estão nos enriquecendo com suas presenças. Então agradecendo já a todos os presentes, passo a palavra para Adriana Watanabe, coordenadora do Naapa, Núcleo de Apoio e Acompanhamento Para Aprendizagem, da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo. 

Boa tarde a todas e a todos que estão presentes aqui nessa tarde para que possamos comemorar mais um dia de enfrentamento à medicalização da educação e da sociedade, um tema tão caro para todos nós e importante para que possamos coletivamente pensarmos em políticas públicas que possam fazer esse enfrentamento em dias tão difíceis como os que temos passado com políticas e políticos que têm feito um combate às nossas ações que são da garantia dos direitos, no nosso caso, das crianças, dos adolescentes e dos adultos também. Penso que esses encontros são fundamentais para que a gente possa ter uma articulação e um fortalecimento dessa defesa de nenhum direito a menos. Bom, estou com a minha parceira de trabalho, a Renata Brandstater, psicóloga, que também está comigo no Núcleo.

Estou vendo que uma parte das pessoas que estão aqui já conhecem o Naapa, e me parece que outras ainda não. O Naapa, Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem é uma política pública criada no ano de 2014, por meio de uma portaria, a 6.566, e ela nasce de uma demanda que, a princípio, é identificada à necessidade de diagnósticos para alunos com hipótese de deficiência. Essa política se situa na Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, e as equipes que realizaram as triagens, no ano de 2011, portanto, antes de chegarmos lá, levantaram um histórico da nossa rede municipal de ensino, em que mais de 60% dessas crianças não tinham questões relacionadas a deficiências, mas questões relacionadas ao seu processo de aprendizagem, questões relacionadas a violações de direitos ou aos impactos que a vulnerabilidade e o risco social trazem para vida cotidiana.

Com base na identificação dessas equipes que, na época, faziam somente esse serviço de triagem, em 2013 passou na Câmara Municipal uma lei de assistência psicopedagógica e em 2014 de assistência psicológica. Então, em 2013, com a nova gestão da prefeitura de Fernando Haddad, foi pensada e elaborada uma política pública com o objetivo de trabalhar com a rede de proteção social, com todos os territórios da cidade articulando as políticas públicas de saúde, assistência social, educação, com os setores do judiciário, da cultura, lazer, enfim, as políticas públicas da cidade.

Então, a ideia era a de articular essa rede de proteção junto às questões que as equipes escolares enfrentavam no seu cotidiano como dificuldade em garantir a permanência dos nossos estudantes nesse processo de escolarização. Organizamos essa equipe com diferentes profissionais da saúde, da educação e do serviço social. Mas nós elaboramos, junto com esses profissionais, e também junto com as discussões que participamos em Despatologiza de Campinas, atribuições para os profissionais desvinculadas de um atendimento clínico terapêutico nas escolas. Então, fomos buscando profissionais que já tinham percurso na atuação da psicologia escolar e educacional, da psicopedagogia institucional, da fonoaudiologia educacional e do serviço social, na perspectiva também educacional. Todos os Conselhos Regionais de São Paulo, e também alguns federais, têm o material que orienta esses profissionais na sua atuação com as equipes escolares, já que o que tínhamos, como base de pesquisa que fazíamos de equipe multiprofissional em outros municípios e estados do Brasil, eram profissionais que atuavam somente naquela perspectiva

de triagem, de avaliação diagnóstica para identificação de algum tipo de deficiência, distúrbio ou transtorno.

Isso nós já tínhamos feito na nossa rede e vimos que não trouxe o efeito que aquelas políticas desejavam que era: identificar a deficiência ou o transtorno para, depois, agir com as equipes escolares. Era, então, uma política totalmente medicalizante da educação. Com base na história das políticas do nosso município e da própria educação, já tínhamos experimentado que isso não trouxe nenhum benefício. Ao contrário, só estigmatizou e patologizou a identidade das nossas crianças e também criou uma cultura de encaminhamento das equipes escolares para os serviços de saúde, da assistência, trazendo a consequência da transformação de problemas sociais em problemas médicos.

Com esses dados, fomos organizando essa política pública, em primeiro lugar pensando na nomeação do nosso público-alvo, qual seja, os educandos. E hoje já seria diferente, nós até já elaboramos uma outra redação, mas a princípio na nossa portaria está assim: *“educandos com questões relativas a dificuldades no processo de escolarização decorrentes de suas condições individuais, familiares ou sociais, que impliquem prejuízo significativo no processo ensino/aprendizagem”*. Ou seja, tirando o foco exclusivo da culpabilização do sujeito, mas ampliando para as escolas, pensando o processo ensino/aprendizagem, para questões relativas à saúde, à saúde mental, então articuladas com UBS, com CAPS, com Nasf; e questões relativas do campo social, moradia, violência sexual, violência doméstica, questões relacionadas também dos nossos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; nossos bebês, crianças, adolescentes em situação de abrigo nos SAICAs, Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, temos muitos educandos nessa situação também.

Esta é a população que apresentava uma dificuldade na sua permanência nas nossas escolas e dificuldades de atuação efetiva das equipes escolares também de modo articulado com a nossa rede de proteção social. Então, antes da existência do NAAPA, era uma ação que nós percebíamos restrita às nossas equipes escolares e à própria política da Secretaria de Educação, relacionada só ao encaminhamento e identificação, mas sem fazer uma investigação

da história de vida desse sujeito, das problemáticas sociais que impactavam sua vida, para se articular políticas públicas do território da escola, da casa, das nossas crianças e adolescentes e, com isso, pensar numa elaboração coletiva desses profissionais, para que juntos pudessemos, e podemos, atuar de forma mais efetiva e articulada.

Fomos percebendo que quando não há essa articulação das políticas públicas, dessa ação intersetorial, o CAPS faz um trabalho com a família, a escola faz um outro trabalho, muitas vezes sem saber que essa criança já tinha um acompanhamento, um histórico. Muitas vezes, o conselheiro tutelar também já tinha feito visita à família, já estava atuando, muitas vezes até a Vara da Infância e isso tudo muito desarticulado nos territórios.

Então, pudemos, a partir desse trabalho com essas equipes multiprofissionais, fazer essa ponte, e a formação das nossas equipes escolares em relação ao que já está no ECA - comemorando 25 anos do ECA, mas que, infelizmente, na prática, como dizem, a história é um pouco diferente, não é? Então, quanto de investimento se teve no trabalho das políticas públicas junto à rede de proteção efetivamente, compreendendo a instituição educacional também como uma unidade dessa rede protetiva; os profissionais da educação também como profissionais que atuam, claro, sem desvincular da função social da escola, mas também com uma unidade protetiva na garantia do direito à educação. Todos como profissionais de garantia de direitos.

Para a atuação da equipe multiprofissional, fomos identificando temáticas importantes que não eram do debate cotidiano das nossas escolas. No município de São Paulo, temos 1.498 escolas, quase um milhão de alunos, e 66 mil professores e gestores. São 100 mil servidores municipais. Então, é uma rede muito grande, é maior que a população de muitos países, enfim. Além disso, com muitos desafios, sabendo da complexidade que é a cidade de São Paulo, com territórios muito diferentes entre si, cada subprefeitura com sua especificidade, sua particularidade. Ao mesmo tempo que temos territórios com uma situação de serviços presentes e todas as questões importantes garantidas para aquela população; temos outros territórios de alta vulnerabilidade, em condições extremas mesmo.

Quando olhamos no atlas social da SMA-DS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social), vemos que o assinalado em vermelho são os índices de alta vulnerabilidade, e conforme vai clareando vai diminuindo a vulnerabilidade. Então temos um centro de São Paulo, que tem vários equipamentos públicos, uma faixa de renda também razoável de um salário mínimo em diante, enquanto que, nas periferias, isso vai se reduzindo de uma forma muito significativa. Não é que, no centro, não haja questões difíceis e complexas para as equipes escolares lidarem ao articular com a rede de proteção e atuarem junto às famílias, junto ao SAICAs, às unidades de saúde e assistência. Mas as escolas centrais têm apoio, os serviços no centro são mais presentes, mas nas periferias isso já tem uma complexidade maior.

A equipe multiprofissional tem, então, diferentes desafios pela cidade, ao ter esse chamamento das escolas ou dos conselheiros tutelares, ou também dos promotores que vivem nos encaminhando os ofícios para que a gente possa atuar junto a situações de extrema vulnerabilidade da criança e família. Cabe salientar que, para nossa surpresa, vários promotores de São Paulo, das Varas da Infância, têm feito uma parceria com essa equipe muito interessante, evitando judicializar os casos apresentados, num esforço de trabalhar em rede em muitas situações difíceis que se apresentam na vida dos sujeitos, das crianças, adolescentes.

Com esse mapeamento feito há dois anos, praticamente, pela cidade, há um ano e meio, fomos definindo as temáticas importantes para conversar junto com os profissionais da rede de proteção e as nossas próprias escolas. Então, com os nossos docentes, gestores, trabalhamos o que é rede de proteção no sentido de quais são esses equipamentos, qual é a política do SUS, do SUAS, do judiciário. Enfim, é muita coisa que envolve essa política, conhecer a metodologia de trabalho, conhecer os fóruns já existentes, esse calendário, como que nos articulamos, como que coisas que parecem mais simples, mas numa dimensão que tem São Paulo, isso se torna muito mais complexo na vida das pessoas para fazer essa articulação.

Conversamos sobre o currículo; nós não conseguimos dar respostas para incluir sujeitos que tenham funcionamento e o modo diferente de se expressar e de, enfim, compreender

a vida socialmente normatizada. Então, não dá para fazermos um trabalho de inclusão com um currículo tradicional, com um currículo tecnicista, com um currículo apostilado. É importante que o currículo da escola, o Projeto Político Pedagógico, tenha a potência de criar condições para que esses sujeitos possam se expressar e possam aprender com estratégias diferenciadas, com metodologias diferenciadas e com acesso aos diferentes conteúdos curriculares importantes para o desenvolvimento integral desses sujeitos. Isso não é uma tarefa simples também. O que nós temos de muito potente na política educacional atual da nossa prefeitura é um currículo na perspectiva crítica emancipatória. Então, nós temos todas as condições de fazer essa discussão com a escola. E diferente do que muitas pessoas andam veiculando por aí, que nós fazemos uma educação ideologizada, que é muita ideologia, não é o que temos visto nas nossas escolas. Em muitas escolas, na verdade, o que vai sendo demonstrado é como o currículo das nossas escolas é pressionado pelas políticas de avaliação externa, de conteúdos de padrões educacionais nacionais e internacionais.

Pisa, Saeb, Ideb, são índices que têm a sua importância na avaliação da política pública educacional, mas também temos feito um esforço muito grande para garantir a singularidade desses Projetos Políticos Pedagógicos que contemplem a demanda do território onde a escola está e o que é de direito de as crianças aprenderem. São os direitos de aprendizagem de todas as áreas que nós compreendemos desse modo e o direito à educação também.

Então, nesse contexto de problema de escolarização, conseguimos tirar a expressão “dificuldade de aprendizagem” e colocar em seu lugar a expressão cunhada por Cida Moyses e Cecilia Collares, qual seja, “não aprender na escola”. É muito diferente não aprender na escola e dificuldade de aprendizagem; traz um sentido fundamental para que desfoquemos a culpabilização embutida no que era chamado de dificuldade de aprendizagem. Lembro aqui da Terezinha Carraher, com seu livro, *Na vida 10, na escola zero*, e também de várias autoras já falam desse fracasso escolar, em contraposição com o desempenho na vida, a potência que se tem da vida. Não é possível que até hoje continuemos a falar que a dificuldade é do sujeito, desvinculada da sociedade em que vivemos. Quais são os critérios, no caso, educacionais,

para que possamos avançar nos anos. Como são os pontos de partida dos sujeitos que ingressam nos diferentes anos da escolarização e quais as condições que a equipe escolar cria para que todos consigam elaborar esse conhecimento no período em que se é estabelecido. Se ele não consegue não necessariamente isso significa dificuldade de aprendizagem.

Com relação à saúde mental, temos aprendido, junto com os profissionais de CAPS do município de São Paulo, a importância de trazer as crianças, adolescentes, e adultos, para a participação nas nossas reuniões. Eles têm nos trazido experiências fundamentais para que repensemos os nossos modos de conviver com as pessoas. Esta participação também tem nos proporcionado uma reorganização do modo como falamos da vida desses sujeitos.

Vou contar um caso de um estudante de nove anos, matriculado numa Emef, para ilustrar. A equipe do Naapa foi chamada para esse estudante estava apresentando problemas. A escola apresentou um relatório para a equipe multiprofissional que dizia que o estudante estava apresentando um comportamento de extrema agressividade com os colegas, com os professores, e que eles estavam avaliando que não seria melhor para o estudante mudar de escola. Um modo claro de a escola se proteger também e a equipe do Naapa tem enfrentado situações como essa. Nosso esforço tem sido o de, ao invés de criarmos uma ação de culpabilização dos professores, compreender qual é o histórico da docência, das formações que tiveram. Assim, discutimos se houve uma formação higienista de deixar na escola somente aqueles que conseguiam aprender na estrutura tradicional de certos conteúdos e os que não lidavam naquela estrutura e funcionamento do ensino, eram estigmatizados e enclausurados ou nos hospitais psiquiátricos ou na Fundação Casa, locais em que não acessam essa escolarização. Na democratização da escola, temos o direito de que todos permaneçam na escola. Só que isso é muito recente. A luta pela inclusão dos alunos com deficiência, com altas habilidades, todos enfim, é muito recente. Eu vejo de uma forma mais efetiva, no município de São Paulo de 15 anos para cá, quando as políticas públicas de atendimento educacional especializado entraram com uma força mais significativa nas escolas com apoios importantes não só para elas como para os estudantes de que eu falei anteriormente. Nesses casos em que o

estudante está sempre muito quieto, sem participar, é importante compreender por que ele age desse jeito, compreender o porquê dessa ausência, dessa falta de participação, inclusive revertendo a prática educacional.

Voltando ao caso do menino de nove anos. Quando a equipe do Naapa começa a conhecer e investigar qual o histórico de vida dessa criança, descobre uma criança que mora só com a mãe, em um terreno que foi invadido, sem saneamento básico. A mãe é usuária de substância ilícita, fazendo uso abusivo da droga. Os pais da escola que a criança frequenta também se reuniram no Conselho de escola para que essa criança fosse expulsa da instituição, com a alegação de proteger a própria criança, porque os outros estudantes já tinham combinado que iam para o enfrentamento com ele. Há o relato de que os pais também começaram a ameaçar a mãe se ela não tomasse uma providência. Enfim, uma situação muito complicada, tanto fora como dentro da escola. E ele, por um comportamento muito desorganizado e por um sofrimento psíquico intenso, de fato, estava mesmo com dificuldade de permanecer no ambiente escolar, ainda que a equipe da escola se esforçasse para que ele pudesse participar das atividades; ele estava matriculado no período integral. A equipe do Naapa começou a discutir como poderiam ser pensadas as atividades para essa criança em articulação ao CAPS, onde ele começou a ser acompanhado pelo psicólogo e psiquiatra para pensar a questão da agressividade. Também foi acionado, nesse caso, o Conselho Tutelar para pensar as condições de vida dessa família no território, e também foi acionado o CREAS para ver se tinha alguma questão relativa ao acompanhamento da mãe em relação ao uso abusivo de substância ilícita.

Assim, toda a rede foi acionada com encontros periódicos. Havia uma dificuldade extrema para que a mãe fosse ao acompanhamento daquilo que foi se percebendo importante para ela, como também de levar a criança no atendimento ao CAPS. Temos trabalhado muito também em relação à escola, para que ele continue frequentando e estudando. A vida é como ela é, não dá para esperar uma condição ideal para que as instituições possam atuar. Então, como a escola poderia se organizar no atendimento a essa criança? Pensamos no horário de entrada, porque a equipe do Naapa observou quais eram as situações que causavam o rompante de agressividade

nessa criança. Então, percebemos que o horário de entrada era um horário em que ele ficava muito desorganizado; a hora do recreio em que ele ficava muito eufórico e começava uma situação muito difícil; a hora da saída. Mas nas atividades que envolviam uma atividade física, ele apreciava e participava. Então, começamos a fazer alguns ajustes na rotina da criança, nas atividades pedagógicas dele também, e também oferecemos, já que ele é estudante de um CEU, outras atividades. Ele escolheu o judô e começou a participar. Frequentava o CAPS, já fazendo um certo vínculo, mas sendo sempre tudo muito difícil.

Conto esse caso para falar dos desafios que temos quando há violação de direitos e, como profissionais de garantia de direitos, quais são as possibilidades e potência que cada uma das políticas tem para que juntos possamos atuar. Enfim, esse estudante ainda tá sendo acompanhado, essa situação ainda é um desafio para nossa equipe, mas é o que a gente tem feito para criar melhores condições de vida para o estudante e sua família. Tenho um outro caso, de um estudante de quatro a cinco anos também com queixa da escola de agressividade. Ele chutou tanto o portão da Emei, que, tamanha força da criança, ficou totalmente torcido. A equipe do Naapa foi chamada e ao investigar o caso, descobriu que a criança foi expulsa de dois CEI's; uma expulsão velada, com a coordenadora pedindo para a mãe ir buscá-lo todos os dias. A mãe se cansou disso, porque ela trabalhava e, enfim, tirou dos dois CEI's, das creches, e quando chegou na idade de ir para Emei, matriculou novamente o garoto.

Já no começo do ano, a solicitação, "*vem buscar, porque seu filho está mordendo, seu filho está batendo, seu filho bate nos adultos, bate nas crianças*". Então, a equipe foi lá e junto com a equipe escolar planejou como seria a observação da criança. No dia combinado com a equipe escolar, fez observação e, de fato, a criança saía correndo, sem motivo aparente, com um comportamento desorganizado, e agredia as outras crianças e adultos, machucando. Fizemos entrevista com a mãe, com a professora e identificamos que essa criança não tinha acompanhamento nenhum, nunca tinha passado numa UBS, nunca tinha passado no CAPS. Fizemos, então, uma articulação com os equipamentos do território, acolhimento e CAPS e, de fato, é uma criança que precisa de cuidados relativos à saúde e ela ingressou no atendimento do CAPS.

A escola foi orientada a pensar as atividades, porque tinha uma queixa muito grande dela de que a criança não conseguia permanecer sentada; na verdade, estava caminhando para um diagnóstico de TDAH. A professora também foi combinando com outros agentes da escola, para pensar em atividades enquanto ela estivesse com uma atividade e a criança necessitasse de atenção, por não conseguir permanecer naquela atividade pelo tempo que a professora planejou. Assim, foi-se criando algumas estratégias na escola para diferenciar as atividades para aquele menino.

Na verdade, o que esses estudantes nos trazem? Eles nos mobilizam para uma reflexão da prática pedagógica, para o modo como temos feito a mediação entre o conhecimento e as crianças, entre as práticas educativas e as crianças. Talvez o que esteja sendo proposto não seja coerente com o que a infância pede, com os diferentes modos de ser, de agir, e isso vai fazendo com que os próprios professores revejam as suas práticas e propostas de ensino. Sem culpabilizar os professores, é muito mais fácil falar que o estudante não consegue participar da atividade que o professor planeja do que rever a prática pedagógica. A questão é que nós somos pressionados para agir assim, pela própria estrutura em que a escola está colocada. E o que nós trazemos é uma reflexão crítica sobre o sistema educacional e o quanto ele, muitas vezes, e infelizmente, tem impactado a vida das pessoas.

Assim, é possível mesmo que a escola se torne um ambiente higienista, que somente alguns consigam permanecer, se continuarmos com práticas cerceadoras de possibilidade de expressão, atuação, de relação com o conhecimento. Muitas vezes, do modo como ele é apresentado, fica difícil prosseguir na nossa escolarização.

Voltando ao nosso estudante de quatro, ele foi um caso que a equipe do NAAPA finalizou, porque foi possível estabelecer o trabalho com a rede, no caso, com a saúde, família e escola. Um problema que já estava começando a se instalar entre família e escola, a partir da mediação, se reestabeleceu o vínculo entre as duas partes. Esse foi um caso que o NAAPA finalizou e no qual nós conseguimos atuar de uma forma protetiva, e não de uma forma medicalizante, na garantia dos direitos.

Finalizando, para quem não conhece, no nosso portal da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, temos os materiais dessas equipes multiprofissionais que trazem temáticas a partir dos casos que as equipes NAAPA foram trabalhando com as escolas. Tem texto sobre currículo, sobre violência na escola, enfim, vários temas importantes que as equipes vão conversando com as escolas. São dois cadernos prontos, disponíveis no portal, com as temáticas aqui apresentadas, e um que será um caderno com as modalidades de atenção em que a equipe do NAAPA atua e seus procedimentos: visita técnica, uma reunião técnica, práticas de observação, um grupo focal pra discussão com as equipes escolares. Temos também os fluxos de trabalho, fluxo de entrada, desenvolvimento, finalização, e também registro e avaliação. Esse caderno foi construído a mais de 100 mãos, eu digo porque somos 91 profissionais e nós fizemos encontros com grupos de trabalho para cada uma das temáticas que estão escritas no caderno. No final dos grupos de trabalho, nós organizamos plenárias de discussão para que todos pudessem participar do que foi discutido como procedimento de trabalho, fluxo de trabalho, atribuições, e nas plenárias fomos definindo o mérito dos textos e hoje já estamos com ele pronto, no setor técnico da Secretaria da Educação, para análise para publicação no Diário Oficial do município. É um material muito interessante, que nos mostra a possibilidade de uma política pública pensada junto com os trabalhadores do serviço, diferente de uma política verticalizada que dita o que deve ser feito.

Isso é a materialização de que é possível agirmos na gestão de modo democrático e participativo. Muito obrigada. 🙏

Boa noite a todas e a todos. Eu quero agradecer aqui a oportunidade aberta mais uma vez pelo vereador Pedro Tourinho, para fazermos este tipo de discussão aqui na Câmara Municipal de Campinas; é um espaço bastante importante e que cada vez nós precisamos ocupar mais, se nós queremos lutar pela democracia, cada vez mais nós precisamos ocupar as nossas instituições políticas, esses espaços e nos articularmos pra, de fato, podermos extrair potência desses espaços. Então, Pedro, muito obrigada aí pela oportunidade mais uma vez. Cumprimentar a Adriana, foi excelente a sua fala, acho que vou retomar algumas coisas na minha também. E agradecer aqui a Rosangela Villar pelo convite para que eu viesse aqui contar um pouco de uma experiência de trabalho que eu tive na rede pública de saúde de Campinas, quando eu fui da gestão, como apoiadora institucional de um distrito de saúde.

Vou contar um pouco para vocês do processo de construção que eu vivenciei do protocolo de Metilfenidato que foi aprovado na rede de saúde de Campinas no ano de 2011. Quero, na verdade, fazer uma homenagem à Rosangela, à Cecília, à Maria Aparecida, porque muito do que eu sei hoje, muito do que eu sou hoje, de como eu me formei, eu devo a vocês três. Nós estivemos juntas em vários momentos, em vários espaços, organizamos várias atividades juntas e para mim foi um processo de formação.

Vou contar um pouco, então, da história da padronização do Metilfenidato na rede de Campinas. No Sistema Único de Saúde, nós trabalhamos com listas de medicamentos. O que que significa isso? Significa que, quando vamos

fornecer um medicamento, nós selecionamos quais são os medicamentos e onde serão fornecidos. A isso chamamos de padronização. O Metilfenidato, que é a Ritalina, foi padronizado primeiramente para o uso no CAPS Infantil, para atendimento de algumas questões próprias e específicas que eram atendidas no serviço de CAPS Infantil. Ele era usado então, num serviço específico, para crianças que eram atendidas naquele local.

Mas, quando você começa a fornecer um medicamento, começa a surgir uma demanda por esse medicamento e uma certa pressão para que ele seja distribuído o mais amplamente possível. Essa é uma luta que fazemos dentro da política de medicamentos, a de que sejam acessíveis para que a população, possa, quando necessita, de fato, fazer uso do medicamento. Então, essa é uma prerrogativa nossa, promover o acesso. Entretanto, com o Metilfenidato há peculiaridades, não é? Porque não é um medicamento qualquer e não é um medicamento que será utilizado para qualquer criança ou para qualquer adulto. A especificidade do Metilfenidato causou uma explosão no seu consumo, ao ponto de a Secretaria de Saúde resolver descentralizar a dispensação do Metilfenidato para os centros de saúde.

Por que isso acontecia? Como o único serviço que fornecia o Metilfenidato era o CAPS, as pessoas começaram a ir ao CAPS só para pegar o Metilfenidato. Quer dizer, inverteu-se completamente a lógica do serviço. Então, passamos a ter uma série de crianças e de adolescentes que não eram acompanhados no serviço do CAPS, ou que frequentavam o CAPS mensalmente,

de forma muito irregular, mas que iam apenas para retirada do medicamento. E isso gera uma demanda dentro do serviço CAPS que não vai sendo possível de gerenciar. A Secretaria decide então fazer a descentralização da dispensação para os centros de saúde. E, então, esse processo todo foi levando a um aumento progressivo do consumo do medicamento; tanto que a Secretaria não dava conta da demanda de pedidos e o medicamento que era comprado para ser utilizado durante um ano, acabava sendo utilizado durante três meses, e então a Secretaria tinha de fazer nova compra.

Foi surgindo uma questão logística mesmo, mas acompanhada felizmente, de uma crítica em relação a esse consumo, feita por excelentes trabalhadores e gestores da rede de saúde de Campinas.

Vou apresentar alguns números de uma tabela já bastante divulgada, mas que é muito ilustrativa. São dados de consumo a partir de 2003. Tínhamos um consumo de cerca de 9 mil comprimidos em um ano; ao longo dos anos só vai tendo um aumento. Em 2005 faltou o medicamento e temos um consumo menor, mas a partir de 2006 esse número volta a crescer. E é impressionante como ele aumentando. Em 2007, temos 22.560; em 2008, 49.460; 60 mil em 2009; 91 mil em 2010, e em 2011 dobra para 189, 190 mil comprimidos em um ano.

É uma curva impressionante mesmo. Na análise desse consumo, temos de onde vem as prescrições desses medicamentos, quem é que está prescrevendo, quem são as crianças e os adolescentes que estão fazendo uso desse medicamento. No início, eles são praticamente todos atendidos em um único serviço, que é o CAPS Infantil; e depois, conforme foi ocorrendo essa descentralização e o aumento do consumo, vamos vendo que a prescrição de Ritalina vem de diferentes serviços da rede, serviços não especializados ou serviços especializados que vão fazer um uso muito expressivo do Metilfenidato, além da rede privada.

Tem uma coisa que eu acho que é importante esclarecer. Tem algumas cidades que não fornecem medicamentos se o medicamento não tiver sido prescrito dentro do Sistema Único de Saúde. Campinas tem a prerrogativa de fornecer medicamento desde que o medicamento seja da listagem oficial. Então, a pessoa pode ser atendida em qualquer serviço, por convênio particular,

filantrópico, que ela vai ser atendida na farmácia do serviço de saúde. Isso aumentou o consumo. A informação vai circulando e vai tendo adesão das pessoas porque não é um medicamento barato. Hoje em dia já é possível achar marcas com preços mais acessíveis, mas, no geral, não é um tratamento barato de ser feito. Então, muitas vezes as pessoas vão recorrer mesmo ao serviço público para poder ter esse acesso.

Em 2010, nós começamos a fazer uma discussão de como nós poderíamos racionalizar o uso desse medicamento na rede e fazer uma reflexão mesmo do que que estávamos fazendo. Para quem fornecemos, como essas pessoas tão sendo cuidados, como elas tão sendo acompanhadas? Isso porque de um serviço que fazia o acompanhamento e fornecia o medicamento, passamos a fornecer o medicamento em todos os serviços da rede, em todos os centros de saúde da rede.

Então, quem eram essas crianças, não sabíamos mais. De onde elas vieram, como estavam sendo acompanhadas? Essas questões, então, passaram a permear os espaços. Isso foi sendo trazido para vários espaços coletivos da Secretaria de Saúde. Então ficava a pergunta; o acesso ao medicamento estava de fato significando o acesso à saúde? Promover o acesso irrestrito, significa produzir acesso à saúde? Quais as ações de cuidado que estavam sendo oferecidas para essas crianças? Estávamos garantindo o medicamento, mas estávamos garantindo as ações de cuidado que essas crianças precisavam? E como que estava sendo realizado o acompanhamento das crianças nas escolas e nos serviços de saúde? Essa informação também a gente não tinha, ou era apenas de uma parcela, de uma pequena parcela dessas crianças que estavam fazendo uso de Metilfenidato e que, de fato, eram acompanhadas em serviços da rede, porque tínhamos, e temos ainda, vários serviços na rede que fazem o atendimento dessas crianças. Mas, e essas outras que não estavam inseridas nos nossos serviços? Como promover o uso racional do Metilfenidato na rede SUS de Campinas? Talvez essas sejam as primeiras questões que permearam a discussão.

Do meu ponto de vista farmacêutico, acabo trazendo as questões que ficaram muito fortemente marcadas para mim naquela época. Em 2010, a partir dessas discussões, foi

constituído um grupo multiprofissional formado por psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, médicos, psiquiatras, pediatras e enfermeiros para avaliação do uso do Metilfenidato na rede SUS Campinas e elaboração de propostas. O mote da conversa foi querer saber como poderíamos enfrentar a situação. E, então, a proposta que foi elaborada por esse coletivo foi o estabelecimento de um protocolo de uso de Metilfenidato.

Então decidimos continuar fornecendo Metilfenidato, mas para crianças na faixa etária de oito a 18 anos, desde que elas tivessem, de fato, acompanhamento, inclusive clínico. Por quê? O Metilfenidato é um medicamento que causa vários efeitos colaterais, efeitos adversos e ele pode atrapalhar bastante o desenvolvimento físico da criança. Ele pode causar desde arritmias cardíacas até sobrepeso e baixa estatura. É um medicamento que tem influência clínica muito importante, além de alterações hepáticas importantes. Então, toda essa situação, tudo isso que está envolvido no uso do Metilfenidato, fez com que vários critérios fossem estabelecidos para que essas crianças pudessem então receber o medicamento. Além disso, uma das coisas que foram propostas é de que a solicitação do medicamento viesse acompanhada de um relatório da escola com dados sobre o que a escola estava fazendo para que a criança pudesse se desenvolver, pudesse ter um processo de aprendizagem: quais as ofertas e adequações da escola ao aprendizado da criança. Também contávamos com um relatório de acompanhamento de um terapeuta, fosse psicólogo, terapeuta ocupacional, enfim, quem a estivesse acompanhando em seu processo de cuidado?

Assim, fomos percebendo, com o estabelecimento do protocolo, que as crianças só passavam por consultas médicas, e quando a gente pedia um relatório da escola, era muito difícil de conseguir-lo, ou quando vinha, ele era muitas vezes insuficiente. Recebemos ótimos relatórios, mas recebemos também relatórios muito parciais e muito superficiais, na verdade.

Em 2011, então é estabelecido o protocolo de uso do Metilfenidato, que está, inclusive, disponível no site da Prefeitura Municipal de Campinas. E o que aconteceu? Quando estabelecemos esse protocolo, decidiu-se que o medicamento continuaria sendo fornecido no Centro de Saúde, mas ele seria enviado para aquela

criança específica que teve o uso do Metilfenidato aprovado. Então assim, para que a pessoa tivesse acesso ao medicamento, antes teria de ter ocorrido a abertura de um processo de solicitação e da apresentação dos exames, dos relatórios de acompanhamento. E quem fazia essa avaliação, na época, eram os apoiadores institucionais dos distritos, pois ficou definido que cada distrito faria a avaliação.

Cabe salientar que é uma avaliação bastante parcial também, porque não estamos vendo a criança, não estamos fazendo a avaliação da criança; nós estamos fazendo avaliação de documentos, que, de certa forma também, é o que naquela época se dava conta de fazer com um número elevado de crianças que estavam fazendo uso do medicamento. Então, eu fui responsável, junto com a apoiadora da saúde mental que, na época, era uma terapeuta ocupacional, para fazer essas avaliações. Nesse momento é que fomos percebendo o tamanho do buraco, a dimensão do problema que causamos nessa rede de saúde, quando fomos promovendo o acesso ao medicamento, sem antes pensar numa política de saúde para atender essas crianças, ou articular essa rede para poder fazer, de fato, um atendimento a essas crianças.

Eu me lembro de um caso de uma criança de nove anos que fazia uso do Metilfenidato, que já estava com baixa estatura e muito obesa, fazendo uso de Ritalina há dois anos e essa criança não era acompanhada pelo pediatra da unidade de saúde. Em Campinas, temos a Saúde da Família, temos o médico de família, temos os pediatras e os ginecologistas. Essa criança não era acompanhada no serviço de saúde. Não era só pelo pediatra que ela não era acompanhada, ela não era acompanhada pelo serviço e vinha fazendo uso do medicamento já há dois anos.

O estabelecimento do protocolo transformou a distribuição do medicamento e o acesso ao medicamento na rede. Em 2011, 2012 teve um investimento bem grande na realização de muitas reuniões com os profissionais da rede SUS de Campinas, para divulgação e implantação do protocolo.

Chamamos os pediatras dos centros de saúde para conversar sobre os procedimentos: o que será oferecido; como será feita a articulação com os serviços especializados; como será a articulação do cuidado; como será a prescrição da medicação; em qual momento haverá en-

caminhamento para neuropediatra ou psiquiatra infantil; processo sem fluxo de ambulatório. Vamos discutir os casos, vamos construir rede.

Esse momento foi bastante fértil nesse sentido, de despertar essa discussão, fazer essa discussão com a rede de saúde de Campinas. Voltando ao gráfico de consumo do Metilfenidato em comprimidos, a partir de 2012, o protocolo é implantado no segundo semestre, e já temos uma queda de mais de 60% do consumo em 2012. Então, de 2011 para 2012, a queda foi de 60% do consumo; em 2013 esse consumo cai mais; em 2014, eu até destaquei ali, porque de 2011 para 2014 é uma diferença de 10 vezes, reduzimos o consumo em 90%. Isso é muito, muito significativo. Ainda não conseguimos os dados do ano de 2015 inteiro e do ano de 2016 até o momento.

Bom, o que mudou então com o protocolo? A Secretaria Municipal de Saúde passa a afirmar, por meio de um documento oficial, a necessidade de um tratamento multiprofissional intersetorial para as crianças diagnosticadas com TDAH, envolvendo saúde, educação, família, serviço social. Isso eu acredito que talvez tenha sido o maior ganho, porque aqui na rede de saúde de Campinas, não temos muito costume de escrever as coisas. Quem é servidor público, quem já trabalhou nessa rede sabe que não temos esse costume de botar a política no papel, de colocar as nossas experiências no papel, de dizer como é que as coisas vão funcionar. Nós carecemos muito disso aqui. Se hoje nós formos procurar, nos documentos oficiais da Secretaria, qual é a política de saúde para infância e adolescência nessa cidade, veremos que não tem. O que está escrito disso? O que está aí é o que as pessoas fazem, o que as pessoas cultivam, muitas vezes é o que elas acreditam, que elas defendem, mas não está no papel, a gente escreve muito pouco.

Rosângela: Na década de 80, foi a última vez que eu vi um documento impresso da Secretaria de Saúde, trabalhávamos por áreas, então a mulher, o adulto, a criança e o adolescente, ainda tínhamos a saúde escolar, e você tinha manuais de atendimento. Isso foi em 83, 84, 85. Foi a última vez que eu vi um documento escrito oficial bancado pela gestão. Depois disso é falado, é de boca.

Francielly: Isso, no boca a boca. Então, realmente a gente não escreve. E aí eu acho que

é muito interessante o fato de o protocolo ter surgido porque ele não é um protocolo que fala só assim, “o medicamento vai ser fornecido mediante essa, essa e essa condição”. Não. Esse documento vai falar um pouco do diagnóstico de TDAH, da existência de conflitos na determinação desse diagnóstico e também a forma como o tratamento é proposto. E vai reforçar que é muito importante que outros âmbitos da vida dessas crianças sejam observados e sejam cuidados também. Então, eu acredito que foi um modo da Secretaria de Saúde afirmar mesmo, por meio de um documento, a necessidade de um tratamento multiprofissional e intersetorial para essas crianças. O texto do protocolo passa a ser divulgado e discutido na rede SUS, ampliando o conhecimento dos profissionais sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e também sobre o medicamento, sobre o Metilfenidato. A solicitação então passa a ser feita a partir dos distritos de saúde, mediante apresentação de relatórios, como eu já coloquei, dos profissionais médicos que acompanham, do terapeuta e da escola, além de serem exigidos os exames pra monitoramento cardíaco, de parâmetros sanguíneos e do crescimento da criança também. E passa a se exigir dos serviços de saúde da rede que ofereçam um acompanhamento ampliado. Então na época, tínhamos o SADA, agora é o Sabiá.

O SADA, na época, era um serviço que tinha uma proposta de atuar como o NAAPA, oferecendo uma atenção mais ampliada para essas crianças. Quando há um documento que fomenta uma discussão, as pessoas passam a refletir sobre coisas que elas não refletiam, não é? Esse processo também disparou um olhar dos profissionais para o cuidado que essas crianças precisavam. Isso é bastante significativo e importante, do ponto de vista da sensibilização e do olhar.

Bom, quais são os desafios que ainda precisam ser enfrentados nessa rede? Estamos há quatro anos com a vigência desse protocolo; muita coisa mudou na política de saúde da cidade. Minha avaliação, enquanto trabalhadora, é de que estamos desarticulados, temos um investimento menor no funcionamento de um serviço que, de fato, se preste a fazer um cuidado universal, integral para as pessoas. Então, talvez o principal desafio seja ter uma política de saúde efetiva nesta cidade. Porque, embora a gestão fale em aumento de contratações, abertura de novos serviços, sabemos que, mais re-

curso não significa mais qualidade, porque para os serviços de saúde funcionarem, precisamos ter uma política de saúde, que proponha de fato como é que esses serviços vão funcionar.

Tivemos abertura de mais dois CAPS infantis nos últimos anos, hoje são quatro CAPS infantis para cinco distritos de saúde; o ideal seria que nós tivéssemos pelo menos cinco, então a gente precisa de mais um CAPS infantil, no distrito saúde Norte. Fortalecimento do Sada, que agora é Sabiá, na verdade. O que que significa Sabiá? *O sabiá sabia e não sabe mais. Eu sabia que o sabiá sabia, mas...* Acho que a garantia de educação permanente para os profissionais da rede SUS e investimento para fortalecer, ampliar a atuação do serviço da atenção básica frente à patologização da infância e adolescência.

Tudo isso porque esse é um trabalho que tem de ser constante, e a atenção básica é quem vai, de fato, como porta de entrada, olhar primeiro essa criança, é quem vai encaminhar essa criança para um outro serviço se for necessário e que vai articular essa rede para po-

der fazer esses atendimentos. E, então, muitas vezes, num Centro de Saúde, as pessoas nem sabem o que é o CAPSi, não sabe o que ele faz. Por outro lado, o CAPSi também não vai na sua unidade de saúde, não faz matriciamento, nunca aparece, nunca discute caso. Então, hoje, é assim que a gente está.

Eu trabalho num distrito de saúde, numa unidade de saúde que não tem contato com o CAPSi. Não pode ser desse jeito, isso está errado. Precisamos ter um contato próximo, precisamos conhecer e discutir os casos. E a outra questão é a articulação intersetorial, a formação de rede de cuidado a fim de garantir que a complexidade dos casos seja tratada em todas as suas dimensões, evitando as condutas medicalizantes e patologizantes. Precisamos desse olhar de que não é só um medicamento, não é só um serviço de saúde, não é só uma escola para resolver o problema da criança. Precisamos da articulação de muita coisa para poder ajudar essa criança e para cuidar dela, porque as vulnerabilidades são muito grandes. Muito obrigada. 🙏

Rosangela: Eu trabalhei na rede de saúde durante 33 anos. Começo no Ambulatório de Saúde Mental da Prefeitura, mas já trabalhando com criança e adolescente, com as queixas de aprendizagem, porque era assim que se falava naquela época sobre o tal do fracasso escolar. Depois, num dado momento, montamos o SADA, que era o serviço que lidava com as dificuldades de aprendizagem. E nos incomodava muito a forma com que as crianças chegavam para nós. Não usávamos o termo “medicalização” na década de 80, mas nos incomodava receber crianças em tremendo sofrimento, porque não se viam capazes de aprender, capazes de ser, capazes de dar conta das coisas porque diziam para elas, e “diziam” eram muitas pessoas que diziam, a escola, a família, o mundo delas dizia que elas não davam conta. E essas crianças chegavam para nós que dizíamos “*tá gente, tem de desconstruir toda essa história*”. Num dado momento, além de elas chegarem assim, elas começam a chegar com medicação de vários tipos: Imipramina, Metilfenidato, Risperidona, Sertralina. E o SADA fazia um trabalho de enfrentamento muito grande, porque o nosso negócio é “*não queremos crianças medicadas/medicalizadas; dentro do possível, nenhuma vai tomar remédio de forma indiscriminada*”. Chegamos a fazer o levantamento de crianças medicadas; de 280 que acompanhávamos, nós tínhamos 10 com alguma medicação desta natureza, porque ainda não tínhamos conseguido fazer o trabalho de retirada. De verdade, todas aquelas com quem trabalhávamos, conseguíamos processualmente retirar a medicação ofertada “*para aprender, focar e se comportar*”. Desse trabalho sempre fez parte a realização de denúncias so-

bre o uso abusivo de medicações dessa natureza. As nossas denúncias eram para a Secretaria de Saúde; denúncias que a gente fazia nas escolas porque havia uma cobrança muito grande feita da escola para que a criança tomasse alguma coisa, porque se ela tomasse alguma coisa, ela dava sossego e dava possibilidade de trabalho para a escola.

Num dado momento que juntaram nossas denúncias e inquietações, e de outros profissionais da Rede, com o excesso de compra da prefeitura, porque não podemos ser ingênuos, não é a troca de nada que a prefeitura resolve investir numa discussão sobre o Metilfenidato. É que a compra passa dos limites e o trabalho começa a ter de ser dobrado, triplicado, e aí isso incomoda. Eu sempre que encontrava as gestões, falava, “*gente, tá difícil, a gente está recebendo criança com muita medicação, X serviço encaminha 200 prescrições e rótulos. Então a criança tem dislexia, a criança tem TDAH, nós precisamos trabalhar com isso*”.

Então, quando vem essa junção dos profissionais que começam a se incomodar mais o excesso de compra, criamos um grupo que vai discutir o Metilfenidato e a necessidade de um protocolo. Desse grupo fazíamos parte três profissionais do Despatologiza: Tácito, que não era da rede, era só Despatologiza, e ia por conta do Despatologiza; Fernando Chacra, que foi o pediatra que escreveu os documentos que são a base do protocolo, e eu. Éramos três chatos brigando com essa coisa. Brigamos e brigamos, e essa coisa deu no volume que deu. Então assim, ficamos muito feliz de saber que conseguimos naquele momento incomodar efetivamente e

ter uma política, que eu gostaria que estivesse melhor, eu gostaria de dizer que eu gostaria que fosse que nem São Paulo, que no mínimo já fosse um decreto/portaria, porque não é, Campinas é um protocolo. Quer dizer, se eu tiver um gestor que resolve que isso não é a melhor saída, ele pode simplesmente chegar lá e tirar do site o protocolo e falar, *"não precisa mais usar"*. Tudo bem que vai ter reação da rede, vamos ter de brigar, não vamos aceitar isso, mas é possível, porque é um documento, é um protocolo. Então, já vimos fazendo uma discussão com a Secretaria de Saúde há pelo menos um ano e meio, de transformar esse protocolo num decreto, no mínimo, mas está sendo difícil. Mas vamos lá, não desistimos.

As queixas continuam sendo de aprendizagem, dificuldades de aprendizagem. O mudou foi a ótica do serviço, as contratações que vêm na mudança da minha equipe. Minha equipe era formada basicamente por profissionais do Cândido Ferreira, eu era a única funcionária pública do SADA. Quando a gente tem as questões do Cândido, que todo mundo que é de Campinas sabe que a gente precisou demitir muitos profissionais ou realocá-los em outros espaços, eu perdi três colegas de trabalho, e elas foram substituídas por profissionais do concurso. E quando se recebe profissionais do concurso, não se escolhe perfil, e recebemos profissionais de formação biologicizante/medicalizante. E isso foi uma briga. Fiquei um ano no serviço tentando fazer essa discussão. Então, cansei e me aposentei. Então, se você me pergunta, Francielly, como está hoje, eu não sei, porque eu escolhi ter um afastamento real deste serviço. O que eu sei é que, quando eu me aposentei, a entrada no serviço já estava extremamente protocolizada. Para a criança receber o atendimento, ela tinha de passar por audiometria. Então, uma criança com dificuldades, que ninguém sabia ainda a natureza específica, era obrigada a fazer audiometria para ser avaliada nesse outro serviço. Isso foi assim, para mim, a gota d'água e foi quando eu falei *"tô fora, não quero meu nome associado a isso"*. E quando eu saí eu pedi para tocar de nome do equipamento e aí saí o SADA e entra o Sabiá – Saberes Interdisciplinares de Aprendizagem. Então é isso que a gente tem hoje.

Juliana: Sou Juliana Garrido e fui professora da rede municipal aqui e tenho um testemunho muito pontual. Há dois anos, eu estava na

rede ainda como professora de um aluno e chegou do Sabiá um questionário com campos para eu escrever as respostas. Mas as perguntas já não davam muito espaço para gente dizer *"olha, não é bem assim que eu enxergo a coisa"*. Antes de responder, eu liguei, tentei contato com a profissional que tinha me enviado o questionário, e a gente até teve uma conversa breve pelo telefone, ela falou, *"não, mesmo assim, responde e me encaminha, porque a criança está tentando vaga no serviço, tal"*, ainda era uma coisa muito incipiente. E ela falou, *"me responde e, a partir disso, a gente continua conversando"*. E eu falei, *"venha na escola, por favor, ou me chame aí, vamos conversar sobre essa criança pessoalmente e não faça só você o atendimento aí e eu o atendimento aqui"*. Então, peguei o questionário e dei uma desmontada boa. Na verdade, contei sobre a criança o que eu queria, dizendo especialmente que tudo que eu enxergava nela tinha a ver com a história escolar dela e não com ela em si. Então, fui falando coisas que eu tinha sobre ela; tinha um monte de coisa para relatar mas o questionário não me dava espaço suficiente para fazer, mas eu fiz mesmo assim e entreguei para ela. Nunca mais ouvi falar dela. Então assim, é muito pontual, não é? Porque a gente sabe que o serviço é sufocante mesmo. Então eu não sei nem dizer, *"ah, ela leu meu relatório e não quis me responder"*, não se trata disso, mas o fato é que eu tentei esse contato nessa qualidade, nesse tipo de contato e não resultou em nada. Então, esse relato já é meio antigo, mas é o único que a gente tem ainda do serviço como está operando hoje.

Francielly: Eu só queria fazer uma consideração. Eu acho muito significativas as falas da Rosângela e da Juliana. Se estou trabalhando dentro de uma política pública, eu vou trabalhar num serviço de saúde, eu não posso fazer o que eu quero. Não é? Eu não posso atender as pessoas do jeito que quiser, não é verdade? A gente contrata trabalhadores e o que a gente diz para esses trabalhadores que a gente espera deles? Que política que a gente quer que eles façam? Como que a gente espera que eles trabalhem? E como que a gente também, enquanto gestão, nesse lugar hipotético da gestão, como é que a gestão vai ajudar esses profissionais a trabalharem dentro de uma proposta de política pública. Então assim, primeiro você tem que ter a política pública, não é? E depois também você tem de ter uma gestão que, de fato, ope-

re, potencializando as pessoas. E a rede pública até tem essa questão, às vezes você tem perfil para trabalhar num lugar, mas não te deixam trabalhar naquele lugar de jeito nenhum, e aí quem está lá talvez não tenha tanto perfil, vocês poderiam trocar e ficar todo mundo mais feliz, não é? Mas, de fato, eu acho que esse é um ponto para refletirmos. E, então, faz falta um documento. Não quero dizer que o papel vai resolver tudo, porque não resolve, não resolve, mas orienta. Orienta e reafirma. Então, o papel é importante sim. Talvez ele se perca, daqui a um tempo, mas se ela está escrita, ela vai ser lembrada, ela pode ser retomada. Agora assim, o que não está escrito, não está registrado vai ser perdido. Vai ficar onde? Vai ficar na nossa memória, nos nossos corações, mas nós também vamos passar um dia. E aí como é que a gente faz isso crescer?

Heloísa: Oi. Muito obrigada pela contribuição de vocês. Meu nome é Heloísa, eu sou fonoaudióloga, eu estou na gestão do Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo, da 2ª região. Na verdade, apesar de ter uma certa experiência, nunca fui uma servidora pública no sentido pleno, mas eu tenho tido contato e, já faz uns dois anos, esse é o terceiro, que eu estou acompanhando o trabalho numa escola como pesquisadora. Sou pesquisadora junto à Faculdade de Educação da UNICAMP, com a Ana Luiza Smolka. E essas questões todas que estão sendo tratadas aqui super me interessam, também participo do Despatologiza. A minha pergunta é: na escola onde estou, a pessoa que está como professora de educação especial, que tem acompanhado as crianças, justamente essas que mais precisam, tem uma prática medicalizante e tem insistido para essas crianças, que a gente estava tentando segurar para não serem medicadas, sejam medicadas. Então, elas acabaram sendo medicadas. Como tem toda essa questão do protocolo do Metilfenidato aqui, foi feito de tal maneira que essas crianças estão com outras medicações neurológicas. Eu queria saber se vocês têm esses dados, porque eu acho que seriam dados superimportantes. Ok, Metilfenidato reduziu muito, mas o que estão colocando no lugar? E também tenho observado nas crianças, porque são crianças que eu acompanho, diferenças significativas na permanência delas dentro de sala de aula e na escola, e os professores estão observando reações muito semelhantes ao uso de Metilfe-

nidato também, mas não é o Metilfenidato. Eu não sei dizer para vocês qual é o medicamento, mas eu sei que há a medicação e eu queria saber se vocês têm também essa informação, que me fortaleceria. É isso.

Rosângela: Muito importante o que ela colocou. Mas eu só queria responder pra Fran, porque ela fala, "falta documento, nessa hora é importante escrever". O SADA tem projeto escrito desde o início da década de 90. Projeto entregue e discutido na Secretaria, em várias gestões, mas isso não garantiu que ele fosse respeitado. Entende?

Francielly: Nem que vire política, não é?

Rosângela: Então. A gente tem esse material, todos eles na Secretaria têm, diversas versões, versões construídas coletivamente inclusive, só que esses documentos não vigoraram quando a equipe mudou. Ao invés de você dar a prioridade para uma continuação de serviço e para uma coerência, para uma política, ela é dada para quem vai ficar, então quem vai ficar que escolhe o que vai fazer. Exatamente assim que aconteceu.

Francielly: Mas isso é não ter política, né?

Rosângela: Sim.

Maria Aparecida: Eu sou a Maria Aparecida Moisés, sou pediatra, militante do Despatologiza. Então, eu ia falar outra coisa, mas eu acho que é ter política sim, outra política, né? É uma política. Mas deixar que façam o que querem é deixar que façam de acordo com o senso comum, que é a ideologia dominante, que é isso que está aí. Eu acho que não é por relaxo, por incompetência, por falta de política. É uma política, e é por isso que ela funciona tão bem. Então, e só pra não perder o foco. Eu acho que temos de lutar contra isso sim, até por isso que discutimos as ações bem-sucedidas, que eu acho que é uma coisa importante. Eu só queria destacar, eu não sei se foi falado no começo, que esse dia 11 de novembro, foi uma conquista do Despatologiza com todo o apoio do Pedro Tourinho na Câmara, né? Que é um querido companheiro militante em defesa do SUS e dos direitos. E já avisando que nos dias 29 e 30 vamos ter um outro fórum Penses, junto com o Despatologiza, que o título é "Políticas Públicas Socialmente Compromissadas, Vidas Despatologizadas". É isso: 29 e 30 de novembro, semana que vem o site já deve estar no ar, com as inscrições abertas.

Bom, eu acho que tudo que foi discutido hoje é exatamente importante aqui, aliás, vai ter essa discussão também no fórum Penses com o Despatologiza, e eu acho que são de ações da micropolítica que conseguimos alcançar mesmo. Essa questão que você falou, Helô, eu acho que você, Fran, podia falar também, porque essa foi uma dúvida que a gente teve logo que o protocolo foi implantado, e você fez um levantamento, não foi? Conseguimos um levantamento na vigilância farmacêutica, assistência farmacêutica dos outros medicamentos e não tinha aumentado. Então, achamos que até tem de rever isso, pedir esses dados de novo, mas, no geral, não teve isso, tá? Que foi uma coisa que preocupou. Quer dizer, abaixou tanto que pensamos "opa! Onde está indo?". Então acho que seria importante saber que tipo de medicamento é, o que está acontecendo e a gente repetir esse levantamento, porque eu lembro que foi uma coisa assim, que a gente ficou muito entusiasmada porque não tinha aumentado para os outros. E aumentar nos outros, as outras drogas psicotrópicas, especialmente Risperidona, chamaria atenção na vigilância, na assistência farmacêutica, não é? Vamos refazer o levantamento; é algo que precisa ser visto com um pouco mais de cuidado e de saber também que medicamento é esse, o que é que está acontecendo.

E também, acho que é uma coisa importante de destacar: a gente espera que o NAAPA continue, assim como Braços Abertos continue, a gente espera que o protocolo de Metilfenidato continue em Campinas, que a portaria do Metilfenidato continue em São Paulo, mas só também acho que é importante destacar, que a repercussão desse protocolo foi bastante grande, inclusive em vários outros municípios. Eu tenho notícia de que, em alguns outros lugares, ele foi, com modificações, implantado, e ele gerou uma discussão com a coordenação da área da saúde da criança e do adolescente no Ministério da Saúde. Um documento que foi encaminhado para todas as prefeituras do Brasil divulgando-se isso, falando do problema da medicalização abusiva, o nível que tinha atingido, e propondo que fossem feitos protocolos. Lembrando que o protocolo em São Paulo não é um protocolo para a dispensação, ele é um protocolo para o diagnóstico e a dispensação. O diagnóstico também reduz muito, reduziu muito, porque ele coloca critérios que são cientificamente embasados, não são dos críticos, são os critérios científicos daqueles que defendem o diagnóstico de TDAH. Então ok, você vai fazer esse diagnóstico, você vai se-

guir os critérios científicos que são cientificamente embasados, não vai ser da sua cabeça. Então, ao ter de seguir isso, já caiu muito. E também os critérios e as normas para dispensação do medicamento também são cientificamente embasados, tanto que tem uma regra que é extremamente importante: não usar nunca mais do que dois anos. Então, porque a gente sabe, isso é mais do que comprovado, que tem repercussões bastante importantes. E uma repercussão nacional, graças ao Paulo Bonilha que também é daqui, que estava lá na coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente do Ministério da Saúde, e que teve esse documento que foi encaminhado para todos os municípios falando dessa importância. Então, só para a gente não perder. Ele foi chancelado pelo Ministério da Educação, exatamente. Dia 11, amanhã, é o Dia do enfrentamento à Medicalização. Estamos comemorando de véspera.

Pedro: Como tem sido. Nunca dá no dia 11 certinho, não é? Eu queria comentar algumas questões. Primeiro é externar a minha preocupação. Porque eu acho que nós estamos entrando num quadro político muito pior do que o que nos antecedeu. Acho que é importante falar, até nos Estados Unidos estão conseguindo eleger os indivíduos mais fascistas possíveis. Elegeram o Dória em São Paulo, elegeram o Trump nos EUA, enfim, faces das mesmas moedas. Eu estou vendo as manifestações do Doria e estou vendo um desejo muito grande de desconstruir, assim como eu vi em Curitiba o Rafael Greca, que foi eleito falando que vai fazer uma perseguição inclusive aos termos que remetem a essa era, que ele entende que é uma era que tem de acabar, ele não quer nem chamar mais Escolas Municipais de Educação Infantil de Emeis, ele quer chamar de creche. Falou que não quer saber mais, que esse negócio de Emei, falou desse jeito, "é coisa de Petista". Ele falou que quer acabar com tudo nesse sentido. O Doria: "Tem de ser armadas as mulheres, não tem que ser empoderadas". Ele já fez várias manifestações dizendo que o Braços Abertos vai acabar e vai se integrar no inócuo e corrupto programa Recomeço, que é um baita de um instrumento de financiamento de comunidade terapêutica, um instrumento de acordo do Alckmin para ter a relação política com os setores religiosos que ele quer fazer. Estamos tendo corte, limitação, diminuição em todas as políticas públicas. Depois de muita luta, agora foi publicado também na Rede de Atenção Psicossocial no Brasil inteiro, na RAPS, a portaria para comunidade terapêutica e ela está

financiada pela Rede de Atenção Psicossocial. Entendeu? Lugar nenhum está aumentando nem abrindo linha de financiamento, mas para esses lugares abriu. Então eu acho que a gente vai ter de dar, nesses próximos quatro anos, uma reflexão estratégica e pensar em ações possíveis. Eu acho, por exemplo, que o que tiver de pendência para gente fazer do ponto de vista de legislação ou de diretriz na prefeitura, talvez valha a pena a gente pensar em começar a fazer lei, mesmo que a gente saiba que vai ter problema na aprovação da lei, mesmo que seja uma coisa que tropece nas tramitações, às vezes a gente consegue abrir um debate a partir de uma peça legislativa e aí induz o Executivo a apresentá-la como autor, o prefeito como autor. Acho que a gente vai ter que começar a fazer esse tipo de coisa que, habitualmente a gente nem sempre faz, porque a gente trabalha na lógica de dialogar com o Executivo, esperar que dele venha aquilo que é devido e tudo mais, ou trabalhar na linha dos protocolos. Eu acho que vai ter um recrudescimento muito grande. Eu espero que aqui em Campinas o Jonas não consiga fazer a improvável ou a árdua tarefa de piorar a situação da saúde pública da cidade. Eu temo que, a depender do secretário que ele escolher, se não for continuar esse secretário, ele tem alguns candidatos que são pouquinho piores porque são candidatos a secretário mais vinculados a essa lógica do lobby e com um recorte ainda mais claro do setor privado. A política que predomina na formação dos profissionais de saúde é uma política medicalizante de raiz; os estudantes saem muito fragilizados no que diz respeito a essa questão da medicalização. Eu sou professor da PUC e a gente estava até pensando que precisamos fazer esse debate na PUC também, porque a Unicamp tem esse debate, está dentro do cotidiano da Unicamp, embora a gente saiba que devia chegar mais nos estudantes dos cursos da área de saúde da Unicamp, mas na PUC esse debate não acontece. Então, é uma demanda que eu quero fazer para o Despatologiza, de pensarmos em pautar as ligas, tem uma liga de saúde mental lá que é bacana, a liga de saúde coletiva que também está aberta, e começar a trabalhar isso de forma mais sistemática porque eu acho que isso faz parte dessa estratégia de guerrilha que vamos ter de travar com um pouquinho mais de empenho ou mais criticamente. Eu fico imaginando o que vai ser o Rio de Janeiro; já era complicado com a gestão do Paes lá, sobre vários aspectos, mas eu tenho a impressão que a gestão do Crivella tende a piorar bastante esse tipo de debate,

que parte de um princípio de uma ética cidadã, de reconhecimento do direito a ter direitos, de uma perspectiva um pouco mais libertária que entende que a diversidade do sujeito é algo que tem de ser não só defendido, mas promovido, a expressão plena das diversas formas de ser, de sentir, de agir. Então, aqui na Câmara a gente tem uma mudança para pior na sua composição, a gente vai ter algumas figuras mais conservadoras com um discurso um pouco mais radical que vão chegar aqui na próxima legislatura; já temos esse diagnóstico um pouquinho; uma mudança talvez de modo de expressão. Acho que numericamente continua tudo igual praticamente, mas tem um modo de expressão que me parece que vai ser mais incisivo. Agora, não sei se para dentro da área da saúde. Certamente para área de direitos humanos, estamos prevendo que vai ter muita dor de cabeça. Então, todas essas questões nos colocam então a necessidade desse reorganizar das nossas estratégias. Eu acho que para mim talvez nesse ano esse seria o chamado. Acho que todos nós do campo dos direitos humanos, dos direitos sociais, das políticas públicas temos de fazer isso com urgência, porque realmente está inaugurada uma nova fase da nossa história, da nossa política pública. Eu acho que, na verdade, essa engrenagem que está aí devorando os nossos sonhos, os nossos desejos, ela já está operando faz muito tempo e ela opera o tempo todo. As nossas correlações de forças que vão mudando. Por exemplo, uma gestão feita como a do Fernando Haddad em São Paulo; eu estava falando aqui com a Adriana, *"bem, vocês viram o sol e agora vão ver a sombra; nós estamos aqui há quatro anos na sombra já"*. Nós não vimos o sol. E eu prefiro ver o sol e depois ficar na sombra do que não ver, do que só ficar na sombra. Por exemplo, esse tipo de derrota, de perda, vai nos deixando mais preocupados, porque realmente fortalece o outro campo. Agora, a força do outro campo não aumentou do dia pra noite também, ela continua operando pelos mesmos instrumentos e a gente continua operando pelos mesmos instrumentos. Eu acho que, em última instância, o nosso principal instrumento para o debate é a ciência, é uma ciência comprometida pra valer, não com interesses econômicos, não com lobbys. Mas com evidência, com uma perspectiva ética para a educação dos nossos profissionais de saúde, é o debate e o trabalho com cada um dos profissionais, é uma intervenção direta nos equipamentos nas redes de saúde que a gente tem capacidade e tem feito. Então, estamos na batalha, eu enten-

do, no mesmo pé. Eu acho que, por exemplo, essa experiência do NAAPA, tem que ser muito, muito, muito registrada, promovida, debatida, e a gente tem de ficar levando isso aí para tudo quanto é cidade que a gente puder do interior. Das outras cidades que tenham administrações mistas, do ponto de vista do campo político, não tão progressistas, mas também não tão conservadoras, para que a gente vá promovendo os nossos espaços de multiplicação; não vou nem chamar de resistência, de multiplicação dessa agenda. Eu acho que essa é uma tarefa que está no horizonte de curto prazo aí para essa equipe, para essa turma, que é garantir que os frutos dessa experiência sejam amplamente devorados por todos aqueles que estão ávidos por uma prática mais humana, mais adequada. Essa é uma tarefa que, para mim, tem potencial para ser; importante para nos sustentar, para seguirmos renovando as nossas lutas e voltarmos a ganhar onde importa.

Adriana: Em relação às políticas públicas, acho que nós que assumimos temporariamente os cargos de gestão público, que bom, a vida é passageira, e os lugares que nós ocupamos também. Agora, penso que, quando você está na gestão pública, acho que a responsabilidade e o compromisso ético e político, e sem algum outro tipo de lobby e interesse, ele é importante para pensar naquilo que nós fazemos em relação aos direitos que estamos defendendo. E acho que esses instrumentos de resistência e de luta são instrumentos legais e que foram intencionalmente pensados desde o primeiro dia que nós assumimos a gestão. Pensamos em registrar esse percurso, a experiência que eu tive em pesquisa. Fiz duas pesquisas na Rede Municipal de Educação de São Paulo e, conforme eu fui buscando os materiais das portarias, dos decretos e dos materiais dentro da Secretaria da Educação, isso foi criando um significado de o quanto isso vai nos dizendo de concepção, de atuação e o quanto as políticas que a gente sabe que foram muito importantes, pela falta de registro se perderam, elas ficam com as pessoas que trabalharam naquela gestão e, enfim, mas que tem um alcance muito limitado. Então, eu acho que isso que foi possível aprender nessas pesquisas, foi o que acabou também nos movendo muito para esse registro. Ainda mais numa Secretaria como a de São Paulo, pela extensão que eu falei, nós temos uma memória técnica. Aqui em Campinas eu não sei se tem, lá na Secretaria da Educação tem uma memória técnica, quando nós puxamos tem todos os registros de todas as gestões, e a falta

deles também... E também articular, eu acho que, quando o Pedro Tourinho fala da legislação, no nosso caso do Plano Municipal de Educação que é decenal, nós temos o Plano Municipal de Medidas Socioeducativas. Na cabeça eu tenho esses e das políticas do SUS, do SUAS, mas esses dois planos que têm esse período e que para revogá-los, não é tão simples assim. A política do NAAPA é pautada e está ancorada no Plano Municipal de Educação com as demandas que estão ali identificadas como metas que a prefeitura precisa alcançar, no caso da educação. Então, eu ontem fui na Câmara Municipal de São Paulo que também teve uma comemoração lá em relação a esse dia municipal. Foi com o grupo do Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade. Então, o que eu estou querendo dizer é que a legislação nos fortalece para esse enfrentamento de políticas que desconsideram os direitos e buscaram violá-los. Penso que são os nossos instrumentos de enfrentamento para o que pode vir para tirar os nossos direitos. Agradeço mais uma vez o convite de estar aqui e na mesma luta contra a medicalização da educação, da sociedade, da vida. É isso.

Francielly: Só para retomar a pergunta da Helô. A gente pode solicitar esses dados, porque atualmente, eu trabalho no Centro de Saúde, sou farmacêutica de um Centro de Saúde. Eu não consigo ter acesso aos dados do município, só quem tá na gestão é que consegue ver esses dados. Mas é possível a gente solicitar. Eu espero que não tenha aumentado o consumo dos outros medicamentos, é uma torcida que a gente faz.

Ideal seria a gente produzir relatórios a partir do nosso sistema de gestão de materiais, fazer um estudo de, por exemplo, quem está usando Imipramina, qual a faixa etária das pessoas que estão usando, porque adulto também usa Imipramina. É possível fazer isso. Então, não sei, talvez seja uma conversa aí para a gente amadurecer, de como que a gente pode fazer. Queria agradecer todo mundo pela paciência, eu adorei estar aqui hoje, foi uma oportunidade muito grande. Foi uma oportunidade também de retomar a minha própria história, a minha memória. Muito bacana.

Pedro: Então, pessoal, agradeço a todos e todas que tiveram presentes aqui e encerramos mais um momento de celebração do Dia Municipal de Combate à medicalização da educação e da sociedade. 🍀

Medicalização e as ameaças aos direitos conquistados no campo da educação, da saúde e da assistência social

Maria Rozineti Gonçalves

Conselheira do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, representando o Núcleo de Educação e Medicalização do CRP SP.

Bom dia a todas e todos. Quero agradecer a todos que se interessaram a discutir conosco essa temática da medicalização. Também agradecer aqueles que colaboraram e compuseram junto comigo esse evento, que são as conselheiras e os colaboradores do NEM, os membros da Comissão Gestora Metropolitana, Magna, o Alexandre e o Rodrigo Toledo, que não está aqui também, mas também foi um dos que colaborou, e a Brisa. Então são as pessoas que estão na organização, além do pessoal de eventos, da comunicação, da secretaria e os demais funcionários que nos estão apoiando. Dito isso, queria compor essa mesa de abertura chamando Jacqueline Kalmus, representante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. É também professora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.

Esse momento é bastante importante para nós, porque é comemorativo do dia estadual e municipal de luta contra a medicalização, dia 11 de novembro. O dia municipal ocorre há cinco anos, na cidade de São Paulo, e o CRP e o Fórum vêm participando juntos promovendo eventos nesse dia. Temos também o primeiro ano do dia estadual, um ano de vida da lei estadual de luta contra a medicalização, o que é para nós uma grande conquista. E comprometidos com a causa, o CRP em parceria com o Fórum realiza esse evento num caráter transversal. O CRP vem unindo esforços no sentido de potencializar essa comemoração. Assim, neste ano, fizemos uma campanha mais regionalizada com as subsedes. Teremos evento em Campinas, que é um lugar também bastante presente nessa questão da medicalização e da patologização, porque tem o

Movimento Despatologiza, mas também temos ações em Santos, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Vale do Paraíba, Bauru, Sorocaba. São subsedes que estão promovendo debates, rodas de conversas, mesas como essa, enfim, no sentido de democratizar o diálogo acerca desse tema, desmistificando esses pretensos benefícios da medicalização e alertando para os riscos dessa prática. Essa é a nossa intenção: poder propor momentos como esse.

A medicalização e a patologização da vida formam um crescente movimento e sua potência e proporção reposicionam a psicologia como um constante enfrentamento contra as tantas padronizações, homogeneizações e mercantilizações da vida que, na realidade, sabemos que visam silenciar e ocultar sofrimentos, conflitos e diferenças. Há duas semanas, eu ouvi uma frase que me marcou bastante, dita pela Michele Obama: *"não queremos gente que transforme nossas diferenças em problemas"*. Infelizmente não foi o resultado que eles obtiveram, não é? Mas, representa o nosso lema: não queremos gente que transforme nossas diferenças em problemas. E reafirmo que este Conselho vem sustentando uma psicologia que valoriza uma concepção de Homem como um ser crítico e social, plural e ao mesmo tempo singular, que pede um profissional psicólogo, ético, político e que combata a discriminação e a desigualdade. E isso se faz fundamental, nos tempos atuais, haja visto tudo o que estamos vivendo, pois além de estarmos imersos em uma cultura em que o fenômeno da medicalização está disseminado por toda a sociedade, estamos vivendo tempos sombrios de ameaça aos direitos sociais.

Quero dizer que o Conselho não se cala diante de todas as situações que exigem posicionamento político, combate ao desmonte de políticas públicas que tem como alvo a perda de direitos e que luta incessantemente pelos princípios da democracia duramente conquistados e atualmente ameaçados. Então ressalto que essa é uma das funções do Conselho Regional de Psicologia. E por conhecer a complexidade do fenômeno da medicalização e por saber que essa temática tangencia diversas áreas nas quais nos debruçamos cotidianamente, como estudantes, como pesquisadores, como psicólogos, docentes, o Conselho vem atuando em diversas frentes, apoiando e unindo força com fóruns, movimentos sociais, Conselhos de classe, buscando dialogar com setores da sociedade civil e poder público. Também atuamos junto a parlamentares, governantes, instância legislativa, executiva, judiciária e gestores de políticas públicas em favor da despatologização e da desmedicalização da vida. O Conselho vem elaborando referências como a cartilha so-

bre medicalização e outras. Essa é uma cartilha popular, que vai dialogar diretamente com qualquer pessoa de qualquer serviço, mas também elabora outras referências técnicas que também pautam o nosso trabalho como psicólogo. O Conselho vai apoiando outros documentos que foram produzidos, como as Recomendações do Conanda, protocolos que foram criados aqui na cidade de São Paulo sobre a dispensação do metilfenidato, no qual o Conselho atuou no sentido de promover e favorecer a construção desses documentos. O CRP também apoia eventos nessa temática, além de produzi-los, como aqui temos realizado. Então, a proposta desse debate é justamente promover a reflexão, firmar um posicionamento ético e político contra a medicalização da vida e solidificarmos enfrentamentos necessários nos campos da saúde, da educação e da assistência social, nos quais essas forças agem no sentido de cooptar as subjetividades. Eu encerro então minha parte passando a fala para a Jaqueline poder fazer as suas considerações. 🙏

Representante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e professora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.

Bom dia. Bom, eu falo na condição de representante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Agradeço o convite do CRP. Vimos, nesses seis anos de existência do Fórum, estabelecendo uma parceria bastante frutífera, de perto, nos bons combates. Então agradeço. E fiquei pensando no título do evento, A Luta Contra a Medicalização em Tempos de Ameaças de Direitos. Vou fazer uma pequena fala de mesa de abertura, deixar que os colegas, que vão compor efetivamente a mesa de debate depois, entrem mais especificamente nas questões da medicalização a partir das diversas áreas, mas queria colocar algumas palavras a partir do tema. Quando pensamos em luta contra a medicalização em tempos de ameaça de direitos, fico pensando nessa dimensão, o tempo em que vivemos. Tempos de crescente criminalização do protesto e dos movimentos sociais. E, então, estou ressaltando que não somente estou falando de repressão policial, que aliás, não é contingencial, haja vista a repressão da população preta, pobre e periférica, que não é recente, mas histórica, mas também da criação de uma lei antiterrorismo que facilmente converte aqueles que clamam por mudanças em terroristas. Tempos de forte ataque a direitos sociais frutos de lutas empreendidas por aqueles que historicamente têm a sua condição de cidadania negada, mas que teimam cotidianamente em conquistá-la. Tempos de silenciamento em que, por exemplo, tenta-se implementar planos de educação sem gênero e escola sem partido, que, na verdade, são escolas de pensamento único. Tempos em que processos de exclusão em um país desigual como o Brasil têm sua face mais visível

em instituições totais, como presídios e instituições para adolescentes em conflitos com a lei e, ainda, nos manicômios em sua velha versão, os hospícios, ou na sua versão mais atual, como as comunidades terapêuticas. Também aparecem em sua face de exclusão branda no trabalho precarizado, na escola precária e sem sentido, na contenção química dos loucos e dos dependentes químicos, dos estudantes indisciplinados aos meninos e meninas em situação de rua, dos trabalhadores sobrecarregados aos desempregados aflitos. Esses tempos, tempos sombrios, nos fazem um alerta: direitos nunca são consolidados, são construções provisórias que se materializam nos anseios e ações humanas. Como diz a velha canção, "é preciso estar atento e forte". Nesse contexto, o fenômeno da medicalização ganha força.

O que o fenômeno da medicalização revela sobre a sociedade atual em geral e sobre a realidade escolar em particular? É essa pergunta que eu me faço e acho que os meus colegas vão responder. E, então, eu faço um convite para olharmos para o passado. Olhar para o passado nos ajuda a compreender o presente. E vamos pensar num primeiro momento em que tivemos uma grande onda medicalizante, entendendo a medicalização como um processo reducionista, que transforma questões sociais em questões individuais biológicas. Nós tivemos um primeiro grande processo de medicalização na década de 1960 e na virada para a década de 1970. O que acontecia no mundo nesse momento? Estávamos vivendo um momento de Guerra Fria, Guerra do Vietnã, países do Cone Sul com ditaduras civis militares. Ao mesmo tempo em

que isso ocorria, tínhamos um grande nível de contestação, Movimento Hippie, Movimento Feminista, Movimento Negro, Maio de 68 na França, luta contra ditaduras na América do Sul, movimentos por independização da África. Então, vivemos um momento bastante repressivo, com muito autoritarismo e contestação a isso. E é interessante notar que é neste momento em que temos uma primeira onda medicalizante com força, que ocorre a sugestão para que a violência nos guetos estadunidenses fosse controlada através da psicocirurgia, vale dizer, lobotomia. Isso traz algum elemento para gente entender o processo de medicalização. Quais serão as continuidades desta primeira onda medicalizante nos dias de hoje, quando nós vivemos uma onda medicalizante novamente nas décadas de 2000/2010? Quais são as continuidades? Quais são as transformações? Quais são os aprofundamentos do que estava lá e que se colocam nesse momento? Eu vou fazer alguns apontamentos muito rápidos. Em termos de continuidade, podemos pensar no aprofundamento da lógica individualizante do processo de mercantilização e da conversão em mercadoria para as distintas esferas da vida. Isso vem, inclusive, no aumento de poder da indústria farmacêutica. Mas há uma outra dimensão, que é começarmos a nos perguntar também sobre algumas esferas onde a medicalização é muito forte, como a escola. Quais são os significados que a escola passa a ter na atualidade? Acho que a Bia (Beatriz de Paula Souza) vai entrar nesse tema, mas eu só quero afirmar uma coisa. Se vemos uma escola que vem perdendo progressivamente o seu caráter disciplinador, há necessidade, portanto, do disciplinamento químico. Se esta é uma realidade e se a medicalização, de alguma maneira, aponta, nos ajuda a analisar essa realidade, o fenômeno da medicalização vem sendo criticado nas mais diversas esferas, inclusive de maneira coletiva. Vou ler um pequeno trecho aqui da carta do 4^a Seminário - A Educação Medicalizada, que aconteceu em Salvador, no ano passado, para dar uma dimensão da amplitude do fenômeno. Então, *"entendemos ainda que é necessário reafirmar, medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são*

tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado que passaria a ser o único responsável por sua inaptidão às normas e padrões dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização, das diferenças e da pobreza. Entre tantos segmentos sociais estigmatizados os maiores alvos de violência nesse país, não apenas de estado, figuram os que mais sofrem os processos de medicalização, são estudantes que não se adaptam aos processos de uma escola sucateada, visto como incapaz de aprender e obedecer regras sociais; são jovens negros moradores de periferias urbanas tratados como suspeitos em termos de sua idoneidade ética-moral; são homossexuais e transgêneros aos quais se insiste em oferecer tratamento de cura; são mulheres subjugadas pelo machismo dentro e fora de suas casas; são trabalhadores em contexto de trabalho precarizados, engolidos pela burocracia e pelo produtivismo, reduzidos a quadros sindrômicos; são desempregados ou indigentes, invisíveis ou supervisibilizados, jamais prontos ou já ultrapassados, em um mundo de desemprego estrutural que insiste em afirmar a meritocracia. Bom, a lista é extensa e faz pensar que a medicalização tem muitas faces, todas elas guardando relação com uma forma de organização social eminentemente coisificadora que converte tudo e todos em mercadoria".

Nesse sentido, mais do que nunca, cabe ocupar espaços, resistir e inventar formas de estar no mundo, em que resgatemos a nossa condição de sujeitos em toda a sua magnitude e diversidade. E aí quero dizer que o fenômeno da medicalização vem sofrendo a crítica, nas mais diversas formas, as críticas da sua própria concepção de ser humano, de sociedade, de ciência e de conhecimento que embasam esse conhecimento, dos pressupostos e validade científica, bem como os conflitos de interesse entre pesquisadores e indústria farmacêutica, por exemplo, entre seus compromissos ideológicos e o caráter retificador do processo, os efeitos na vida das pessoas, no cotidiano, e também vem se propondo a novas práticas e outras formas de ser e agir não medicalizantes. E essa é uma crítica que vem sendo feita do reducionismo com vários elementos, não só em relação ao fenômeno da medicalização. E quem vem fazendo essa crítica, temos essa crítica feita a partir da universidade, a partir dos Conselhos profissionais, como o Conselho de Psicologia e o Conselho de

Fonoaudiologia, por exemplo. Mas, no caso da medicalização, nós temos uma novidade, que a crítica também é feita a partir de coletivos e de movimentos sociais, entre eles o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, não é o único e nem só no Brasil. Mas isso eu queria apontar porque traz uma dimensão de uma crítica ao reducionismo operado e também propostas que vão na direção contrária a partir da coletividade. Essa acho que é a novidade, da qual o Fórum é um dos representantes. O Fórum nasceu há seis anos exatos e atualmente ele consta de mais de 20 núcleos espalhados pelo Brasil, com diversas ações, pensando na questão da medicalização e atuando dessa forma, junto a outras entidades, como o CRP. Aliás, queria lembrar que, quando comemoramos no dia 11 de novembro o dia municipal de luta contra a medicalização, aqui em São Paulo, dia estadual e municipal; em outras cidades mais, como Santos, Campinas, Montes Claros, Salva-

dor, esse é o dia também de criação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. A ideia de Fórum significa que nessa luta não estamos sós. Acho que essa que é a dimensão.

Para terminar queria trazer a ideia de um pensador, Christophe Dejours, que é um psicanalista francês que se dedica aos estudos do sofrimento produzido no trabalho, e que tem um texto intitulado "Por um novo conceito de saúde". E nesse texto, Dejours, faz a crítica ao conceito da OMS, da Organização Mundial da Saúde, que diz que saúde é um bem-estar físico, psíquico, mental, e ele diz que simplesmente isso não é saúde porque esse estado de bem-estar simplesmente não existe, é uma abstração. E o Dejours traz a dimensão que a saúde, sobretudo saúde mental, é quando ter esperança é permitido. E eu complementaria Dejours, eu diria que saúde é quando construímos coletivamente essa esperança. Obrigada. 🙏

Bom dia. Quero compartilhar algumas ideias que já venho discutindo sobre processos de medicalização, não apenas na assistência social, muito atravessado por algumas ideias bastante potentes, tanto de autores internacionais, sou um foucaultiano apaixonado, mas também de autores brasileiros que me inspiram naquilo que eu vou dizer aqui. Assim, destaco Biancha Angelucci, Cida Moisés, Cecília Collares como grandes inspiradoras para o meu pensamento. Quero dizer que tomo o processo de medicalização como um processo que faz com que encaremos a vida sempre na chave saúde e doença, em que tudo aquilo que nos passa, vamos querer entender a partir desse binômio. Um processo que vem individualizar aquilo que nos acontece, um processo que também vai naturalizar o que se passa nas nossas vidas e um processo de naturalização que ultrapassa a ordem biológica, mas também assistimos processos de naturalização a partir de um processo de socialização da vida, em que as questões sociais vão se tornando meras questões abstratas genéricas que não ganham uma concretude na produção da nossa vida. Então, falar em corpo biológico e corpo social, no final das contas dá quase na mesma. Bem, esse é um processo que entendo que vai se espraiando pela vida, na gestão ou, pior do que isso, na autogestão cotidiana que fazemos de nossas próprias vidas, na gestão que fazemos daquilo que comemos, como transamos, se tomamos sol, se praticamos esportes, sempre na chave da saúde e doença. Comer bacon, por exemplo, se torna um atentado à saúde, apesar do intenso prazer que eu tenho em passar um pãozinho na gordura do bacon dentro da frigideira. Mas o prazer não importa, importa é que as minhas ar-

térias serão entupidas e eu morrerei algum dia, como se não fossemos morrer todos.

Pois bem, esse processo, então, de medicalização é um processo que visa a produção de vidas mais produtivas, vidas mais lucrativas, lembrando aí, à luz de Deleuze e Guattari, que, no mundo capitalista, o que mais gera lucro é a subjetividade. É isso que interessa ao capital. Isso posto, queria entrar propriamente nas discussões; nessa, talvez, instável articulação entre medicalização e a Política de Assistência Social. Só para dizer que fui trabalhador do SUAS, já há alguns anos, sou pesquisador do campo e venho trabalhando intensamente na formação de equipes e de trabalhadores também desta política pública. Ontem, ou hoje pela madrugada, em que escolhemos não dormir, porque não tomamos as nossas bolinhas também, eu fiquei pensando em qual seria o recorte que eu poderia dar para fazer essa articulação. E essa articulação poderia se dar de muitas formas, certo? Se pensarmos Política de Assistência Social, em sua própria organização, me parece que ela já é altamente atravessada por uma força medicalizante, quando o Sistema Único de Assistência Social também me parece um arremedo do Sistema Único de Saúde. O que acontece é que vamos organizar as atenções aos problemas sociais deste país aos moldes dos problemas de saúde, ao invés de complexidade, de especialidade, e por aí vai, coisas que a gente poderia pensar, mas não vou me debruçar nisso.

Uma outra questão em que essa lógica medicalizante aparece, tem a ver com a concessão do Benefício de Prestação Continuada, que é um benefício socioassistencial no valor

de um salário mínimo, destinado a idosos que não contribuíram com a Previdência Social ou pessoas cuja capacidade laboral é reduzida. Benefício este pago a pessoas pobres cuja renda per capita é de um quarto do salário mínimo. É interessante que este benefício, apesar de ser da assistência social, é gerido pelo INSS e, mais precisamente, é gerido por médicos, que são os profissionais que definem e autorizam quem terá acesso a este benefício. E mais interessante ainda, pegando essa questão da medicalização, é o quanto a assistência social vai aderindo a esta lógica, incentivando, valorizando diversos diagnósticos e as condições de incapacidade para o trabalho, de modo a orientar os usuários da assistência social a, quando derem entrada nesse benefício, terem um diagnóstico mais completo com todas as tragédias que o acometem e de forma a comprovar que aquela condição o incapacita para o trabalho. Então, enquanto estamos, discutindo como pessoas com Síndrome de Down podem viver com autonomia, podem trabalhar, podem estudar, já temos um estudante com síndrome de Down, talvez já formado numa universidade federal, a Assistência Social está valorizando o contrário, *"diga que a síndrome de Down é incapacitante e não te possibilita ter autonomia"*. Porque fazemos uma escolha entre: ou você tem o que comer ou você tem autonomia.

Outra situação em que a lógica medicalizante me parece muito presente na assistência social, e tenho me debruçado bastante sobre isso, tem a ver com atendimento de crianças e adolescentes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, programa de transferência de renda condicionada, que tem como uma de suas condicionalidades a frequência mínima das crianças e adolescentes à escola, 85% para crianças e 75% para adolescentes. É comum que essas crianças, quando não atingem essa frequência mínima, sejam atendidas pelos CRAS e, lá, vamos entender suas faltas como atributos individuais, sobretudo ligados a diagnósticos, a patologias e por aí vai, sem que, por exemplo, questionemos se existe escola para todo mundo e qual a qualidade da escola oferecida.

Pois bem, eu poderia continuar aqui contando uma série de situações em que a lógica medicalizante atravessa a Política de Assistência Social. Acho que também vale destacar o atendimento de adolescentes em conflito com a lei, cada vez mais entendidos como portado-

res de transtornos de conduta que levariam a uma certa tendência ao crime. Essas são questões talvez infinitas, mas quero destacar uma delas que me parece central e absolutamente esquecida, porque talvez falemos da coisa mais naturalizada que temos nas nossas vidas, que se chama família.

E família, quero lembrar que está chegando o Natal, os dias de terror estão chegando nas nossas vidas. Se vocês gostam do Natal, fiquem felizes, se vocês não gostam, saibam que a maior parte das pessoas também não gosta. As pessoas sofrem no Natal porque vão encontrar a família. Apesar disso, vivemos num mundo que nos diz reiteradamente que a família é o nosso porto seguro, a coisa mais preciosa das nossas existências e com a qual devemos estar sempre em relação. Não à toa, a Política de Assistência Social vem sendo construída, e sobretudo a partir dos anos 90, como uma política familiar e vai ter como princípio, como diretriz, como objetivo, como um direito a ser garantido justamente a ideia de família. E aí quero compartilhar algumas ideias que tive na minha pesquisa de doutorado em que discuto o processo de familiarização da assistência social.

Primeiro, quero retomar a história da família, lembrando que a família emerge justamente entre os séculos 18 e 19 e intensamente atrelada à lógica médica. A família nem sempre foi entendida como o lugar mais potente para vivermos. Não à toa, que entre os séculos 18 e 19, as crianças eram retiradas o quanto antes das famílias e colocadas em internatos, onde receberiam a devida instrução. A partir de um investimento médico, num momento histórico em que a medicina vai se constituindo como profissão, passamos a assistir a intensa parceria dos profissionais médicos com as famílias nessa ideia de que a família é o melhor lugar que temos para cuidar de nossas crianças, parceria esta que vai se dar com a figura materna. Desculpem as mães do recinto, mas sobrou para vocês. É justamente neste momento histórico que emerge a ideia de maternidade, inclusive, como se mulheres fossem dotadas aí de uma predisposição natural a terem filhos e, de tal forma, que a sua condição feminina atingiria o seu auge no momento em que uma mulher se tornasse mãe.

Então, assistimos a um processo de naturalização da maternidade a partir de um discurso médico, a partir de publicações feitas neste

período naquela lógica do “mente, mente até se tornar verdade”, em que você passa a repetir uma ideia e isso ganha efeito de verdade, e vivemos até hoje esta ideia, de tal forma, me parece que ela é absolutamente atual, que enxergamos com bastante horror quando uma mulher entende não querer ser mãe, não querendo engravidar, querendo abortar ou abandonando o seu filho. De tal forma, que se nos lembrarmos do menino Ítalo, aquele menino com superpoderes: ele tinha nove anos, roubou um carro na zona Sul de São Paulo, dirigiu o carro, mesmo sem alcançar os pedais, acelerava e atirava para fora, *power* o menino, não é? E foi executado pela Polícia Militar de São Paulo com um tiro na cabeça, mesmo quando a perícia indicou que não houve nenhum disparo feito do carro que ele dirigia. Mas, frente a essa situação, a primeira pergunta feita foi “*onde estava a mãe de Ítalo?*”. Não perguntamos onde estava o pai, porque vivemos numa cultura que autoriza que homens abandonem seus filhos, não perguntamos onde estava a escola, o Conselho Tutelar, a UBS e por aí vai, nem o CRAS, mas perguntamos onde estava a mãe. E me parece que essa ideia, então, vai ser absolutamente central na organização da Política de Assistência Social, que passa a atender famílias visando a produção de uma infância mais cuidada, mas que também visa a produção de sujeitos adultos mais interessantes para o mundo em que vivemos. A Política de Assistência Social, apesar de nos seus primórdios não ter uma atenção dirigida à família, ela vai se constituindo nos anos 90 enquanto uma política familiar, sobretudo a partir da intervenção de organismos internacionais, como o Unicef, no momento em que vamos assistir no país a emergência do neoliberalismo e de ideias de que as nossas existências são nossas responsabilidades pessoais e, no máximo, de nossas famílias. Se não damos conta das nossas existências, na lógica do mercado, trabalhando e nos sustentando, que as nossas famílias deem conta disso. E a partir disso, então, a Política de Assistência Social, passa a trazer em seu escopo a ideia de família como público-alvo prioritário de suas ações. E é interessante que a família vai ser entendida de uma forma bastante ambivalente, tanto como a possibilidade de redenção dos sujeitos, em que é a família que salva, é a família que produz uma vida mais potente, ou mais produtiva, ao mesmo que a família é entendida como o lugar do horror, que produz as piores violações

contra os sujeitos. Não à toa, a gente vive um *boom* de famílias entendidas como vulneráveis. A vulnerabilidade social é um conceito que vai se ampliando também indefinidamente, a partir da criação de novas funções para a família; família que, cada vez mais, deve dar conta de certas coisas, e a partir do momento que ela não dá, porque é impossível de dar, ela é entendida como uma família em vulnerabilidade, justificando diversas estratégias de gestão da vida dessas famílias. Famílias pobres, claro. Famílias que são, de alguma forma, subsidiadas pelo Estado Brasileiro, por enquanto, porque isso vai acabar.

Para finalizar eu queria dizer que nada é tão ruim que não pode piorar, e parece essa ser a tônica do dia. Não sei como vocês estão, mas eu costumo passar mal cotidianamente ao ler as notícias deste mundo, e aí fingimos demência para não enlouquecer. Mas a última vez que eu passei muito mal foi vendo o discurso de Marcela Temer, a nossa primeira dama ilegítima. Marcela Temer surgiu, no seu primeiro discurso, falando de um programa, do programa social Criança Feliz. O Programa Criança Feliz é anunciado como carro-chefe da Política de Assistência Social brasileira no atual governo golpista, em que se pretende a contratação de cerca de 80 mil visitantes domésticos que vão visitar as casas dos pobres, pobres esses que recebem o Bolsa Família, para receberem instruções sobre como devem criar as suas crianças. Ela diz, “cada brasileiro”, e acho que ela fala, “*cada brasileiro e brasileira importa para o desenvolvimento do país. Nossas responsabilidades aumentam a cada dia e nossos desafios também. Meu trabalho será voluntário*”, afinal o trabalho feminino há de ser voluntário, não é? “*Meu trabalho será voluntário para mobilizar setores da sociedade em torno de ações para garantir melhoria na vida das pessoas*”, disse ela, então prossegue, “*o momento mais importante para as habilidades humanas é o dos primeiros meses de vida*”, “*esse sentimento os guiará por toda a vida. Cada dia que conversamos com os nossos filhos pequenos, carregamos nos braços e cantamos uma canção de ninar, estamos ajudando em seu desenvolvimento*”. Ela fala também da importância da leitura para as crianças. E aí eu não sei se eu estou persecutório, talvez eu esteja, eu não sei se vocês repararam que, na mesma semana, quando ela fala do programa, da importância da leitura para as crianças, o Itaú lançou um aplicativo para leitura de livros para as crianças e o Luciano Huck fica

falando no programa dele sobre isso. Me parece que é tudo muito articulado, do quanto há uma lógica aí, há uma venda de serviços, não? E aí surge assim, *"é importante a gente ler para as crianças"*, aí um banco fala, *"ah, olha, eu tenho livros para as crianças para vender para vocês"*. Enfim, talvez eu não esteja bem apenas. Mas ela também vai dizer que a importância da primeira infância tem a ver com *"a criança"*, adivinhem? *"Vai aprender melhor na escola"*. Só para lembrar que a primeira pergunta, uma das primeiras perguntas no atendimento de crianças com questões escolares tem a ver com como foi a gravidez desta criança, quando eu crio uma relação direta em *"você não sabe ler"* com *"a mamãe não te desejou na gravidez"*. Talvez a maior parte aqui que é jovem foi desejada, mas assim, esta mesa aqui com certeza não foi desejada. Eu não fui. Eu tenho certeza que a minha mãe um dia olhou e falou assim, *"meu Deus, estou grávida, o que eu faço?"*. E não sabia se eu ia ser menino ou menina, não sabia, talvez pelo formato da barriga, enfim. E não temos traumas com isso, aprendemos a ler e a escrever. Mas agora as crianças padecem desse drama, porque elas não foram desejadas, elas não aprendem, olha que interessante. Mas Marcela vai adiante, Mar-

cela diz que é justamente no cuidado da primeira infância que você previne a agressividade e a violência. Isso remonta as ideias higienistas do início do século 20, ou ainda, de um tempo um pouco mais antigo. O das ideias de Moreau, médico alienista francês, que vai dizer que as classes populares têm uma certa tendência ao mal e que isso é transmitido de geração a geração, então é preciso intervir o quanto antes para que essa tendência não ocorra.

E, para finalizar, acho superinteressante que nesse modelo medicalizante, a medicalização tem a ver com o privilégio da infância, visando a produção de sujeitos adultos mais produtivos para este mundo, uma infância que vai ser cuidada pela família como um espaço mais potente de cuidado, mas cuidada pela mulher, pela mãe. Então, temos aí também uma centralidade da figura materna de um certo modelo de mulher bela, recatada e do lar, de tal forma que o nosso presidente golpista, ao término do discurso de nossa primeira dama golpista, diz que Marcela é um modelo para as mulheres... para as senhoras mulheres deste país. Obrigado pela atenção, espero que algum sentido tenha feito e eu já vou me despedir de vocês. 🌍

Beatriz de Paula Souza

Psicóloga e mestre em psicologia escolar e do desenvolvimento humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, coordenadora do serviço de orientação à queixa escolar do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar (Lieppe). Organizadora dos livros Orientação à Queixa Escolar, Saúde e educação: muito prazer! e Medicalização de Crianças e Adolescentes. Membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, ABRAPEE. Homenageada na Câmara Municipal de São Paulo com o Voto de Júbilo e Congratulações por profissionalismo, dedicação, empenho e sensibilidade pela causa pública.

Temos uma plateia bem diversificada. Bom, vou falar a partir exatamente de uma interface entre os dois campos que estão mais presentes aqui, a saúde e a educação, porque já há anos venho desenvolvendo um trabalho de atendimento psicológico a queixas escolares. E lá, no Instituto de Psicologia, temos podido desenvolver essa maneira de atender que tem como princípio ir na contramão da medicalização. Quer dizer, começamos a partir de uma série de pressupostos de que a psicologia que se pratica nos atendimentos psicológicos a queixas escolares, que não são poucos, respondem por cerca de 70% da demanda infanto-juvenil. Isso é dado recorrente nas UBS. Não sei se isso não cresceu, porque os últimos dados que eu tenho já têm alguns anos. Eu não duvido nada que essa proporção tenha aumentado frente ao desastre que estamos vendo acontecer nas escolas, os embates, os conflitos. Então, é a partir desse lugar, principalmente, que eu venho falar, e venho falar também do lugar de quem conviveu muito com a vida cotidiana nas escolas.

Bom, fico aliviada que os que me precederam já falaram bastante a respeito do conceito de medicalização, porque acho que é muito importante estarmos de acordo com relação ao que estamos falando, certo? Só retomando, uma individualização de questões que são de ordem coletiva, social, institucional e que, muito importante, não se restringe ao âmbito da medicina, esse é um termo que tem uma tradição, foi cunhado pelo Ivan Illich, e é usado internacionalmente. Usamos esse termo, mas, na verdade, estamos falando de um entendimento e um mecanismo que diz respeito também a nós,

psicólogos, porque um psicólogo pode ter uma atuação que seja medicalizante, ou seja, que também escamoteie funcionamentos institucionais, por exemplo, dizendo que a questão é um problema do indivíduo ou, no máximo, de sua família, que é uma coisa que, no âmbito das questões escolares, acontece muito.

Sabemos o quanto escolas, que têm funcionamentos adoecidos e adoecedores, produtores de fracasso e de sofrimento em massa, têm culpabilizado famílias e crianças por questões que estão nos funcionamentos escolares. E a partir da medicalização o que estamos vendo é que esse âmbito da família, inclusive, se restringe porque corta-se a questão das relações, passa-se a escamotear as questões das relações, em geral, e se atribui agora ao corpo do indivíduo os problemas, nem se vê relações familiares, como se fazia antes. Agora a questão é que o menino, a menina tem um problema que é no seu cérebro. Nem é tanto mais a questão da família, a tendência é individualizar mesmo.

Estamos falando também de questões de psicologização e questões que vão para o âmbito dos profissionais de saúde em geral. Eu acho que os meus companheiros que me antecederam falaram bastante a respeito de que a gente não está falando só de uma questão de dinheiro, mas a questão de dinheiro não é pequena e desprezível. Temos dados conseguidos, via Fórum e via literatura, por exemplo, sobre as vendas dessa substância que tem sido muito receitada também nas escolas, que é o metilfenidato, as marcas comerciais mais conhecidas são a Ritalina, o Concerta e o Venvanse.

O nível de crescimento de vendas, de 2000, 71 mil caixas no Brasil, vamos para 2012 com um milhão quinhentas e onze mil caixas. Então não estamos falando de pouco dinheiro. A questão da mercantilização não é desprezível. Eu não sei se vocês sabem, mas a indústria bélica é a única que supera a indústria farmacêutica em matéria de poder e riqueza no mundo. Os donos das indústrias farmacêuticas descobriram uma lógica muito interessante: por que eles vão restringir o mercado às pessoas doentes? Esse é um mercado pequeno, não é? *“Então vamos convencer as pessoas sadias de que elas são doentes. Vamos inventar doenças, vamos ampliar o espectro dos diagnósticos para que caiba mais gente”*, e temos um mercado muito maior, e estamos aqui as pessoas saudáveis sendo convencidas de que somos doentes e precisamos, pelo menos, de um complexo vitamínico preventivo.

Eu mesma percebi, por exemplo, que estava capturada por isso e pensei *“mas eu não tenho deficiência vitamínica. Para que estou tomando vitamina cara?”*. Este processo está nas coisas mais sutis. E, como alguém que vem da educação, muito fortemente da educação, temos nos preocupado muito com a questão do metilfenidato. Vejam o que acontece, quando o Fórum faz um levantamento de psicotrópicos, a partir de informações que vieram da Anvisa: Rivotril, em 2007, 425 caixas. Vai para 4.769.000 em 2013. Já é o sexto remédio mais vendido no Brasil, mais que Buscopan. Mas não é só a questão mercantil que nos preocupa. A medicalização tem muitas outras funções, que são mais sutis. E, dentre elas, nitidamente a de paralisar e ajustar aquilo que questiona o *status quo*. Há vários mecanismos para isso; um deles, é a lei da mordada, no âmbito da escola, a escola sem partido. Outro mecanismo é a desqualificação daqueles que questionam, ou abertamente ou pelo comportamento. Sem nem mesmo ter consciência daquilo a que se está reagindo, você desqualifica e cala com uma mordada química ou psicológica, *“ah, ele que é imaturo, é uma imaturidade, é um problema de família”*. Essa é uma outra função não tão evidente. Nós, psicólogos, temos sido muito convocados a exercer essa paralisação, essa desqualificação, essa manutenção do *status quo* pela via da medicalização.

Existem vários campos medicalizados: (a) direitos de crianças e adolescentes; (b) o âmbito do trabalho, muitos trabalhadores que para trabalhar estão tendo de tomar antidepressivo,

ou calmante para aguentar as condições de trabalho e, assim, tudo fica como está; (c) a velhice; (d) a estética; (e) o parto; até a linguagem cotidiana está patologizada, não falamos mais que estamos triste, falamos que estamos deprimidos, que é uma categoria nosológica. Não falamos mais que somos agitados, falamos que somos hiperativo. Temos de tomar cuidado com a nossa linguagem, pois estamos alimentando um pensamento medicalizante. Temos de fazer uma autovigilância.

Orador não identificado: O Diazepam agora é Compaz que chama.

Beatriz: Ah, olha só! Eu nunca tinha pensado nisso, olha que bacana, no Concerta eu já tinha pensado. *“Vamos vender felicidade”, “Com paz”, “vamos consertar”*.

Então, sutilezas no âmbito da educação. Cada vez mais temos assistido essa individualização das questões escolares que já vinha sendo denunciado, estudado há muito tempo. Os trabalhos da professora Maria Helena Souza Pato, por exemplo, são da década de 70, 80. E está havendo um recrudescimento imenso e mais grave, como mencionado, porque agora as questões nem são mais as famílias, são os indivíduos mesmo, eles são doentes. Temos visto isso lá nos atendimentos. Estou muito preocupada, porque há cinco anos estava assustador, mas conseguimos pautar com a organização de movimentos de denúncia da medicalização, e o Fórum teve um papel fundamental nisso, denúncias de medicalização. O que eu pude perceber, nos contatos com as famílias e com as crianças, é que o ponto de interrogação estava plantado, as pessoas estavam começando a ficar com um pé atrás, não era mais aquela desconfiança quando falávamos da não existência do TDAH ou da dislexia, como se estivéssemos questionando a existência da gripe. Foi possível perceber que isso tinha amainado. E recentemente eu tenho percebido que está de novo tendo um crescimento das crianças que já chegam laudadas, de uma dificuldade maior de fazer com que as famílias se perguntem se pode haver alguma dúvida a respeito. Então eu estou meio assustada com o que, nesse último ano especialmente, tenho visto. Tenho impressão que isso se fortaleceu recentemente junto com toda essa onda conservadora. Acho que não à toa que está coincidindo. Assim, para mim, é nítido que a onda de pensamento conservador se tornando forte do jeito como ela se tornou esse ano, isso

tem reflexos imediatos na medicalização. Eu vou direto para algumas questões que tenho visto de como as perdas de direitos que estamos assistindo, porque temos ameaças de perdas e temos perdas já efetivas de direitos.

Como é que estamos vendo isso acontecer no âmbito da educação e como que isso abre frente para uma ampliação da medicalização? Estamos vendo, com a PEC, um desinvestimento em educação, que mal começou. Estamos vendo o comecinho, quero ver daqui a dois anos como é que isso estará. Esses conservadores que venceram a eleição agora nem tomaram posse ainda. Quero só ver o que vai acontecer daqui a dois anos.

Esse desinvestimento em educação se reflete imediatamente em perda de qualidade. Por exemplo, ontem mesmo eu estava conversando com uma moça que está fazendo uma faculdade que recebe muita grana dos incentivos do governo, das bolsas, do Fies. O curso já não era bom e está virando um lixo. Então, o que já era ruim, piorou sensivelmente, e sabemos que com essa piora na qualidade de ensino, a tendência é a medicalização. Quer dizer, a loucura que abate sobre os professores é medicalizada e os alunos, em massa. Estamos num governo que claramente favorece o grande capital. E dentro disso, em especial, a indústria farmacêutica. Temos tido grandes embates com a indústria farmacêutica que, por exemplo, no legislativo, se traduz na aprovação de leis medicalizantes. O Fórum sobre Medicalização, por exemplo, nasceu da luta contra um projeto de lei que pretendia que se avaliasse todos os alunos das escolas municipais para ver se tinham dislexia; diagnóstico feito, claro, por especialistas em dislexia. Imagina o que que ia acontecer com a beleza de alfabetização que temos. Assim, o Fórum nasceu dessa luta. É preciso estar atento e forte. Música da década de 60, que estamos tendo de retomar. É desesperador.

Então o que que acontece? Toda hora tem uma nova versão desse projeto de lei. E o que aconteceu esse ano? Eles conseguiram passar isso e estava para se transformar em lei, estava para ser regulamentado. Fizemos uma força-tarefa de emergência, o CRP teve um papel importante nisso também. Conseguimos que o executivo vetasse. Mas no ano que vem é outro executivo, que eu acho que não vai ter essa postura. Ou seja, nós precisamos estar unidos,

todos do campo progressista. E eu acho que é importante nós, como psicólogos, percebermos como é que nós entramos nisso. Nós, psicólogos, estamos sendo pressionados, inclusive, a entrar nessa medicalização. Eu tenho percebido o quanto nossa categoria tem sido pressionada a fazer especialização em neuropsicologia. Nada contra estudar neurologia. Mas o que é essa pressão? Eu tenho escutado, *"olha, se a gente não faz isso, fecha muito o mercado de trabalho, então amplia muito o mercado de trabalho você fazer especialização em neuropsicologia"*. Agora, vamos ver como são os programas desses cursos de neuropsicologia; são todos biologizantes e tudo na base de teste padronizado descontextualizado. Não tem nada sobre o quanto as políticas públicas em educação produzem massas de alunos que não tão sendo alfabetizados, que estão pedagogicamente abandonados e enlouquecendo, porque é muito humilhante essa situação, em passar por anos desse jeito na escola, abandonado pedagogicamente, humilhado porque não sabe ler e escrever direito em séries avançadas. Tem impactos dramáticos sobre a subjetividade, sobre a imagem de si próprio. Não estão vendo se essas pessoas estão sofrendo de racismo, de bullying dentro da escola. Não tem nada disso nesses testes e nessa maneira de diagnosticar. Precisamos tomar muito cuidado com isso, pois afeta diretamente a nossa categoria.

Esses padrões conservadores que estão sendo propalados, como os excelentes exemplos que o Luís trouxe sobre o discurso da Marcela Temer, bate direto contra o que é um pilar na luta antimedicalizante, que é defender o direito à diversidade, em todos os níveis. E isto é para ter pensamento único de acordo com padrões conservadores. Estamos já vivendo uma situação de estado policial, nesse governo golpista a serviço do grande capital, que reprime o direito à livre expressão política contestatória. E os estudantes, que atualmente é a única categoria que está tendo uma reação, estão tomando a frente, tomando a cena e obrigando a imprensa a noticiar mal e porcamente, o que não deixa de ser um bom sinal, já que não estavam noticiando nada. Mas, os estudantes também são super medicalizáveis, está aí o TOD, Transtorno do Opositor Desafiador, para não me deixar mentir. Assistam o vídeo "etiquetas psiquiátricas", é muito ilustrativo desse nosso assunto. Muito obrigada. 🙏

Psicólogo coordenador do Empreendimento Econômico Cultural Solidário Ala do Loucos pela X, docente do programa da Rede Sampa, Saúde Mental Paulistana da área Atenção à Saúde Mental do Adulto e as Situações de Crise.

Primeiramente bom dia. Queria agradecer o convite do CRP, do Fórum para participar aqui dessa mesa. Antes de começar só queria fazer um comentário que foi provocado pela palavra que o nosso colega trouxe sobre o Compaz. Temos também o Concerta que parece ser menos sutil, só que não é menos sutil e é muito perverso. Porque o "concerta", do jeito que pensamos para resolver um problema é com S; o com C traz um pacto harmonioso, que são os concertos, então tem uma sutileza nessa questão que é para que todo mundo funcione igual e a diversidade se exclua completamente. Tem, então, uma sutileza perversa nessa história, nesses processos da medicalização, que é: em nome de se consertar, se ensina errado o C com o S, faz um desfavor, mas, ao mesmo tempo, propõe esse pacto harmonioso, em que a diferença não pode caber onde todos temos de tocar no mesmo tom sem desandar, sem a diferença ou a diversidade caber. Era só uma provocação assim, porque isso foi me provocando.

Os que me antecederam falaram bastante sobre esse conceito da medicalização, então não vou me ater a ele. Quero falar um pouquinho da minha trajetória. Trabalhei em serviço de saúde mental em Guarulhos, aqui em São Paulo; atualmente estou como coordenador do Empreendimento Econômico Cultural Solidário, que é a Loucos Pela X, o qual vou retomar um pouco mais para o final; e também estou na educação permanente, tanto aqui na cidade de São Paulo com profissionais da rede num programa do Rede Sampa, mas também no interior. Lá tem um programa da DRS 10 de 26 municípios para pensar também a capacitação dos profissionais e supervisão dos serviços de saúde, no processo de formação de trabalhadores.

Desse modo, escolhi minha fala, pensando a luta contra a medicalização e pegando um gancho da fala inicial da Jaqueline, a luta também se faz na resistência. Assim, queria trazer um pouco da experiência da Loucos Pela X como um processo da desmedicalização; como também vamos criando linhas de fuga, como é que os coletivos vão respondendo a esse processo mais individualizante. E esse processo traz consigo as questões da medicalização na saúde. Mas antes de entrar na questão da trajetória desse empreendimento, vou retomar só algumas coisas que a medicalização nos aponta. Também na sua fala inicial, Jaqueline traz a ideia do conceito de saúde como esse completo bem-estar, que é bem utópica, quase inalcançável, e que, no primeiro momento, até pareceu que ia ampliar o olhar do que é saúde para o binômio saúde e doença. Vamos olhar para questão da saúde, que hoje vemos que não ampliou e talvez tenha retrocedido, porque quando identificamos saúde como bem-estar, numa lógica simplista, todo o mal-estar vira doença. Então todo mal-estar, todo incômodo fica proibido de ser vivido. Assim, o que é próprio da vida, os mal-estares, é impossibilitado de ser vivido, não é?

Mal-estar fica sinônimo de adoecimento, como se pudéssemos viver o tempo todo em bem-estar, como se o mal-estar fosse algo não próprio da vida. Acho que, como o Luis trouxe, ele optou por ter insônia nessa noite, como se a insônia ou o mal-estar de não poder dormir fosse sinônimo de adoecimento e não próprio da vida, de incômodos ou de reflexões que ele queria trazer aqui hoje. Acho que isso é uma decorrência desse conceito que a saúde vai propondo, identificamos o mal-estar como doença.

Uma outra decorrência desse processo da medicalização, como foi sendo trazido é, ao mesmo tempo, em que individualizamos a questão e trazemos para o sujeito o problema da doença, também desapropriamos esse sujeito de dar as próprias respostas para esses problemas. Então, a culpa é do sujeito, mas não é o sujeito que tem a resposta para resolver o que ele tem, quem resolve são os especialistas. Assim, ao mesmo tempo que falamos que o problema é da criança que não sabe aprender, a própria criança não pode fazer nada para aprender, quem vai fazer alguma coisa são os especialistas, e cada vez mais é a neurologia que vai trazer uma resposta. Não é nem mais uma relação que podemos propor entre dois sujeitos, é alguém que tem o poder ou o conhecimento de responder o que aquele sujeito tem, *"a culpa é dele, mas eu que vou poder responder"*, ou, *"eu que vou determinar o que é aquilo e como responder a isso"*.

Ao desapropriarmos esse sujeito, desapropriamos qualquer outro tipo de conhecimento para se responder, a não ser o biomédico, ou das práticas afins da saúde, esse discurso dominante da saúde.

O que o Luís trouxe em relação à importância do conceito, como o discurso da saúde dominando a questão da assistência, a questão da educação, tudo isso fica sendo respondido por essa questão da saúde. Então o que era para ser um adjetivo vai se tornando um substantivo. Vamos tratando as diferenças, os adjetivos que podemos dar ao outro como diferente, como substantivos. O sujeito desaparece de cena e vamos tratar de substantivos como, *"é o disléxico"*, *"é o hiperativo"*, *"é o transtorno de oposição"*; não tem mais um sujeito por trás disso, certo? O adjetivo que seria classificação de uma doença vira o substantivo desse sujeito.

Existe um documentário muito interessante de um projeto chamado Revelando os Brasis, que chama "Daqui Nós Não Arreda o Pé". Conta a história de duas senhoras que vivem numa cidade do interior do Brasil e que passam por um processo, que eu vou chamar aqui de domínio do linguajar médico. Então, são duas senhoras que foram identificadas com algum transtorno mental e são proibidas de circular pela cidade. Como que autorizadas pelo nosso discurso que afirma que sujeitos com algum transtorno, ou as doidas, não têm ou não merecem nenhum

valor, era comum entre as crianças, ao saírem da escola, apedrejarem a casa dessas senhoras. Até foi feito um abaixo-assinado para que elas pudessem sair da cidade.

A Jaqueline traz a questão dos direitos consolidados; no transtorno mental, mais especificamente, esses direitos nunca chegaram. Nunca conseguimos consolidar efetivamente direitos e esse filme mostra que até o direito básico de morar na sua própria casa é questionado. E como esse discurso é apropriado por essa cidade para excluir esses sujeitos, validando a exclusão dessas duas senhoras. É um documentário que traz isso que a Beatriz alerta, *"vamos tomar cuidado como a gente fala"*, *"com que palavra a gente fala"*.

Unindo o que o Luís trouxe do binômio saúde/doença, nesse processo de mercantilização, com o que a Beatriz falou, entramos num outro binômio que é do doutor e do cliente. Então, para além da saúde e da doença, temos alguém que tem o conhecimento, sendo médico, psicólogo, qual categoria for, e um cliente a ser tratado. É isso que encontramos nas relações da saúde privada, mas também atualmente nas relações da saúde pública com os convênios de gestão das organizações sociais, onde o válido é a produtividade, não tem mais sujeito ali, o que vale é um número e um procedimento a ser validado e a ser computado.

Assim, temos clientes a serem cuidados, em uma cidade, não é uma relação mais de sujeitos. Cuidamos de clientes e vamos produzir; essa produção é que vale e que determina se uma organização social está fazendo um trabalho bem-sucedido ou não, através da sua produtividade e não das transformações sociais ou da apropriação que aquele sujeito tem do seu território ou do como é pensar o cuidar da sua própria saúde.

São essas as sutilezas e as perversidades desse processo de medicalização, que não são tão sutis se fixarmos o olhar, e que a mesa foi trazendo diversos exemplos. No cotidiano isso se passa muito sutilmente, vamos aceitando, tomando a medicação, ou aceitando as condições mais precarizadas de trabalho, *"porque é assim mesmo, não tem muito jeito"*.

Quando escolho falar um pouco da Ala é para pensar na resistência e em como pensamos processos de desmedicalização e a favor da vida.

Esse processo da Ala foi um encontro de um grupo; aprendemos muito como escola de samba, que tem uma resistência pela alegria, uma resistência de produzir um território de pertencimento. Tudo isso foi nos ensinando muito no território da saúde e de como construímos outras práticas que não alicerçadas nesse binômio saúde/doença ou, mais atualmente, no doutor/cliente.

Esse projeto de empreendimento nasceu em 2001, dentro de um serviço de saúde, era um antigo ambulatório de saúde mental, no Jaçanã. Em 2001, surgiu a lei 10.216, que instaura a criação dos centros de convivência, os centros de atenção psicossocial na cidade; os ambulatórios param de ter financiamento e começam os CAPS a serem a política pública federal. Então, em 2001, os ambulatórios são extintos na cidade de São Paulo e são transformados em CAPS.

Esse ambulatório, no Jaçanã, se transformou em dois serviços, um centro de convivência e um CAPS, muito voltado pelas ações que a Ala ia produzindo dentro desse serviço, por entender que o centro de convivência seria um espaço que pudesse dar maior suporte a esse projeto, até por entender a lógica do centro de convivência e, desde o começo, esse projeto vai propor uma lógica desmedicalizante, no sentido de: (a) é um coletivo que vai gerir esse projeto; (b) é um coletivo dos trabalhadores, então é um grupo autogestor que vai decidir como trabalha, de que jeito trabalha, de que jeito vai ser remunerado, pensar as lógicas dos horários de trabalho; (c) é uma tentativa de horizontalizar as ações, então por isso fomos pensando nesse processo. Nesse sentido não tem essa organização mais vertical em que os especialistas ou os terapeutas que decidem como fazer e os usuários são trabalhadores de um projeto. Eles são donos desse projeto.

Devido a esses processos de desmedicalização, é interessante pensarmos essas relações com a saúde. Em 2009, fomos expulsos do serviço de saúde, já que produzimos ou tentamos operar em outra lógica que o próprio serviço de saúde não consegue dar conta. Se não operamos nessa lógica medicalizante ou nessa lógica mais vertical, não cabemos dentro do serviço de saúde. Estávamos num processo de pensar saídas, até por pensar justamente isso: quanto, dentro do serviço de saúde, ficamos submetidos à uma regra que não é a própria do grupo, mas sim a regra da Secretaria de Saúde? Nossa regra funcionando em outra lógica nos leva a sermos expulsos do serviço.

Existe uma rede estadual de economia solidária e saúde mental, a Rede de Economia Solidária, que reúne os projetos de geração de trabalho e renda do estado de São Paulo para se pensar a lógica entre o trabalho e a saúde mental. É um avanço nessa questão do direito ao trabalho à pessoa que tem o transtorno mental, pois uma vez tendo a identificação de um transtorno, ele é classificado como inapto ao trabalho. Então, é como o Luís trouxe, a pessoa escolhe comer e aí busca o benefício. Onde está a autonomia desse sujeito? Esta é uma relação bastante tensa. Recentemente, foi feito um diagnóstico participativo pela Rede de Economia Solidária com a Escola de Enfermagem da USP que apontou que a Ala Loucos pela X é o único empreendimento, fora de um serviço de saúde do estado de São Paulo. É o único projeto autônomo, atualmente, do estado que participou desse diagnóstico para pensar as questões da lógica do trabalho.

Trago isso só para falar que quando falamos de medicalização, no âmbito de usuários com transtorno mental, é muito grave. Esse projeto existe desde 2001 e tem pessoas nele desde o início. Vamos identificando que é só a partir de uns quatro anos que esses sujeitos começam a se libertar da sombra do que é ser um paciente ou um doente e começam se identificar enquanto trabalhadores do carnaval. Até então era muito presente no discurso em geral que eles iam lá fazer uma terapia ocupacional, iam ocupar a mente, por mais que a nossa relação com o mundo do carnaval nunca tenha sido permeada por esse discurso. O mundo do carnaval quer saber da produção da fantasia no carnaval, independente de quem faça, como faça, quem que está ali para fazer. Eles querem a fantasia para ser desfilada, as escolas para as quais trabalhamos querem o resultado. Então esse discurso incapacitante nasce de dentro da saúde, permeia e modela esse sujeito. É a saúde que modela esse sujeito incapacitante. Na relação de trabalho com a escola, a ideia de incapacidade ou de periculosidade nunca foi colocada em questão. A escola sempre apostou no mundo do carnaval, o trabalho sempre apostou que aqueles sujeitos podem fazer fantasias. Assim, a relação de incapacidade, essa sombra que incapacita esse sujeito, foi construída no discurso da saúde, por um discurso biomédico que ultrapassa as fronteiras da medicina e vai se tornando uma verdade social. De tanto se

repetir isso toma um lugar de verdade. E vamos vendo que é só de uns quatro anos para cá que pessoas que estão trabalhando são reconhecidas como aderecistas do carnaval.

Em 2004, a Universidade Federal do Rio de Janeiro fez um edital e ganhamos o prêmio como o projeto de maior inclusão social, pelo carnaval, do país. Por mais que tenhamos esse reconhecimento, que tenhamos escolas que contratam o nosso serviço, esses sujeitos só começam a se ver em outro lugar como trabalhadores, como podendo ter o direito a trabalhar de alguns anos para cá. Isso porque quando tiveram o adoecimento ouviram: *“você não podem trabalhar. Você são incapazes para o trabalho”*. Independente se tem benefício ou não, se foi aposentado ou não, esses sujeitos são reconhecidos unicamente pela doença, eles só têm um lugar social e é na doença. Esse é o perigo do processo da medicalização, quando vamos reconhecer esses sujeitos pela diferença da doença e não pela diferença da potência, não é?

A Loucos pela X vem mostrar como é que trabalhamos a diferença na potência e não a diferença nesse sentido do consertar todo mundo harmonioso. É perigoso quando agimos no sentido *“vamos lá ver quem são os disléxicos para poder fazer uma sala especial”*. Esses sujeitos serão reconhecidos a vida inteira como isso e o que essa doença toda traz: não vai conseguir ler; não vai conseguir fazer cálculo; vai ter de se submeter a profissões ou cargos de menos valia porque não tem condições de adquirir conhecimento como qualquer outro. Trago a experiência da Loucos Pela X para pensar o quanto essa forma de pensar saúde/doença vai produzindo sombras e vai modelando os sujeitos; o quanto captura o sujeito, que fica impossibilitado de viver outras relações sociais, a não ser as relações sociais que a própria saúde fez ou permite eles viverem, na condição de doentes ou de sujeito reduzido a uma única característica. Redução que, infelizmente, nós mesmos da saúde propusemos, como um discurso dominante e incapacitante de diversos sentidos. Não somos mais dono do nosso próprio corpo, somos incapazes até de nos alimentarmos direito, nosso corpo não tem mais autonomia, tem de tomar vitamina!

Como é que produzimos ou tentamos avançar sobre essa redução? Quando a Jaqueline traz, de modo muito feliz, os coletivos, entendo que seja por aí; é pela participação ou

pela soma de individualidades que vamos transformar e ampliar a construção de esperança. E a Loucos pela X vai mostrando isso na produção da alegria. Onde está a alegria de cada um? Onde está a felicidade na construção de habitar e transformar esse mundo como pertencente seu e não como algo em que você está de favor ou de passagem? Esse mundo é nosso e somos nós que temos o direito e a possibilidade de transformá-lo via nossa alegria e felicidade. Era essa a fala que eu queria trazer e abrir aqui. 🌱

Psicóloga, docente da Faculdade de Educação da Unicamp e presidente da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia.

Gostaria, antes de começar a minha fala, lembrar que amanhã, 20 de novembro, é o Dia Nacional da Consciência Negra. Quando nós falamos em perdas de direitos e recrudescimento da violência de estado, precisamos lembrar que o povo negro também nunca acessou plenamente os seus direitos e é vítima privilegiada do Estado e do Estado policialista.

Sou da educação, sou da Faculdade de Educação da Unicamp; minha ascensão é híbrida na psicologia escolar e na psicologia social, e atualmente sou muito grata à psicologia social, que me ajuda a entender um pouco os nossos tempos. Hoje a minha tarefa é, ouvindo um pouco as discussões sobre a medicalização em diferentes campos, pensar a medicalização a partir do momento em que vivemos. E eu fiquei pensando nas políticas para o Brasil, para esse novo velho projeto de Brasil.

Vou partir da PEC 241, agora no senado PEC 55, porque ela, hoje, faz parte de uma grande engrenagem, sendo a materialização de alguns elementos dessa grande engrenagem. Ela significa o congelamento de despesas primárias por 20 anos para o Brasil.

Primeira coisa a se pensar: o que é esse congelamento? Ele significa que, por 20 anos, gastaremos num determinado ano aquilo que gastamos no ano anterior corrigido pela inflação oficial, certo? Caso passe, em 2017, gastaremos o que gastamos, aliás não é gasto, é investimento, certo? Então, investiremos o que investimos, em 2017, corrigido pela inflação oficial. Alguém vai dizer, *"ah, mas vai ser corrigido"*. Vamos lembrar que a inflação oficial nunca cor-

responde à inflação real, porque a medida dessa inflação oficial toma como referência alguns componentes da cesta básica, mas não toma o preço do combustível, o preço da luz, o preço da água, certo? Coisas que são vitais. Não dá para você falar assim, *"daqui para frente não vou mais consumir água"*. E isto não conta no cálculo da inflação. Então, isto é perverso exatamente porque de fato estaremos gastando menos e não mais, investindo menos e não mais.

E o que são as despesas primárias?

Saúde, saúde pública, e aí está o SUS com todo o seu âmbito de abrangência, estão as pesquisas na área de saúde, não é só o atendimento no posto de saúde, nos serviços de atendimento; estão as pesquisas na área, está o financiamento da Fiocruz, por exemplo. Está a própria Anvisa. São investimentos que afetam diretamente os direitos da população em geral. Até quem acha que não vai ser afetado porque paga o plano privado de saúde, vai ser afetado. Todos nós vacinamos os nossos filhos, fomos vacinados. Os direitos mais elementares no campo da saúde estarão afetados, além da saúde pública, gratuita.

E no campo da previdência? A questão das aposentadorias, os prazos para aposentadoria, como receberemos como aposentados, que um dia seremos, alguns já acham que não vão aposentar nunca.

No campo das políticas sociais; entramos nas políticas do SUAS, já discutido aqui, mas quero chamar de novo a atenção, com relação às políticas de assistência social, para o Projeto Criança Feliz. Ele traz um modelo de famí-

lia, uma perspectiva de família que casa com o Estatuto da Família, que diz quem é família. E vamos lembrar que, no Estatuto da Família, casais homoafetivos não são família, casais juntados não são família e crianças adotadas não fazem parte da família. Esse projeto, então, vai incidir em políticas públicas de família e trazer uma perspectiva de assistência social modulante, que vai dizer para o sujeito como é que ele tem que criar o seu filho, se aquilo é uma família. Isso também afeta o Bolsa Família, obviamente, e outras políticas sociais.

Afeta o funcionalismo público e a possibilidade de a gente manter um funcionalismo público a serviço do público; isso significa uma tendência à privatização total dos serviços. Afeta o salário mínimo e, afetando o salário mínimo, afeta a todos, não é?

E o que fica de fora da PEC? Eu ouço colegas, inclusive, da Unicamp dizerem assim, *"não, mas é preciso rever os gastos públicos, é preciso gastar com responsabilidade, o país está quebrado, o estado de São Paulo está quebrado, a cidade de Campinas está quebrada"*, está tudo quebrado. *"A universidade está quebrada."* Precisamos entender o que a PEC deixa de fora. Quando pensamos em *"ah, vamos rever os gastos públicos"*, que gastos são esses? Com quem são esses gastos? Precisamos entender com quem não estamos revendo, o que está fora da PEC. Os subsídios às grandes empresas, com isenções, com anistias; as grandes empresas deixam de pagar obrigações sociais todo ano, todo ano elas são anistiadas. A taxação das grandes fortunas, a classe média paga o mesmo tanto que a elite em termos percentuais. Em termos daquilo que significa de retirada dos seus ganhos, a classe média, a classe trabalhadora é que mantém o país funcionando, porque as grandes fortunas estão super felizes. Estão fora os impostos com alíquotas melhor discriminadas, ou seja, a alíquota máxima é 27%, agora vai para 85%. Então, eu pago 27% do meu salário e o Faustão e o Neymar também. As alíquotas não são justas, não são justamente discriminadas. Está fora o imposto sobre o lucro e investimentos, estão fora os juros bancários, os juros da dívida pública, tudo isso está fora. E a dívida pública está nessa situação por causa desses juros da dívida e não por causa dos projetos sociais, ou dos direitos fundamentais. Estão fora os gastos do governo com propaganda e favores, estão fora os privilégios dos parlamentares, aposentadoria especial,

13º e 14º salários, verbas de representação e outras. Então tudo isso a PEC não pega, não é? Mas pega o quê? Os direitos fundamentais e o salário da trabalhadora e do trabalhador. A quem afeta, então? Trabalhadoras e trabalhadores em geral, aos mais pobres e também a classe média. Quantos nós somos hoje? 206 milhões. Quantos seremos em 2036, daqui a 20 anos? 240 milhões. Isso significa que, para que a PEC não tivesse os efeitos nefastos que terá, o Brasil precisaria parar agora de nascer mais uma criança, nenhuma criança poderia mais nascer. Segundo o IBGE, nasce um novo brasileiro ou uma nova brasileira a cada 20 segundos. Entretanto, nós funcionaremos, em 2036, com menos do que temos hoje para uma população que crescerá ainda e muito. Isso só vai resultar em quê? Em aprofundamento do abismo social, voltamos a mil novecentos e noventa e poucos. Em 1995, o Brasil era o segundo país em distância social, só não éramos piores do que Botsuana, não é? É para isso que voltaremos.

Falando mais exclusivamente da educação, vemos aqui os contornos de uma educação elitista, excludente e alienada, com as restrições às universidades públicas, restrição de expansão, restrição de quadro de pessoal. Uma flexibilização determinada pelo Governo Federal agora para que as universidades reduzam as suas vagas, restrição de financiamentos todos, Pibic, Pibid, bolsa produtividade, Capes, CNPq. Restrição no novo ensino médio, que também é restritivo em seus conteúdos, em suas possibilidades de práticas e de aprendizagens emancipadoras e que vai produzir evasão.

Mas vou me ater ao que quero falar. A escola sem partido, que é a Lei da mordaza, é a escola de um partido. E aí eu me pergunto como é que suportamos tudo isso? Como é que tudo isso está acontecendo conosco? E aí, a psicologia social pulou dentro de mim. Como é que suportamos isso que está acontecendo conosco, com a nossa vida, com o nosso país? Como é que isso perpassa a nossa vida por meio da ideologia, da cultura? Como isso constitui as nossas subjetividades?

Escolhi quatro grandes elementos que estão presentes hoje; (1) horror à pobreza, (2) o inimigo público, (3) as táticas do nazismo e (4) o papel das mídias. Para entender isso, vou primeiro falar da organização social brasileira, como ela vem sendo ao longo de 516 anos.

Temos na organização social uma divisão muito marcada, um abismo e uma divisão muito marcada em que nós temos o mundo branco, rico, o mundo do Sudeste, que se faz reconhecer pelos objetos de consumo exclusivos, que conferem status, pelos espaços privilegiados, o condomínio, o avião, o carro, o shopping, a universidade pública, a justiça aliada e a política cúmplice. Por outro lado, temos o mundo negro, pobre, Nordeste, que se faz reconhecer pela ausência dos indicadores de consumo que conferem status, pelos espaços coletivos, o bairro, a favela, o ônibus, a bicicleta, a rua, o trabalho desqualificado, a justiça omissa ou/e cruel, a política displicente e descompromissada. Nesses mundos vivemos e convivemos. Só que nos últimos anos, vivemos um movimento, não de ruptura, mas de amenização deste abismo, dessa grande distância, com o combate à miséria, à diminuição dos espaços e objetos segregados. A gente ouve gente de elite dizendo, *"não tem mais graça andar de avião porque agora do meu lado está o porteiro do meu prédio"*, *"olha quem tá entrando na universidade pública"*, *"Tá cheio de pobre, tá cheio de negro"*, *"agora pobre tem carro e é por isso que o trânsito tá congestionado"*, e outros discursos que nós ouvimos com frequência.

Há diminuição, portanto, da distância social. Esse outro, esse outro desprezado, esse outro em relação a quem eu me sinto superior, ele está muito perto de mim, ele está muito parecido comigo. Isso vai criando fissuras nas representações sociais que temos, aqueles que se consideram os superiores, em relação a si mesmo e ao outro, vão construir fissuras de identidade. *"Esse desprezado, ele já não se constituiu mais como o outro que me faz sentir superior, ele se parece demais comigo"*. Isso tem produzido nas pessoas, em suas subjetividades, a revolta contra o que me aproxima daquilo que eu desejo me distanciar e essa revolta se manifesta como violência e como ódio, uma resposta a essa aproximação que eu desejo evitar.

Vemos reativados, então, os velhos preconceitos, o racismo, a homofobia, o machismo, a misoginia, basta frequentarmos as redes sociais para ver; basta ler os noticiários, as mortes violentas, as chacinas, pais que matam filhos e por aí afora. A inferiorização do outro vai vir também de representações sociais que vão perpassar a nossa cultura e o nosso cotidiano de maneira muito forte, de tal forma que eu chego nos meus quatro elementos.

Primeiro, o horror à pobreza, e não é horror à pobreza, vou explicar o porquê. Existe todo um processo midiático de associação entre um partido e um presidente de pobres, o partido dos pobres, a esquerda dos pobres, a esquerda é para os pobres e a esquerda e o partido são corruptos, e nós odiamos a corrupção, embora nós a pratiquemos cotidianamente. Ah, o movimento de destruição da corrupção passa por destruir um partido e destruir os pobres. O horror, então, não é à pobreza, mas é ao pobre.

E há um inimigo público escolhido, segundo elemento, que não é à toa que é o Lula, um representante da pobreza, portanto, é o pobre que a gente vai botar no muro e vai metralhar e, por meio de metralhar o pobre, estamos metralhando a pobreza. Então, não é horror à pobreza, é horror ao pobre.

Terceiro elemento, as táticas do nazismo. No nazismo, a corrupção foi associada aos judeus. Hoje a corrupção é o mesmo discurso, é associada à perda de privilégios, e perda de privilégios associada a quem? Aos nordestinos, aos pobres, aos negros e ao espaço conquistado hoje pelas mulheres e pelas identidades não-heterossexuais. Então, é a mesma tática e mesmo discurso inicial que é o da corrupção.

Quarto elemento, o papel da grande mídia. A mídia que não informa, que omite; a mídia que mente, que seleciona informação; a mídia que noveliza a vida e que nos conta a história de uma vida que não existe. E introduzo também a utilização, pelas mídias, das vertentes religiosas fundamentalistas, que vão apresentar a riqueza como salvação. A gente vê hoje, então, que entre nós prolifera a reprodução do discurso do opressor. Outro dia, alunos meus ouviram de estudantes de periferia de uma escola do ensino médio, *"não aguentamos mais o cheiro de mortadela"*. Que discurso é esse? Quem faz esse discurso? Ele apareceu na Fiesp. Então, assumir o discurso do opressor dá a ideia de que você vai conseguindo ocupar o lugar do opressor, e essa é uma das grandes ilusões, porque quando eu assumo o discurso do opressor, eu reforço o lugar do opressor.

Então o que está em jogo de fato? Eu acho que precisamos entender isso. Não é um partido, não é uma pessoa, nunca foi a corrupção, não é um campo de trabalho, não é o poder de compra, isso não está em jogo, o que está em jogo, são os direitos fundamentais, é a demo-

cracia, é um projeto de nação, e portanto, é o que nós somos e o que nós seremos como nação, como sujeitos desta nação. E é a imposição de um projeto político que foi derrotado nas urnas, imposição por meio de um golpe e é a volta aos anos 90 de forma mais perversa. É um projeto de subjetividades dóceis, felizes, idiotizadas, conformistas, ignorantes políticos.

Por isso os projetos para a educação são tão importantes, por isso a mídia ganha tanto dinheiro do poder público. Porque o que se espera é que sejamos felizes, estejamos conformados e sejamos bem ignorantes, como aquela mulher que apareceu no Youtube confundindo a bandeira do Japão com indícios do comunismo. O que se espera de nós e das nossas gerações é que sejamos bons carneiros e para isto a medicalização é uma estratégia.

A medicalização é uma estratégia política, porque se você se revolta, se você não se conforma, se você não está feliz, algo precisa ser feito porque algo está errado em você, já que a felicidade tornou-se a palavra de ordem da nossa vida novelizada. A medicalização torna-se uma estratégia, uma estratégia política perigosa.

Queria terminar essa conversa de um modo que nos leve para frente e não nos deixe parados. Então eu queria terminar dizendo que eu gosto dos estudantes, me gustan los estudiantes, como cantava a Mercedes Sosa, primeiro porque eles mostram a força da resistência, os estudantes do ensino médio, dos institutos federais e das universidades. Eles estão ocupando, eles estão debatendo, eles estão fazendo o que o mundo adulto não está fazendo. Os estudantes cotistas estão nas universidades para transformar e eles são uma força. E nós estamos aqui juntos. Eu acho que isso é hoje a nossa maior força, é o estar juntos para pensar.

Hoje é sábado e nós ainda temos as mídias alternativas e a internet nos ajuda. E nós somos trabalhadoras, trabalhadores. Nós precisamos retomar as nossas lutas e o nosso lugar político coletivo. Eu vou fechar com a figura da Graúna. Para quem não conhece a Graúna, criação do Henfil, que foi um grande chargista perseguido pela ditadura, exilado e que criou alguns personagens brasileiros importantes. E a Graúna, para mim, representa a juventude e a irreverência. E a Graúna, um dia, numa charge, olhou para todos nós e viu uma esperança. 🌍

Renato: Bom dia a todos e a todas, meu nome é Renato, sou psicólogo e atuo na atenção básica. Quando chego na atenção básica, vou ver a minha agenda e lá existem 110 crianças para serem atendidas. Eu olho aquilo, quase tenho um infarto no momento e penso, *"que tá acontecendo com a infância? O que tá acontecendo com a juventude?"*, é uma cena de horror. Dentro da atenção básica, faço parte do programa do PSE, que é o Programa Saúde do Escolar, e atuo com os professores. Chegando nas escolas eu ouço o discurso, *"chegou o psicólogo"*, e eu fico questionando que tipo de psicólogo que eles querem ali na parceria. Com certeza eles têm certo conflito no diálogo. Vou tentando construir com os professores algo que eles pensaram, que talvez entre nesse discurso da medicalização. Nas três escolas pelas quais sou responsável, eles pediram o mesmo tema, que é *"vamos falar sobre limite"*. Vamos falar sobre limite então, e eu falo sobre o limite da afetividade do professor com o aluno, do vínculo que não é formado. Para ser breve e lançar nossa conversa, vou citar rapidamente um trecho do Adauto Novaes. Então para os gregos ele falava, *"quem é bárbaro é quem não fala grego, quem está fora da minha cultura. Para o latino é bárbaro quem está fora da cultura romana. Para o chinês é bárbaro todo mundo que não seja chinês. Bem, o bárbaro é visto como não-civilizado"*. E ao trabalhar essa questão com os professores, eu penso que dentro de uma sala de aula existe uma sociedade, existe um ser sócio histórico ali. E todo aquele que foge de um discurso, de um controle que o professor não consegue ter sobre esses corpos, sobre essa primeira infância, é visto como bárbaro, é visto como aquele não civilizado. E o que eles pedem pra nós? O diagnóstico, *"o que que essa criança tem?"*.

Oradora não identificada: Infância.

Renato: Ela tem infância, porque entra justamente no conflito com a concepção, por exemplo, de criança, com a concepção estrutural, se eu pensar numa questão sócio-histórica da estrutura da sociedade com a concepção. Então, fico pensando o tanto que, na micropolítica, na relação ali com esses sujeitos há um limite e o limite é pelo diagnóstico, o limite. Eu até brinco com eles, *"ah, chegou o João"*, o meu pensamento, o meu olhar, *"chegou o João, então esse João... como vai ser a minha relação com ele? Porque eu não consigo controlá-lo"*, então vai pela opressão. Só foi um desabafo, porque sou atravessado a todo momento na atenção básica e acho que não tem um outro discurso a não ser: lutemos contra isso.

Ariadine: Eu sou a Ariádine, de Unidade Básica de Saúde, membro do fórum sobre medicalização da educação e da sociedade também e membro do GIQE. Infelizmente, o colega traz essa questão do horror do cotidiano. E vemos tantos profissionais como os usuários dentro dessa cultura medicalizante, e de uma forma de ignorar toda uma possibilidade de um outro modelo, um modelo de relações, um modelo psicossocial. Eu tenho uma questão difícil. Eu acho que esse lugar de falar da psicologia é um lugar que não é fácil. Quando colocamos para os usuários fazerem sua escolha, serem protagonistas, é muito difícil ver que, na unidade básica, eles chegam querendo agendamento para a psiquiatria. E quando você conversa com o psiquiatra para fazer uma parceria, para fazer um acolhimento integral, aí seu colega coloca, *"não, mas todos os casos são para a psiquiatria, todos vão sair com o medicamento"*. Então pensei essa questão mais voltada para o Pedro, que ele tam-

bém está na saúde, eu queria saber o quem ele tem a dizer sobre isso. Obrigada.

Carlos: Bom dia a todos e a todas, eu sou usuário, eu esqueci de falar na hora que a doutora Beatriz estava falando. Então assim, eu comecei a tomar remédio há 30 anos. Quando comecei, eu falei, *"ah, não quero tomar remédio"*, mas fui agarrado na força, tudo bem. Às vezes eu precisava; depois de um tempo que eu descobri o que eu precisava. Não era de médico e nem de medicina, era de um advogado. A gente vai contando as injustiças, vai se acumulando. Se eu fosse num advogado naquela época, não é? Ainda teria alguma chance. Estou há 30 anos tomando a medicação, mas ainda eu tenho esperança da minha mente voltar a ser sã. Porque às vezes eu pergunto à pessoa, *"você acha que eu tenho raciocínio?"*, porque é muita medicação. E, por exemplo, a gente chega no médico, *"qual o seu problema? O que você quer?"*, *"ah, eu quero, já que você tá me oferecendo, eu quero Diazepam, quero Akineton"*, aí eu escolho a medicação que eu quero tomar. Tem uns que é assim. Aí faz a receita, *"tá bom, tchau"*. É que nem aquilo que eu disse, falei para professora, que é o Compaz. Na hora que ele fala, *"vai lá na farmácia, pega lá o comprimido"*, aí eu olho lá, *"é Compaz, vou dormir com paz"*. Aí, obrigado.

Cristiane: Bom dia a todos, é um prazer estar aqui. Eu sou Cristiane. Na verdade, eu sou mulher, sou um ser pensante, sou sonhadora. Nós definimos quem nós somos, a sociedade nos rotula, como se fôssemos obrigados a dizer a nossa profissão, nossa classe social. Eu sou pós-graduada na área da educação, sou psicopedagoga, sou estudante de psicologia. E o que me indaga muito nesse cenário, que eu tenho paixão pela educação e pela psicologia, é o sintoma. O sintoma pula na escola. E como estamos tratando disso? Que mal-estar social é esse que é falado na escola? Como ele é tratado realmente medicalizante na escola, as pessoas não olham o sujeito, não olham o indivíduo, são classificados. Mas a questão que eu quero trazer para essa pauta é como é categorizada, setorizada a psicologia, a educação, os médicos, o psicopedagogo? Não há uma equipe atuante multidisciplinar, *"aí o problema é deste, o problema é daquele"*, e parece que não se dialogam, não conversam como uma equipe para solucionar aquela problemática, aquela questão. Eu vejo muita rivalidade nas pessoas, *"a formação é do pedagogo, que não é competente, que não é capaz, é o psicólogo que vem dar a medicação, é o psicopedagogo que não deveria estar nesse quadro, não cuida disso, não*

cuida daquilo", não vejo uma união. E a gente tem um problema claro que é a figura de autoridade. Como estão sendo esses pais, esses responsáveis pela educação, mas também como que é a figura de autoridade desse professor que está desesperado com esse sintoma que aparece na escola e, também por despreparo, usa o autoritarismo e não é mais uma figura de autoridade? A gente tem uma crise toda no ambiente escolar. Mas eu queria que vocês falassem um pouco dessa interface entre os profissionais.

Daise: Bom dia, meu nome é Daise, sou psicóloga. E eu tenho uma grande preocupação com essa naturalização da medicalização que acontece nos dias de hoje. Eu acompanhei um caso numa escola que a criança já era rotulada como hiperativa, mas era uma criança normal que simplesmente era criança. A professora às vezes virava para o quadro, ela não estava nem vendo quem estava fazendo bagunça e ela falava, *"pára fulano, pára fulano"*, mas às vezes não era nem o fulano. E isso foi por um tempo. Passou o tempo, eu encontrei, coincidentemente, o garoto num pronto socorro ortopédico, lá com o pezinho estendido. E ele estava quietinho e eu falei, *"oi! Você por aqui?"*, aí a mãe dele olhou pra mim e falou, *"você o conhece?"*, eu falei, *"conheço"*, e conversando com ela, ela falou assim, *"Ele só está quietinho porque está tomando Ritalina"*. Foi muito triste isso, por que ela expressou uma felicidade em ver o comportamento calmo da criança ali parada numa cadeira de roda com o pé engessado. Então para a mãe, essa situação era normal. E é uma judiação porque era uma criança. A gente sabe que quando a criança toma medicamento, ela deixa de ser criança, né? Ela fica, infelizmente, sem as reações. Muito triste isso, eu queria que vocês falassem um pouquinho.

Brisa: Prazer, meu nome é Brisa, sou psicóloga, estou gestora nessa casa. Eu fiquei muito tocada com a sua fala, Ângela, acho que seus quatro pontos são de fato fundamentais para gente contextualizar o debate da medicalização nesse contexto de retrocesso, não é? Eu acho que você foi, de fato, esclarecendo a ideia do retrocesso mais do que da ameaça. Uma coisa que para mim ficou muito clara, eu queria falar a partir do que você disse, fazendo uma brincadeira, quando você diz, *"ah, me toca os sintomas"*. Se a gente entender o sintoma como a expressão de um conflito, a fala de todos os quatro presentes, inclusive da mesa de abertura, esse conflito como expressão de uma esfera mercantil, de uma esfera que gera lucro a alguém, a um grupo, a um grupo muito pequeno,

na verdade, e que não se faz presente em debates como os nossos, mas se faz presente, acho que como a Ângela vai dizendo, na mídia, ele se faz presente de forma visual para nós, então ele chega de um jeito que muitas vezes nem percebemos, não é? Ele chega na cápsula lá da Bia, quando ele fala, *"está faltando vitamina D, Bia"*, e a Bia vai lá, faz o exame de sangue e fala, *"putz, não está, mas eu estou tomando, eu estou tomando cálcio"*. Acho que era uma fala um pouco nesse sentido, de a gente pensar, mais do que tudo nos sintomas, mas de a gente pensar quais são os conflitos que estão colocados em jogo, e acho que a fala de todos vai nesse sentido. Obrigada, obrigada a todos vocês, foi um prazer escutá-los, quero ouvir mais.

Ângela: Eu não vou falar de tudo, a minha experiência é no campo da educação, então vou deixar a atenção básica para o meu colega que falou tão bem. Mas eu queria partir dessa fala, *"o sintoma pula na escola"*. A escola produz o sintoma, não é? Eu acho que precisamos entender um pouco melhor isso, o que a gente chama de sintoma e de sintoma do indivíduo, aluno. É uma produção no contexto da escola. Quem estuda na área da psicologia escolar aprendeu muito isso que esse mesmo aluno é diferente em outros lugares. Aquele aluno que você diz que tem déficit de atenção, ele fica horas jogando videogame, não é? E aí? Onde foi parar o déficit de atenção dele?

Beatriz: Na modalidade hiperfoco do TDAH...

Ângela: Então, veja que o discurso produz novos sintomas, não é? Para não aceitar que tem um processo ensino-aprendizagem que não contempla a todas e todos, tem processo que exclui, você fica dando nome e sobrenome e apelido para tentar justificar no indivíduo, aquilo que é do campo das relações. Eu vou dar um exemplo. Há dois anos, um funcionário da Unicamp, conversando comigo, disse sobre a uma escola privada do seu filho, *"a escola do meu filho chamou porque disse que ele está atrasado"*, era uma criança de sete anos, *"porque ele é hiperativo. Me mandaram procurar psiquiatra, neuro, psicopedagogo, não sei que, porque ele é hiperativo"*, aí eu falei, *"mas como que ele é em casa?"*, *"ah, eu achei que ele era normal. Ele brinca, ele faz tarefa, ele dorme, acorda, come"*. E aí escutando-o falar da escola, eu falei, *"você foi na escola? O que que você perguntou pra escola? Você cobrou da escola?"*, e a escola, *"não, tem que levar"*, aí eu olhei pra ele e falei, *"muda de escola, troque seu filho de escola"*. Ele trocou. Há uns dois meses, ele me encontrou e disse, *"professora, que*

bom te encontrar! Eu queria te contar uma coisa", *"eu mudei o meu filho de escola e ele tá ótimo, ele é um dos melhores alunos"*. Então, é bom pensarmos nisso, quer dizer, que lugar é esse chamado escola que cria os sintomas, não é? Pelo próprio fato de que também é função da escola excluir, pelo fato próprio de que a escola não contempla a diversidade, a educação não contempla a pluralidade, ela vai produzindo os sintomas, ela vai produzindo os sujeitos não-aprendentes. E aí vai cobrar do profissional que cuide do sintoma que ela criou, como uma solução mágica, *"chegou o psicólogo. Ele vai tirar da sua pastinha a varinha de condão, vai fazer 'plin' na cabecinha daquela coitada daquela criança e tudo vai se resolver"*.

Orador não identificado: Na verdade, já existe a varinha mágica, o medicamento.

Ângela: Então, como nós da psicologia começamos a nos recusar a oferecer a varinha mágica e a receita de bolo, tem alguém que oferece, e ela vem em cápsulas. Então temos também um movimento, e não é de hoje, de afastamento dessa psicologia que olha criticamente para escola e propõe trabalho coletivo, que é o que você disse, *"vamos trabalhar em equipe, vamos trabalhar juntos"*, e chamar o profissional da medicina. Leme é uma cidade próxima daqui, teve uma experiência superbacana de trabalho de equipe multidisciplinar para a rede municipal de educação. E com a entrada de duas psicólogas para trabalhar com as equipes. Começaram a problematizar com elas o fato de que as equipes jamais iam para escola. Elas faziam o atendimento e começaram a propor um outro trabalho, *"vamos para a escola, vamos conversar"*, e as equipes foram pra escola; fizeram um trabalho com direção, com professor, e trabalho bacana, emancipador, que esbarrou onde? Escola com professor, direção que começa a se repensar, começa a questionar. Dois anos, três anos depois, as duas psicólogas foram substituídas por dois neurologistas.

Beatriz: Bom, eu vou complementar e entrar em alguns detalhes de coisas que a Ângela já trouxe lindamente. E até pensei coisas que eu não tinha pensado antes. Fiquei pensando muito na sua fala, Renato. Primeiro, eu fiquei muito contente em saber que você vai nas escolas, trabalha com os professores. Isso é uma busca de uma prática não-medicalizante. Claro que tem profissionais que vão, afirmam e fortalecem a lógica medicalizante, mas eu estou entendendo que você está indo num outro caminho, problematizando essa

lógica. Então que bonito ouvir o seu depoimento e ver que você conquistou também a possibilidade de fazer isso. Porque está cheio de profissional que não pode sair da UBS porque a direção não deixa. E isso também é uma conquista da nossa categoria. É uma conquista da nossa categoria. Bom, eu queria dizer o seguinte, complementando que você tem trabalhado a questão da diferença, da diferença cultural...

Jaqueline: Da afetividade.

Beatriz: Isso, da afetividade. E eu queria contar alguma coisa que eu tenho percebido mais recentemente. Estou assustada com a dimensão que isso tem tomado e que a escola não está atenta; a escola nunca foi um lugar bom para criança, porque criança precisa se mexer. E é interessante que, por exemplo, eu sei que tem países da África Subsaariana que tem muito aquela cultura muito corporal, muita dança para tudo, eles têm a sensibilidade de, a cada hora, as crianças dão uma saíndinha para passear um pouquinho lá fora, para dar um tempo, depois voltam. Eu fiquei muito tocada uma vez com uma fala que é assim, de onde saiu a ideia de que pra aprender a gente tem que ficar parado? Qual é a cientificidade dessa afirmação, que se mexendo a gente não aprende e que conversando, discutindo, se relacionando com o outro a gente não aprende também? Precisa ser parado e quieto? Ah, todos nós estamos, que a gente tá fazendo aqui? Nós estamos parados, mas nós não estamos quietos, nós estamos aqui conversando, um monte de gente conversando, trocando ideia. Bom, então são falsas premissas. Então, o que acontece? As crianças nunca couberam dentro disso. Especialmente a infância urbana hoje, não se encaixa, ela consegue ser contida muito menos. Nós estamos começando a colocar no papel como é a rotina dessas crianças. A gente atende principalmente criança pobre, mas eu tenho certeza de que criança rica também está sendo afetada por isso aí, mas menos do que as crianças pobres. A gente está com uma infância confinada e solitária. Se vocês andarem na rua, reparem, vocês veem criança na rua? Onde estão as crianças? Estão todas fechadas. Eu sou de uma família de cinco irmãos, então mesmo que a gente ficasse fechado em casa, era uma folia, entendeu? Tinha cachorro, tinha aquela criançada, a gente brigava pra caramba, mas a gente brincava pra caramba também. Nós somos aqui todos psicólogos, sabemos da importância do brincar, e do brincar livre, não é o brincar programado naquele negócio ali que não dá espaço nem para entendermos quem a gente

é, quais são os nossos tempos, os nossos ritmos. E essas crianças não têm com quem brincar. Não adianta a mãe e o pai quererem brincar um pouco, que não é a mesma coisa. Eu só consigo ser mãe, eu não consigo ser irmãzinha, nem amiguinha. Bom, então o que acontece? Essas crianças, que nunca couberam nesse modelo de escola de corpos para lá de dóceis, corpos abduzidos, paralisados e que não podem conversar, chegam na escola e encontram o quê? Tudo o que elas sentem necessidade para poder se desenvolver saudavelmente: um monte de criança e espaço. E o que tem que fazer? Ficar parado e não pode conversar. Então, chega no intervalo. Porque não é mais recreio, não é? É intervalo. Isso é um horror. É aquela histeria, de uma necessidade saudável, vital explodindo. E aí tem os coitados dos professores que são os executores de um projeto impossível, e então fazem um monte de barbaridades, morrem de culpa e são medicalizados, porque eles têm depressão; eles desenvolvem realmente depressão. Para que suas doenças reais sejam tratadas, elas precisam ser vistas dentro de seus componentes institucionais e sociais. Medicalização é pegar esses professores que adoeceram por conta desses determinantes institucionais e sociais e dizer que o problema é dele, pessoal. Esse processo medicalizante nós, psicólogos, não podemos fazer. Agora, existem outros modelos escolares que são embrionários, têm poucos no Brasil, mas consultem enquanto ainda tem no site do MEC, porque isso está para sair a qualquer momento, o mapa de inovação e criatividade em educação. Se isso sair, tem o mapa da Reevo, que é, inclusive, internacional. Não vamos perder essa informação de escolas que têm partido para modelos radicalmente diferentes, que partem da diversidade como princípio e não da homogeneidade. Porque as nossas escolas partem da homogeneidade. É impossível resolver a questão da diversidade dentro de um modelo convencional. É impossível. Vou ser radical. Porque não adianta, o professor tem de dar uma aula para todo mundo, ele dá pela média, ou senão o que ele faz? Faz aquele horror de dividir nos fortes e nos fracos, dá aula para um, deixa uma tarefinha, dá aula para o outro. E sabemos o que isso gera. Queria alertar o seguinte, essa questão dos mecanismos biológicos de controle está para ter uma transição. Teve a lobotomia, que fazia um estrago grande demais; teve o eletrochoque, que também fazia um estrago grande demais; daí química e, agora, vêm vindo as ondas eletromagnéticas. Fazem menos estrago do que a Ritalina e tem os mesmos efeitos. Vocês fiquem alertas, é a próxima onda. Estamos aqui fa-

lando de medicamento, e aí eles vão procurando outros jeitos. Igual à história do TDAH: hiperfoco para explicar por que que a criança não é dispersa a não ser na escola. Bom, por fim, queria dizer que a história que você conta, o depoimento que você dá, Carlos, me arrepiou, porque me lembrou a história que um amigo meu me contou há pouco tempo. Ele foi psiquiatrizado, tomava 18 medicamentos diferentes por dia. Imaginem como é que está a ganância de vender remédio. E sabe o que o salvou? Um dia ele estava internado e um amigo advogado foi visitá-lo, aí o pessoal ficou com medo.

Pedro Gava: Acho que eu só tenho duas considerações a fazer, falando sobre a questão da saúde. O que nós também produzimos como sintomas? A escola produz, mas nós enquanto agentes de saúde também produzimos. Um exemplo claro é: a diferença entre AME e UBS. Então para que que o sujeito vai ficar esperando um atendimento clínico na UBS por dois meses se na AME ele tem o atendimento imediato? O que estamos produzindo enquanto ação à saúde? São duas lógicas, a lógica da AME é procedimento, então você faz um procedimento e resolve essa questão, a da UBS vai pensar ou tentar pensar saúde enquanto um processo. Então, se no mesmo espaço, dividido ao meio, metade é da AME, metade é da UBS, a pessoa vai lá marcar uma consulta na UBS para daqui a três meses, ela desce o andar e marca na AME no mesmo dia o atendimento. Então, para que ela vai esperar três meses o atendimento? E quem está produzindo o imediatismo ou essa questão mais imediata? É o sujeito que não quer se envolver ou somos nós que vamos dar a resposta imediata? Acho que outra coisa é como que vamos construindo os discursos. Como o discurso dos níveis de complexidade, baixo, médio, alta. Assim, o hospital é alta complexidade, mas se formos pensar em procedimento, se formos pensar em processo, é invertido, o hospital é de baixíssima complexidade, porque desde que você entre nesse hospital é tudo protocolado, ninguém precisa pensar o que vai fazer com aquele sujeito. Aquele sujeito veio com dor no peito, "faça isso, isso e isso". Na UBS, sim, é de altíssima complexidade, porque você vai pensar no processo, quem é aquele sujeito. Ainda mais se tiver PSF, pois você vai na casa daquele sujeito pensar relações. É muito mais e vamos dizendo que a UBS é de baixa complexidade, por quê? Porque temos uma saúde vinculada a procedimentos, o que vale é o procedimento. E o que é procedimento? O que gera lucro, que gera dinheiro. Então quem está produzindo esse sintoma de o

sujeito não se apropriar ou não se interessar no envolvimento? Quando pensamos o SUS, que é para mim uma política avançadíssima na sua complexidade, garantimos o controle social, o quanto nós trabalhadores garantimos que aquele espaço possa ser efetivo dentro das unidades de saúde? O controle social. O quanto nós participamos dos Conselhos gestores na transformação e na consolidação de uma saúde que possa ser processo e não procedimento? Então acho que isso é também uma armadilha da medicalização, colocarmos culpa nesse sujeito que não se interessa por construir uma saúde com uma atenção psicossocial. Quem produziu esse tipo de busca de remédio? Acho que o Carlos quando traz sua experiência é um exemplo claríssimo, o médico vai perguntar, "o que você quer?", no sentido do que, "o que eu posso te dar?", não é assim, "o que eu tenho para te oferecer é uma resposta, é um procedimento". Fiquei imaginando se o Carlos chega para um médico e fala, "eu quero parar de tomar remédio", o que o médico ia fazer? Provavelmente ia dispensar e falar que ele não adere ao tratamento, que ele é repulsivo. Porque para se aderir ao tratamento, fazer tratamento tem de tomar algum remédio. Se ele falasse, "eu não quero mais tomar remédio, doutor, o que a gente faz?", ele ia falar, "então pegue a sua alta e vai pra outro lugar", como se a única ação que fizéssemos, enquanto profissional, é algum procedimento ou dar alguma medicação. Assim, acho que, nesse sentido, não trago uma resposta, mas um questionamento também do quanto produzimos esses sintomas. Então, o quanto é perigoso culpabilizarmos o outro, mas esse outro também é resposta do que vamos produzindo ou construindo como saúde. E só para finalizar, quando você falou da tristeza de ver o menino medicalizado, eu também fiquei pensando, não só na tristeza de vê-lo, mas que tristeza também é ver uma mãe, para quem ensinamos o que é legal, retomando o Concerto harmônico, não é? Assim, a tristeza não é só de ver esse sujeito, é de que essa mãe ache que o certo é ele estar calmo. Então que impossibilidade está de construir relações diferenciadas. Assim, como nós mesmo podemos construir, cada um pode construir uma relação ou de família ou de sujeito. A gente impossibilita qualquer tipo de construção. Então não é só triste ver o sujeito, mas é triste ver essa mãe aderida a um discurso que nós enquanto saúde produzimos e com a menor crítica. A culpa não é desse sujeito ou dessa mãe, a culpa é nossa que produzimos, cada vez mais sofisticados mecanismos de controle, de adaptação da diferença. Temos de ver, constantemente, nossa

prática de saúde para identificar onde é que estão as armadilhas na produção de autonomia ou de singularidade desses sujeitos, porque senão caímos, como nós mesmos caímos na nossa medicalização. Nesse processo, é muito fácil construirmos uma relação vertical de poder, em que é o sujeito que não quer se transformar ou é o sujeito que é defensivo, é o sujeito que não adere ao tratamento, é o sujeito... construimos discursos ainda muito bonitos dentro da reforma para dizer e perpetuar esse modelo da medicalização. Acho que, como resposta, é o tempo inteiro que temos de ser críticos e estramos atentos às nossas ações, porque é muito perigoso, cotidianamente, reproduzirmos, visto todas essas questões. Só em pares, em grupos que podemos ficar atento às armadilhas, porque no nosso cotidiano talvez a gente caia e nem percebe, é o outro que chega e fala, "*será que não tem outro jeito de pensar?*". Não tenho respostas, mas só uma advertência, para ficarmos críticos às armadilhas que esse processo sutil e perverso da medicalização ocupa no nosso cotidiano.

Rozi: Bom, estamos finalizando dentro do horário previsto. Fui retomar aqui o objetivo que havíamos pensado para esse encontro, e queria dizer que estamos de parabéns porque o atingimos plenamente. Pensamos em promover o debate, o grupo foi muito participativo, poderíamos continuar conversando sobre mais coisas. Fizemos um posicionamento ético-político, e também a possibilidade de solidificar os enfrentamentos. Foram as possibilidades trazidas que nos mostram os caminhos de como fazer dentro do que é possível. É isso, obrigada a todos pela presença. 🙏

Infância em Risco! Debate sobre a Lei 13.438 de detecção de risco psíquico em bebês

Mesa de abertura

Maria Rozineti Gonçalves

Conselheira do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, representando o Núcleo de Educação e Medicalização do CRP SP.

Esta mesa se compõe na interdisciplinaridade, que é o que nos propomos sempre. Em abril de 2017, foi sancionada a Lei 13.438, que altera o Artigo 14 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Estabelece em seu artigo que todas as crianças, de zero a 18 meses, uma faixa bastante precoce de vida, sejam submetidas nas consultas pediátricas a protocolos ou outro instrumento para detecção de risco psíquico. Então, ao tomarmos conhecimento, e tomamos conhecimento com muita surpresa dessa lei, todos passamos a tentar, primeiro, compreendê-la para depois podermos pensar quais caminhos teríamos para que pudéssemos, a partir do momento que ela foi instituída como lei, na sua implementação, ter alguma mobilização em torno dos atores que deveriam ter sido consultados e não foram, que deveriam ter participado da sua proposição e não foram.

Esta lei não foi objeto de audiências públicas, e sequer de debates públicos ampliados, com participação de grupos de interesses diversos. Não houve representações plurais da sociedade civil organizada, atores-chaves do SUS e outros, como caberia aos processos democráticos, frente a uma temática de alcance nacional, estamos falando de todos os bebês nascidos, que não é objeto de consenso entre pesquisadores e especialistas. A lei vem numa seara que é de disputa, de pontos de conhecimento e de divergências dentro dessa questão tanto científica como prática. E a partir dela, algumas perguntas foram surgindo: qual cidadão seria contra a detecção, em tempo hábil, de problemas que afetam as pequenas crianças brasileiras? Certamente nenhum de nós, pensamos na

saúde, em princípio, de todas as crianças nascidas. Quais riscos teremos com uma lei que se propõe a um rastreamento universal com padronização de avaliação em larga escala na população de bebês? Certamente, muitos. O que uma lei baseada unicamente na obrigatoriedade da detecção precoce de risco psíquico em bebês poderá contribuir para superação desses desafios e garantir efetivamente processos de cuidados aos mesmos, e apoio às suas famílias? Isso é objeto da nossa discussão e nosso debate aqui hoje. O que a lei quer licenciar? Como a psicologia e a avaliação psicológica compreendem este campo? A partir dessas e de outras indagações, é que a gente se propõe a promover esse amplo debate.

Então, no primeiro momento, teremos uma mesa com pessoas que convidamos com muito carinho para que fizessem essa conversa. Pessoas que se apropriaram, que estão profundamente envolvidas com esse tema, para que possamos qualificar esse debate e pensar nos efeitos iatrogênicos que a lei poderá introduzir com os modos de sua execução. Também vamos pensar sobre a garantia de estrutura na extensão e acompanhamento nos inúmeros territórios brasileiros. Enfim, pretendemos com esse debate dar visibilidade àquilo que não foi feito na sua implementação. Então, vamos fazer, neste momento, para que ela própria, paradoxalmente, não produza danos à infância brasileira. Assim, estamos reunidos com esse tema, caro e importante a ser debatido. Agradecendo de novo a presença de vocês, passo a palavra a Larissa para fazer as suas considerações iniciais sobre o nosso tema hoje. 🌍

Boa noite a todas e todos. Hoje, estou como conselheira nessa gestão do Conselho. Atualmente componho o Núcleo da Justiça, o Núcleo da Pessoa com Deficiência e o Núcleo de Educação e Medicalização, além da comissão de acompanhamento dos processos legislativos, e é desse lugar que eu falo: dessa interface dessa temática que permeia todas essas questões. Queria dizer da importância de podermos fazer e trazer esse debate dentro do CRP, porque precisamos estar muito atentos aos riscos e aos processos que decorrem a partir dessa mudança na lei e como se faz uma interface do papel da psicologia atuando no campo da judicialização, das questões da vida. Então acho que o que significa é que temos uma sobreposição de lei e o que significa isso nos processos de cuidado da vida, nos processos de judicialização e de medicalização da vida. E aí, como representante do Núcleo da Pessoa com Deficiência como eu estou hoje, gostaria só de reforçar que ontem, dia 03/12, a gente comemorou o Dia Internacio-

nal da Pessoa com Deficiência. Esse é um dia muito importante para a gente comemorar, mas também para a gente lembrar o nosso papel enquanto psicologia na luta pela garantia de direitos, e de uma vida digna pra essa população.

No Facebook do CRP, eu convido todo mundo a ler uma nota que o núcleo produziu sobre esse dia e também chamar a todos para os debates, para os eventos e para a discussão que temos feito nesse campo, que eu acho que é essencial pensarmos sempre o nosso papel. Bom, e só para finalizar, eu queria agradecer muito a presença das três palestrantes que teremos o privilégio de ouvir, são pessoas muito apropriadas para trazer essa discussão e o que esperamos é que possamos avançar mesmo, de pensar o papel da psicologia na construção de políticas públicas, de cuidado e de atenção diante dos avanços e retrocessos que a gente tem vivido no nosso contexto. Então, muito obrigada a todos pela presença. 🌍

Psicóloga do Tribunal de Justiça, representando o Núcleo Criança e Adolescente do CRP SP.

Boa noite a todos e todas. Sou psicóloga do Tribunal de Justiça, e aqui hoje eu estou como membro representante do Núcleo da Criança e do Adolescente. Eu transito no CRP como colaboradora há várias gestões, sempre no Núcleo da Criança e do Adolescente. E o núcleo, seguindo o ritmo do próprio Sistema Conselhos, sempre procurou manter-se diligente com questões afetas à área, principalmente alguns assuntos polêmicos, quando há entendimento de possíveis prejuízos às crianças e adolescentes. Para tanto, o melhor a se fazer é a discussão ampla com vários segmentos envolvidos. Estatuto da Criança e o Adolescente – o ECA -, lei promulgada em 90, existe para dar vida ao Artigo 227 da Constituição de 88, conhecida como a Constituição Cidadã, que diz: “*é o dever da família e da sociedade e do Estado assegurar*

à criança, ao adolescente, ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Nesse sentido, nossos esforços como núcleo desse Conselho, têm ido na direção da defesa intransigente de tal estatuto pois que, a sua premissa principal é a proteção integral, e em tempos tão sombrios de retrocessos, rompimentos de garantias e direitos sociais já adquiridos, e, principalmente, diante desse quadro assustador de anestesia social, devemos imperiosamente nos mantermos resistentes e despertos, sobretudo, unidos, para que nossa voz ressoe mais alto. 🌍

Carla Biancha Angelucci

Professora doutora do Departamento de Filosofia da Educação e Ciência da Educação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Professora de graduação nas áreas de sociologia da educação e educação especial. Atua na pós-graduação orientando mestrados e doutorados na linha de educação especial da área de coordenação de concentração, ciências sociais, desigualdades e diferenças. Participa do grupo de pesquisa de política de educação especial coordenando a linha Educação especial: táticas de resistência, produção de um não lugar para as diferenças na escola. Possui graduação em psicologia pela Universidade de São Paulo, mestrado em Psicologia Escolar do Desenvolvimento Humano pela USP e doutorado em psicologia social também pela USP. Exerceu por 16 anos a atividade de psicoterapia com formação Winnicottiana.

Boa noite. Não sei se tem colegas com deficiência visual para me localizarem. Boa noite às pessoas que estão aqui presentes nessa segunda-feira de dezembro para esse importante debate, e às colegas e aos colegas que nos assistem aqui via transmissão online. Queria dizer que é uma honra para mim participar desta atividade junto a pessoas com quem milito há bastante tempo, com quem desenvolvo trabalho, pesquisa, produzimos vida juntas, não é isso? Então, agradeço o convite do Conselho e a oportunidade de partilhar uma mesa que diz do nosso processo de discussão sobre os efeitos desta lei que hoje debatemos.

A minha função nesta mesa de hoje é trazer alguns aportes sobre a política pública de saúde mais especificamente; vou tangenciar alguns aspectos da política de assistência social para pensar o panorama em que se inscreve a efetivação da Lei 13.438. Esta é a minha função aqui nesta noite. Então, o percurso que eu vou realizar é baseado praticamente em três aspectos: apresentação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; recentemente tivemos uma portaria reordenando a política de atenção básica em saúde, vou fazer alguns comentários a respeito dela para então falar da posição já proferida publicamente do nosso atual ministro da Saúde em relação à promoção de planos de saúde populares e os efeitos que isso pode ter para a aplicação da lei. Vou trazer um documento que é relativo ao relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que responde a quesitos formulados pelo ministro da Saúde a respeito das adequações que a ANS precisaria criar ou não, essa é a pergunta que o ministro

da Saúde faz, sobre a necessidade ou não de se criar regulamentação específica para que os planos populares possam se efetivar. Entre eles, vou destacar o que afeta mais diretamente a efetivação dessa lei. E desde já coloco a pergunta que me orienta na produção desta fala que é: a serviço de quem está a lei? A quem se destina? E a quem interessa? A pergunta que me orienta nesta fala é: a quem interessa a lei? Vamos lá.

“E desde já coloco a pergunta que me orienta na produção desta fala que é: a serviço de quem está a lei? A quem se destina? E a quem interessa?”

Sobre a Política Nacional de Atenção Básica, e depois na conversa entre nós, as pessoas que quiserem eu posso divulgar os enlaces dos documentos a que estou me referindo, eu tenho todos os enlaces aqui. E para quem não sabe o que é enlace: enlace é aquela coisa que a gente chama de link, que já existe a palavra em português, então, enlace. A Política Nacional de Atenção Básica é reapresentada numa portaria que é a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, então bastante recente. Ela aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma portaria que está vigente neste momento, há dois, três meses. Vou destacar

alguns pontos da política de atenção básica recém-reorientada. Não dá para dizer que é implementada, esperamos que não seja, inclusive, não é? Porque ela obedece a uma lógica que é uma lógica privativista, e é uma lógica de redução da atenção básica, esse é o ponto principal em que eu quero me concentrar, a redução da lógica da atenção básica a um espírito ambulatorial, retirando da atenção básica o princípio mais contundente que a formulou, que é: o trabalho na perspectiva comunitária, de base territorial, realizando ações de promoção de saúde, de prevenção, e mesmo quando fala dos aspectos relativos ao tratamento, propõe uma lógica de tratamento que não é a do atendimento uniprofissional em consultório, propõe outras estratégias de cuidado. Bem, o financiamento da Estratégia de Saúde da Família é uma questão para nós colocada nesta portaria, porque as equipes de saúde da família passam a ser uma entre outras equipes que recebem repasse. Então, o que eu queria destacar aqui, quando discutimos a política de atenção básica, não é só naquilo que fala do conteúdo da lei, mas naquilo que se regula como financiamento para execução da lei. Então, peço atenção a esses dois aspectos na análise que vocês podem fazer em relação à Política de Atenção Básica em Saúde. O seu conteúdo que vai dando notícia de qual é a lógica de saúde que está posta, mas também na sua forma de financiamento, porque todas nós sabemos disso, de um jeito mais sistemático ou não, mas todas nós sabemos que a lógica econômica, expressa uma orientação política, na qual a gente decide investir e como a gente decide investir; diz da maneira como a gente entende tanto a saúde quanto a oferta de cuidados. Então, a lógica econômica, ela não está separada da lógica mesmo da política. Bem, então a Estratégia de Saúde da Família é uma entre as várias equipes que podem receber o repasse para a atenção. E outro aspecto em relação à estratégia da saúde da família que eu gostaria de destacar aqui, é a junção em muitos momentos com os agentes que trabalham com epidemiologia e por quê? Porque vai dando uma cara para Estratégia de Saúde da Família que é mais de recolher informações, produção de informações, do que propriamente de acompanhamento e intervenção no território. Bem, a relação de serviços feita nacionalmente, um terceiro aspecto. Eu vou primeiro elencar e daí me debruço um pouquinho sobre cada um deles. A lógica de relação de serviços feita nacionalmente. Inicial-

mente, tinha um conjunto de serviços, e aí agora tem a ideia de que ele seja feito nacionalmente. Qual que é a crítica que é feita em relação a isso? Nós somos um país continental, com características regionais muito distintas entre si e com demandas distintas, porque tem um efeito aí da inequidade no nosso território, no nosso Brasil que não dá para a gente descartar. Então, falar de um conjunto de serviços padrão para o Brasil é dizer que os mesmos serviços ofertados aqui na região metropolitana de São Paulo vão formar o conjunto de serviços ofertado para uma cidade de características que não são urbanas, para uma comunidade ribeirinha, para populações em situação de miséria, para populações que vivem em alta vulnerabilidade. Toda essa relação vai ser a mesma para essa distinta possibilidade que nós temos de formas de vida e de produção de linhas de cuidado na atenção. Bem, então retomando aqui. O agente comunitário de saúde, com uma característica muito mais assistencial e menos vigilante. Queria guardar essa afirmação porque ela nos é importante para analisar os efeitos da lei. Um agente comunitário de saúde, que a gente sempre preza por essa profissional ser uma profissional que conhece o seu território, que desenvolve laços com a comunidade, que tem uma forma de pertença e participação na comunidade, que é muito distinta de outros profissionais. A característica da agente comunitária de saúde é justamente o seu enraizamento na comunidade. Isso lhe confere uma legitimidade que outras profissionais não têm. Quando ela é deslocada para uma função assistencial, o que quer dizer assistencial nesse contexto da Portaria? Cobertura vacinal, troca de curativo, acompanhar situações de pessoas acamadas ou de pessoas hipertensas, situações que são muito mais de caráter informativo, para levar informações para UBS ou para checar cobertura vacinal, para checar cobertura do atendimento a populações que vivem em situações de vulnerabilidade, e não para intervir sobre essas situações, criando formas de acompanhamento e monitoramento. Nós, na psicologia, sabemos que todo acompanhamento já é uma forma de intervenção, não é? A gente produz formas de monitoramento, de acompanhamento que já tem efeito em si, que não são para um segundo momento. E aí quando colocamos essa profissional que tem uma legitimidade, pelo seu enraizamento no território, na cultura da comunidade e esta função é reduzida a uma função assistencial, temos uma

perda importante naquilo que chamamos de vigilância em saúde. Bem, quero destacar então, que agente comunitária de saúde, dentro da Estratégia de Saúde da Família, é o centro da disputa. Estou colocando essa profissional no centro da disputa para tomar como o símbolo do desmonte do trabalho territorial de base comunitária, reduzindo então a atenção básica em saúde ao atendimento ambulatorial, com a característica de consulta uniprofissional. E o que trabalhamos na atenção básica em saúde que é a perspectiva da equipe multiprofissional atendendo comunidades, famílias, grupos, fica desmontado porque é reduzida a atenção básica a uma lógica do atendimento individual, seja por parte da queixa da pessoa que procura o serviço, seja por parte do profissional que vai atender a essa demanda. É isso que estou chamando de redução a uma lógica ambulatorial.

Para existir vigilância de fato, é preciso haver: inserção na vida comunitária, leitura do território, reconhecimento dos distintos modos de viver e cuidar das crianças. Estou enfatizando as crianças aqui porque elas são o tema do nosso debate de hoje. Precisa haver convivência e legitimidade do equipamento social e de suas trabalhadoras pela comunidade, senão não se faz vigilância. Por isso a existência da Estratégia de Saúde da Família é fundamental para um projeto de acompanhamento, monitoramento e intervenção processual criando linhas de cuidado.

"Inverte-se então a lógica da preponderância do público sobre o privado e aqui então é o privado que está no centro da discussão e o público vem pra complementar aquilo que o privado não quer. Não é não pode, é não quer, porque é custoso"

Sobre os planos de saúde populares e o que eles têm a ver com a nossa discussão. Vou tentar mostrar aqui uma relação que me parece também central pra nós. Estou me baseando numa matéria da Agência Brasil, veiculada em seis de julho de 2016, com o pronunciamento do senhor Ministro da Saúde; tenho aqui os en-

laces depois para quem quiser ver, na íntegra, a participação. Durante a audiência pública da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, disse o ministro: *"o que estamos propondo como reflexão é que possamos ter planos com acesso mais fácil à população e, evidentemente, com cobertura proporcional a esse acesso. Precisamos ter outras faixas de planos de saúde para que a gente possa permitir que mais pessoas possam contribuir para o financiamento da saúde do Brasil"*. Eu vou repetir. *"Precisamos ter outras faixas de plano de saúde para que a gente possa permitir que mais pessoas possam contribuir para o financiamento da saúde no Brasil."* Um outro trecho da mesma participação em audiência: *"ela, a população, participa dos custos do atendimento da saúde. Como os planos terão menor cobertura", - grifo meu -, "menor cobertura, parte dos atendimentos continuará sendo feita pelo SUS"*. Gostaria de frisar para quem ainda está só com as ideias chacoalhando na cabeça, um soco na cabeça que tomamos, que é: o SUS então passa a ser complementar ao atendimento privado, como os planos terão menor cobertura, parte dos atendimentos continuará sendo feita pelo SUS. Inverte-se então a lógica da preponderância do público sobre o privado e aqui então é o privado que está no centro da discussão e o público vem pra complementar aquilo que o privado não quer. Não é não pode, é não quer, porque é custoso. E como se organiza então a oferta da saúde privada? Nós sabemos qual é a lógica da oferta privada de plano de saúde. Ele é pago, portanto, ele se insere na lógica de mercado e não no princípio da universalidade de acesso. Ele estratifica a qualidade da oferta em função do nível de contribuição das pessoas. É isso que um plano faz: ele estratifica a qualidade da oferta do serviço em função do que se pode pagar. Ele está organizado a partir de uma lógica que é ambulatorial, com hierarquização, é ambulatorial porque a lógica é do atendimento individual de consultório. Base territorial, trabalho comunitário, equipe multiprofissional, isso não faz parte da lógica dos planos de saúde privados. Mas não é só isso, ele estabelece uma hierarquia, e nós, na psicologia, que estamos discutindo isso há muitíssimo tempo, sabemos que para conseguir uma guia para o atendimento psicológico, por exemplo, é preciso passar por um profissional da medicina antes, e isso é pré-condição estabelecida para inúmeros encaminhamentos e para inúmeros exames, não é? Para inúmeras atividades, por isso hierarquiza-

do. Existe um profissional pelo qual você passa primeiro e ele é quem decide sobre a necessidade ou não de encaminhamentos e/ou demais exames. E sabemos que, conforme aumenta o nível de complexidade, vai para média ou alta complexidade, essas decisões ficam cada vez mais no gargalo.

“Trabalhos de promoção de saúde e prevenção de saúde são desvalorizados nas lógicas dos seguros privados. Isso significa então um recuo na estratégia que temos hoje via SUS que é da promoção e da prevenção”

Trabalhos de promoção de saúde e prevenção de saúde são desvalorizados nas lógicas dos seguros privados. Isso significa então um recuo na estratégia que temos hoje via SUS que é da promoção e da prevenção. Então, ficam só os serviços de caráter curativo numa lógica ambulatorial, uniprofissional e hierarquizada.

O que essas coisas têm a ver com a nossa lei em questão? Vejamos o relatório descritivo do grupo de trabalho de planos acessíveis feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esse relatório descritivo foi publicado agora em agosto de 2017, ele está disponível na internet, Relatório Descritivo do Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, qualquer pessoa pode acessar o Google e encontrar o relatório, publicado também recentemente, em agosto. Neste relatório, são analisadas solicitações do Ministério da Saúde sobre necessidade ou não de adequação da legislação para a oferta então desses chamados Planos Acessíveis. Acessíveis a quem? A que custo? De todas nós. Bom, a análise das propostas de plano simplificado foi um primeiro pedido. O que seria um plano simplificado? Não são ofertados todos os serviços. Análise do plano ambulatorial, mais hospitalar, e aí eu preciso pedir de novo que vocês sublinhem essa parte “análise de um plano ambulatorial mais hospitalar”. Essa é a lógica, não tem nada de equipe multiprofissional de trabalho em conjunto de promoção e de prevenção. E o plano em regime misto de pagamento, que eu

confesso que eu tive que pedir assessoria para entender o que era um regime misto de pagamento. É aquele que nós conhecemos na prática, em que o seu plano não tem cobertura para tal procedimento, então você paga uma parte do procedimento. Preciso fazer um parêntese nesse rápido momento de discussão nos planos privados de saúde, para inserir a psicologia, mais especificamente o que acontece com os serviços de psicoterapia. E lembrar que existe uma liminar de seis de julho de 2017 liberando o número de sessões sem diagnóstico específico, não tem mais aquela condicional de: 15 sessões, 24 sessões, 42 sessões e só para quem tem o diagnóstico X, Y, Z. A liminar expedida, então, em seis de julho faz cair esse tipo de exigência. Achei que era importante dizer isso para nos situar em relação às nossas práticas psicológicas no âmbito da saúde suplementar. Voltando então para as solicitações do Ministério da Saúde para a Agência Nacional de Saúde. Que perguntas foram feitas? Vou dizer rapidamente o elenco e vou me concentrar numa que diz respeito a esta lei mais especificamente. Uma das perguntas é em relação à hierarquização, se precisa de regulamentação específica para garantir que antes passe pelo pediatra para depois passar para os outros profissionais. Ao que a ANS diz que não precisa de regulamentação diferente da que existe porque isso já pode ser feito. A coparticipação de 50%, que é essa ideia de que para procedimentos não previstos no seu contrato do seguro saúde, você entra com 50% do custo; protocolos clínicos definidos, já vou me ater nesse quesito. Outras quatro perguntas são feitas: recomposição de preços, ou seja, como é que fica o reajuste dos planos acessíveis, e aí a ANS diz que o repasse do custo para a operadora teria de ser da operadora e não para a população. Então, a Agência Nacional de Saúde Suplementar se mostra contrária à recomposição de preços, tal como formulado pelo Ministério. É também solicitada a emissão de parecer da ANS sobre a obrigatoriedade de segunda opinião em casos complexos para evitar desperdício, não é para garantir uma boa leitura do que se está passando com alguém. Então, isso diz respeito especificamente a serviços que são custosos e que, então, demandariam uma segunda opinião para evitar desperdício, não para garantir que não se está errando na compreensão do que se passa com o sujeito humano. A revisão dos prazos de atendimento, sempre pedindo extensão de prazos,

a ANS diz que isso teria de ser regulado; e uma oferta de plano regionalizado para se adaptar à infraestrutura que o município já tem. É essa pergunta que o Ministério da Saúde faz, se poderiam ser ofertados planos regionais olhando para aquilo que o município já tem disponível. Ou seja, não está se comunicando com a eventual necessidade de aumento da infraestrutura em saúde, certo? Acho isso importante também para o debate da nossa lei, porque uma das perguntas que precisamos fazer é onde seriam atendidas as crianças, onde seriam atendidos os bebês derivados do processo de detecção.

“Ou seja, não está se comunicando com a eventual necessidade de aumento da infraestrutura em saúde, certo? Acho isso importante também para o debate da nossa lei, porque uma das perguntas que precisamos fazer é onde seriam atendidas as crianças, onde seriam atendidos os bebês derivados do processo de detecção”

Preciso dizer o seguinte: Com a instituição do programa Criança Feliz, retornamos à lógica assistencial na perspectiva de que as famílias precisam de tutela. Queria destacar isso porque me parece importante quando a gente vai fazer a análise da lei e seus efeitos sobre as famílias. Se entendemos que a nossa intervenção sobre as famílias tem um caráter de tutela porque precisamos ensinar as mães a fazerem vínculo, porque precisamos ensinar as famílias a cuidarem de suas crianças, impossível não lembrar de um texto clássico nesse debate que é do Jacques Donzelot, *A Polícia das Famílias*, se a perspectiva da relação entre profissionais das políticas públicas e famílias pauperizadas é a de que precisamos higienizá-las. Fico, então, me perguntando que tipo de intervenção está se propondo com o espírito que esta lei, 13.438, traz. Bem, preciso dizer por fim, desta parte aqui de elenco de questões que podem subsidiar a nossa interpretação sobre o momento

em que essa lei foi aprovada, a correlação de forças, não é? Porque é uma lei que passa seis anos praticamente tramitando e ela é aprovada em caráter de urgência no início deste ano. Nós precisamos fazer uma análise de contexto da correlação de forças para entender o que se passa com seis anos desse projeto de lei sendo, de alguma forma, combatido, para ele em regime de urgência ser aprovado, e como a Rozi já bem disse aqui, sem processo devido de discussão pública por meio de audiências públicas.

Bom, se alguém achar que eu estou tomada por teorias fantasiosas da conspiração, sugiro que assista uma audiência pública que não tratou especificamente da lei, mas tratou de processos, visava tratar dos processos de medicalização da infância e foi realizada em 24 de novembro de 2015, na Comissão de Seguridade Social e a Família, coordenada pelo deputado Osmar Terra, que é autor, juntamente com a deputada Shéridan Oliveira, do requerimento dessa audiência. Nessa audiência, uma das pessoas convidadas, foram vários os convidados, tanto do Legislativo quanto pessoas especialistas, tidas como especialistas no tema, eu vou destacar as palavras de um dos convidados que participou da atividade, porque ele queria apresentar então justificativas teóricas e técnicas, para mostrar que esta lei não teria efeitos medicalizantes. Essa era a função da fala: defender a Lei 13.438, “a detecção precoce”, como ele chama reiteradamente ao longo da sua explanação: *“Nós fizemos o cálculo de qual é o custo por aplicação”*, do protocolo, *“qual é o custo de aplicação por criança sendo que o pediatra de planta”*, ele tá usando um termo em espanhol que é o pediatra, que é o quadro permanente que não precisaria ser contratada especificamente pra isso, então *“qual é o custo de aplicação por criança sendo que o pediatra do quadro permanente, seria quem aplicaria esse protocolo. O custo por criança seria de 1 real e 20 centavos, porque não requer mais que alguns minutos a mais na consulta pediátrica e apenas duas folhas de papel”*. E ele termina o seu argumento, para defender a importância e a funcionalidade da detecção precoce assim. Então, numa lógica em que a gente reduz trabalho multiprofissional em equipe, a gente reduz leituras de território e leituras comunitárias, com intervenção também comunitária, numa lógica em que se entende que a família é alguém que precisa ser ensinada, higienizada e que as nossas crianças, esse

é um dos argumentos apresentados também na explanação, como as famílias, os adultos das famílias são pessoas mais velhas, isso traz consequências de dificuldade de produção de vínculo. Convido vocês a assistirem.

Nesse espírito da privatização do SUS, da mudança de uma lógica de um paradigma de saúde que o SUS traz para o paradigma privatista, e numa compreensão de que famílias precisam ser higienizadas, o que isso tudo tem a ver com a lei? A lei fala em obrigatoriedade do uso do protocolo ou outro instrumento em crianças de zero a 18 meses, em consultas pediátricas para aferir risco para o desenvolvimento psíquico. Esse é o texto da lei. Não traz a perspectiva multiprofissional, não fala de processos, de acompanhamento, de acompanhar um bebê em desenvolvimento e seus cuidadores, suas cuidadoras. A lei não fala em linha de cuidado. Para a lógica em curso da política de saúde, essa lei é perfeita, afirma existir um protocolo a ser aplicado, com a vantagem de ser rápido, como já mencionei, e de baixo custo, 1 real e 20 centavos por criança, com duas folhas de papel, que produzirá encaminhamentos para serviços especializados, seja via entidade conveniada, seja planos de saúde "acessíveis", em que a investigação é feita dentro da lógica já compartimentada dos especialismos do trabalho ambulatorial, do encaminhamento para mais testes e outras profissionais que não vão trabalhar como equipe, não conversam entre si, emitem documentos e fazem outros encaminhamentos para outros atendimentos.

E familiares que viveram ou vivem situações de preocupação com o desenvolvimento psíquico de seus bebês, sabem muito bem o quanto esse sofrimento é intensificado pela lógica dos atendimentos compartimentados, que só fazem gerar outros e outros atendimentos compartimentados e vários e outros distintos diagnósticos. A lei aqui discutida não produz intervenção em equipe, não avança no atendimento integral, não insere numa linha de cuidado as crianças que historicamente tem tido o seu direito à saúde violado, tanto pela saúde mental quanto pela política de pessoas com deficiência. A lei aqui discutida está em sua raiz comprometida com uma perspectiva de saúde que não é a que constitui as diretrizes do SUS; ela gera disputa pela hegemonia dos protocolos a serem aplicados. É isso que ela tem gerado. Ela gera perpetuação da lógica do atendimento

"Ela gera perpetuação da lógica do atendimento em saúde como sinônimo de atendimento médico, e isso nos afeta. Ela gera aligeiramento das investigações e do acompanhamento de familiares e de bebês na atenção básica, ela enfraquece o SUS ao tratar a atenção básica como espaço de triagem. Ela não se articula com a política da primeira infância, não se refere aos princípios do SUS, não se integra à lógica da atenção básica que construímos, e assim, não gera cuidado com bebês ou escuta cuidadosa das famílias e de suas preocupações"

em saúde como sinônimo de atendimento médico, e isso nos afeta. Ela gera aligeiramento das investigações e do acompanhamento de familiares e de bebês na atenção básica, ela enfraquece o SUS ao tratar a atenção básica como espaço de triagem. Ela não se articula com a política da primeira infância, não se refere aos princípios do SUS, não se integra à lógica da atenção básica que construímos, e assim, não gera cuidado com bebês ou escuta cuidadosa das famílias e de suas preocupações. Finalizo perguntando como iniciei: quem afinal ganha com a Lei 13.438? 🤖

Psicanalista de orientação lacaniana. Possui graduação em bacharel em formação de psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e mestrado em psicologia pela USP, pelo Instituto de Psicologia. Também doutorado na Faculdade de Educação da USP com a tese: Alfabetização: perspectivas da articulação sujeito e escrita. Participou do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise com crianças e é participante do Movimento psicanálise, autismo e saúde pública, desde sua fundação. Colaboradora do Ministério da Saúde, área técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Boa noite. Eu queria começar agradecendo ao CRP de São Paulo por abrir espaço para esse necessário debate, queria agradecer a comissão organizadora do evento e as minhas ilustres colegas de mesa, sobretudo, pelo percurso que temos conseguido construir como um coletivo junto com alguns outros colegas de diferentes lugares no Brasil que, além de mim, da Maria Aparecida Moisés, da Biancha Angelucci, a gente conta também com o trabalho da Cecília Collares que está aqui, da Cláudia Mascarenhas em Salvador, da Bárbara Costa, da Luciana Surjus, da Maria de Lurdes Zanolli, do Ricardo Lugon e da Cristina Ventura. A gente vai fazendo novos enlases nada digitais e muito pensamentais, com outros coletivos e outros grupos e outras pessoas que têm ajudado e contribuído bastante para o enriquecimento dessa discussão. A gente tem vivido a experiência efetiva de uma construção coletiva da qual me honra muito participar. Estamos cada um em um lugar, falando de um lugar diferente do Brasil, mas também cada um entra na conversa de um lugar diferente do saber e de um lugar diferente do fazer, e temos podido, com as nossas diferenças, qualificar a nossa pesquisa, nossos argumentos, o debate interno e externo. A minha parte aqui hoje é, depois da Biancha ter apresentado esse panorama do estado de saúde da saúde, do estado de doença da saúde no Brasil hoje, eu vou fazer uma apreciação específica sobre a Lei 13438. Queria começar dizendo a vocês alguma coisa que a Biancha já disse muito bem-dito, mas eu quero recolocar para iniciar assim, é nesse cenário, nesse contexto político atual que essa lei se insere. Isso não pode, de forma alguma, ser desconsiderado. Eu vou poupar vocês da apresentação repetida da lei, mas eu vou lembrar que ela é uma lei que altera o ECA e que considera obrigatória a aplicação a todas as

“É nesse cenário, nesse contexto político atual que essa lei se insere. Isso não pode, de forma alguma, ser desconsiderado”

crianças nascidas no Brasil, nos seus primeiros 18 meses de vida, de um protocolo ou outro instrumento para facilitar a detecção em consulta pediátrica do acompanhamento da criança de risco para o seu desenvolvimento psíquico. Nos surpreende a todos, e eu acho que vale a pena repetir, que essa lei tenha feito uso do regime de urgência e que tenha suspenso com isso o necessário debate entre os atores-chave dos grupos de interesse ligados ao tema. É surpreendente ainda, que os pareceres contrários à sua promulgação, emitidos pelo Ministério da Saúde em 2011 e agora em 2017, não tenham sido considerados em seus consistentes argumentos. A matéria da lei não foi objeto de audiência pública e sequer de debates públicos, como caberia no processo democrático frente a uma temática de alcance nacional que não é objeto de consenso, como a Rozi apontou no início. Entendo, então, que essa é a nossa tarefa agora. Nós precisamos qualificar nosso debate, escutar as diferentes posições, fortalecer os nossos argumentos, refazer os nossos argumentos, recolocar as nossas posições e fazer, sobretudo, desse episódio uma oportunidade para o, cada vez mais raro, exercício de estar com os outros num ambiente democrático em que as opiniões diversas não qualificam sozinhas as outras pessoas. Vamos então entrar no debate sobre o conteúdo da lei para que a gente possa guardar tempo para a conversa que vamos ter.

“Apostamos em políticas efetivas de vigilância da primeira infância e isso não se confunde com o rastreamento universal proposto por essa lei”

Tem uma primeira pergunta que nos orienta e que é a mais importante de ficar clara para todos nós que nos interessamos sobre o cuidado e atenção à primeira infância: qual é o cidadão que seria contra a detecção, em tempo hábil, de problemas que afetam as pequenas crianças brasileiras? Certamente, nenhum. Não está aqui o nosso ponto de discordância. Entre esses cidadãos, a posição que eu aqui represento, defende a detecção em tempo dos problemas da infância, defende o investimento estatal, urgente na sua viabilização nos termos de uma política pública responsável, e é por isso que a gente discorda do método proposto pela Lei 13.438. Apostamos em políticas efetivas de vigilância da primeira infância e isso não se confunde com o rastreamento universal proposto por essa lei. É consenso entre os profissionais e pesquisadores da saúde pública a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção de saúde, de saúde mental para o real avanço no campo do cuidado integral às crianças e adolescentes. Sabemos todos que há uma lacuna na atenção à primeira infância, que os bebês e as pequenas crianças não têm sido todos atendidos em tempo. É fato indiscutível que esse cenário precisa sofrer alterações urgentes. Esforços têm sido empreendidos nesse sentido, por exemplo, através da execução da Pnaisc (Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança), da proposição do Marco Legal da Primeira Infância e da revisão sistemática da Caderneta de Saúde da Criança.

Temos quatro pontos para serem discutidos que são muito importantes em relação ao texto estrito da lei. “É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus 18 primeiros meses de vida, em consulta pediátrica de acompanhamento, de protocolo para avaliação do risco para o desenvolvimento psíquico.” São esses quatro pontos que eu quero discutir com vocês.

Ponto 1: a lei impõe que em todo bebê brasileiro seja aplicado um protocolo para detecção dos sinais de risco psíquico. Na saúde pública, usa-se o termo “rastreamento” para falar das situações em que algum teste, um protocolo ou qualquer instrumento é aplicado para todos os indivíduos, independente de haver uma queixa ou preocupação.

O que nos diz a experiência internacional acerca desse tema? Eu vou resumir bem, todos esses enlaces estão disponíveis caso vocês queiram consultar. O que nos diz a experiência internacional? No Reino Unido, que tem um sistema de saúde universal, como o nosso pretende ser, e que disponibiliza ampla cobertura tanto na atenção primária quanto de cuidado especializado, há uma recomendação explícita, fundada em evidências científicas de larga escala, de não se realizar rastreamento de quaisquer agravos, seja autismo, seja risco psíquico, seja transtorno ou sofrimento. O mesmo tipo de recomendação se aplica nos Estados Unidos da América, onde uma força-tarefa revisou exaustivamente os estudos científicos envolvendo nessa revisão mais de 130 mil crianças, - é um N bastante considerável -, e afirmou não haver justificativa para o rastreamento de autismo em crianças abaixo dos 18 meses. Evidências indiretas sugerem que os estudos voltados para as faixas etárias abaixo dos 16 meses apontam tanto para subidentificação, baixa sensibilidade e valor preditivo positivo, quanto sobre identificação, baixa especificidade. Alguns instrumentos, por exemplo, o M-chat, ainda não foram exaustivamente estudados em populações muito jovens, logo, as características a respeito do seu desempenho nessa faixa etária ainda não estão disponíveis. Já as recomendações da Academia Americana de Pediatra, que são também endossadas pelo Centers for Disease Control, CDC, apontam para a restrição de aplicação dos instrumentos de rastreamento sobre a presença de alguns indicadores, tais como: realizar vigilância quando houver irmão ou irmã com autismo ou houver preocupação, que podemos entender como uma queixa, dos cuidadores. Só recomenda a aplicação de ferramenta específica se houver queixa ou se a criança tiver mais de 18 meses. Veja: abaixo dos 18 meses, a aplicação, nos termos da vigilância, é sob a queixa dos cuidadores. O mesmo acontece na Europa, onde nenhum dos países do bloco realiza aplicação indiscriminada de um teste dessa natureza. Essa pesquisa que foi coordenada pelo Garcia Primo, tem um N de mais de 70 mil crianças rastreadas: quanto menor a idade, maior o número de falsos positivos e mais difícil de diferenciar de outros atrasos de desenvolvimento. Ou seja, tanto a ciência, e estamos falando de estudos robustos, de altíssima qualificação metodológica, quanto a gestão pública em vários países do mundo, contraindicam o que o Brasil, com uma lei que foi aplicada em regime de urgência e sem debate, colocou em funcionamento. Eu vou fazer um parêntese aqui, porque a Biancha foi fazendo

comentários acerca do que a lei não fez, e eu fiquei imaginando que aqueles que acompanham a execução das políticas públicas, poderiam pensar *"ah bom, mas tem a lei, e todas essas coisas que ela falou poderiam ser feitas na regulamentação da lei"*. No caso dessa lei, ela não voltou para o Ministério com essa possibilidade de ser regulamentada, portanto, essa lei é o texto dela, ponto, acabou o assunto. Então, bom, eu vou dizer novamente para evitar os maus entendidos. Sob a queixa dos cuidadores, ou sob os sinais de que algo não vai bem com o bebê, não há contraindicação para que os procedimentos de vigilância abarquem o uso de instrumentos para a detecção de problemas que comprometam o desenvolvimento das crianças. Em termos mais claros: sob a necessidade de avaliação específica, esta deverá ser feita usando instrumentos clínicos validados no Brasil, sejam esses testes, protocolos ou a avaliação clínica direta, entendo eu, a depender da escolha do profissional responsável fazer para isso.

"Eu enfatizo: não existe ainda no Brasil nenhum protocolo ou instrumento que tenha validação epidemiológica para sustentar a implementação de uma política pública deste porte, que seria uma política de rastreamento para esse fim, nessa faixa etária"

Ponto 2: os bebês de zero a 18 meses. A pergunta é bastante simples, é quase simplória: por que mesmo que escolhemos essa faixa etária para estar no texto da lei? Por que essa lei faz a eleição da população de zero a 18 meses para aplicação do protocolo para risco psíquico? Após os 18 meses, as crianças não estariam mais submetidas a nenhum risco psíquico? E nós adultos? Nós não estamos submetidos a riscos psíquicos? Por que tem essa idade limite? O que se assegura até os 18 meses? Além disso, não existem indicadores científicos e clínicos para isso, nem aqui e nem em nenhum outro país. Eu enfatizo: não existe ainda no Brasil nenhum protocolo ou instrumento que tenha validação epidemiológica para sustentar a implementação de uma política pública deste porte, que seria uma política de rastreamento para esse fim, nessa faixa etária. Não consta no sistema de avaliação de testes psicológicos instrumentos psi-

cológicos com parecer favorável, e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, - a Conitec -, também não emitiu parecer relacionado a algum desses protocolos. Há, ao contrário, recomendação internacional de que o rastreamento não seja realizado em bebês até 18 meses, pois os instrumentos usados para o rastreamento nessa faixa etária são muito sensíveis e pouco específicos. Isso quer dizer que, nesse caso, são muito frequentes as situações falsamente reconhecidas como positivas, ou seja, crianças sem problemas passam a ser consideradas como portando um problema que não tem, gerando angústia desnecessária nos familiares e gastos desnecessários no sistema de saúde. Que instrumentos nós temos disponíveis para esta faixa etária no Brasil? Nós temos o IRDI, indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil, que, no caso da lei, alcança os termos de risco para o desenvolvimento e refere-se a uma população abaixo de 18 meses. Porém, os seus estudos têm base epidemiológica restrita, não foram feitos estudos de replicação e nem adaptação para os diversos contextos culturais do Brasil. Quer dizer, precisaríamos entender se a ideia de risco para o desenvolvimento infantil se qualifica da mesma maneira para as crianças que estão aqui nessa cidade, para a população ribeirinha da Amazônia e para a população periférica de centros urbanos, enfim. É um instrumento aplicável à faixa etária de zero a 18 meses e esse é o período do desenvolvimento com maiores chances de produzir falsos positivos e falsos negativos. Temos também o M-chat, que é traduzido para o Brasil, mas que ainda não está validado no Brasil, e que é recomendado para população com idade superior a 18 meses. Quando usado em rastreamento, o seu desempenho sofre alterações de acordo com variáveis culturais populacionais e do próprio contexto de aplicação. E vejam só, nós te-

"Isso quer dizer que, nesse caso, são muito frequentes as situações falsamente reconhecidas como positivas, ou seja, crianças sem problemas passam a ser consideradas como portando um problema que não tem, gerando angústia desnecessária nos familiares e gastos desnecessários no sistema de saúde"

mos também um instrumento que é a Caderneta de Saúde da Criança, um instrumento de vigilância amplamente distribuída no país e que atende a recomendação específica para essa faixa etária designada no texto da lei, mas não se reduz a ela.

Número 3: é preciso discutir a ideia de risco psíquico. Em primeiro lugar, cabe considerar o que quer dizer um diagnóstico de risco psíquico ou de risco de qualquer patologia mental. Entendo que a ideia de risco antecipa a condição do adoecimento. Por exemplo, uma pessoa diagnosticada com diabetes, ela passa a se comportar de uma maneira exata como um diabético. E o que isso pode querer dizer em termos de funcionamento psíquico? Como uma família reagiria à informação de que uma criança tem risco de autismo, de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, de transtorno de personalidade antissocial? Que lugar seria reservado para essa criança? É aqui que começamos a considerar o que foi referido como os efeitos iatrogênicos dessa lei. O que ela produz? Sabemos que o psiquismo não é redutível à referência aos transtornos mentais, conhecemos também a lógica que impõe essa redução. Adoraria ter tempo de fazer essa discussão agora, mas vamos guardar para um outro momento. Mas sabemos também que essa é a ideia dominante, e sim em relação a essa, também é necessário intervir sobre os efeitos patologizantes na infância. Não creio que seja através da imposição da avaliação de risco psíquico pela força de uma lei que avançaremos nessa discussão. A discussão, aliás, já deveria ter sido feita antes; antes de ser necessário avaliar o risco para o desenvolvimento psíquico pela força de uma lei, é preciso que entendamos o que risco psíquico quer ou não quer dizer. Não temos a discussão suficiente sobre esse tema no SUS e mesmo nas clínicas privadas para definir o que é risco psíquico, e tão pouco, como isso pode ser considerado nas diferentes condições culturais e territoriais do nosso país de dimensões continentais. Não há instrumento que suporte a diversidade presente na nossa realidade. Nesse sentido, qualquer ação estará fadada ao fracasso. Ainda assim, é absolutamente urgente que possamos propor alternativas ao cuidado para uma população que sofre com a falta de atenção à sua saúde.

É preciso diferenciar as ideias de risco e de sofrimento psíquico, pois se é verdade que as intervenções clínicas adequadas podem cuidar do sofrimento já em curso na vida de um bebê e da pequena criança, e alterar o seu destino antes da instituição de uma patologia precoce, o mesmo

“Não há instrumento que suporte a diversidade presente na nossa realidade. Nesse sentido, qualquer ação estará fadada ao fracasso. Ainda assim, é absolutamente urgente que possamos propor alternativas ao cuidado para uma população que sofre com a falta de atenção à sua saúde”

não acontece quando se diagnostica risco psíquico, risco e sofrimento são categorias diferentes e implicam consequências também diferentes. É por isso que os procedimentos de vigilância, quando decidem seus rumos de cuidado a partir dos sinais de que algo não vai bem, são bastante mais eficazes e seguros, algo não vai bem pode apontar para uma experiência de sofrimento já em curso. O documento P, escrito na década de 80 por Michel Sallet e Janine Noeli, é um exemplo bastante interessante. Nesse documento se indica o seguinte: *“não esperar pela demanda explícita; buscar reconhecer as maneiras pelas quais o sofrimento, a incapacidade, o conflito e o luto são expressos”*. Esse, se não é o primeiro, é um dos primeiros documentos referidos ao esforço de tornar a atenção aos bebês uma política que não se reduza à clínica stricto sensu. É de fato inspirador esse documento, pois ele refere à instalação de procedimentos em promoção de saúde para primeira infância. Para concluir esse ponto, eu vou repetir, “a intervenção precoce deve ter lugar e se instituir como uma política de atenção para a primeira infância, mas é preciso armar condições pra isso”. Nós vamos voltar a isso, mas, antes disso, um outro aspecto da lei deve ser examinado, é o nosso número quatro.

Ponto 4: A lei indica que os protocolos sejam aplicados em consultas pediátricas. A puericultura no SUS, exatamente como a Biancha se referiu ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, usa a Estratégia Saúde da Família, para dar conta da diversidade da extensão territorial do Brasil. Não é realizada exclusivamente pelo pediatra. Aliás, vale dizer, isso não é um problema em si, a resposta ao vazio a atenção à faixa etária não deve ser respondida exclusivamente pelo aumento de pediatras, apesar de ser necessário esse aumento, mas ele isolado seria absolutamente inadequado dentro da lógica do SUS. Os pediatras não podem

ser os únicos profissionais responsabilizados pela saúde das crianças. Sugiro para isso, que a gente faça dois exercícios: vamos imaginar, por exemplo, um município de interior que tenha de cumprir os termos da Lei 13.438, mas que não tem nesse local a disponibilidade de pediatras na atenção básica; ele faz a puericultura, sobretudo, através da Estratégia Saúde da Família com médicos da família e agentes da saúde. Seria esse município alvo de ações que obrigassem a contratação de pediatras para o cumprimento da aplicação de protocolos como esses? Estaríamos concordando com a fragmentação do acompanhamento do desenvolvimento da criança escoando os (parcos) recursos para esse fim culminando na privatização da assistência?

Vocês vão vendo como essa lei obedece a esse contexto que a Biancha trouxe aqui para gente? Tem uma lógica em curso, a preocupação com a detecção precoce encontrou neste cenário, um determinado viés para acontecer e ter lugar na execução de uma política. E é essa nossa preocupação. O nosso questionamento não é com a detecção precoce, é de que maneira que se está propondo e inserido em que lógica que isso ganha lugar. Imaginemos, por exemplo, que daqui a alguns anos, uma criança que nasceu no dia 26 de outubro de 2017, que é o dia em que a lei entrou em vigor, receba um diagnóstico de qualquer transtorno e que a esse possa se atribuir uma suposta causalidade psíquica, que para as famílias, muito provavelmente será assimilado a existência de algum transtorno, TDH, autismo, depressão. Imaginemos outra criança, que ao chegar na adolescência, faça qualquer gestor transgressor e receba um diagnóstico de TOD ou seja apontada com algum transtorno da personalidade. Seus cuidadores, responsáveis, acessarão o protocolo a que essas crianças foram submetidas por força dessa lei, um protocolo que prometia identificar os sinais para risco psíquico, e aí essa família pode entender que esses diagnósticos deveriam ter se apontados como risco psíquico. Digamos que, no documento que essas famílias têm em mãos, não tenha sido apontado risco referido a tais diagnósticos, porque não existia mesmo nenhum risco naquele momento ou porque o instrumento foi incapaz de identificar todos os casos positivos. O que vai acontecer? Todos aqui sabemos: judicialização da saúde. O Estado vai ser indiciado e deverá dar conta do fato de não ter previsto que anos depois esse bebê receberia esse diagnóstico. O Estado brasileiro, o SUS, os convênios de saúde e cada

profissional médico envolvido na tal consulta pediátrica terá de pagar por isso; cada pediatra será nominalmente indiciado. E o que acontece quando um profissional sabe que a sua ação tem chances de ser judicializada? Ele se protege e com razão. No caso, podemos inferir que a proteção na ausência de instrumento capaz de fazer um rastreamento eficaz, veja, não há indicação científica de que esse instrumento exista, é a indicação de risco psíquico em todos os bebês e o seguro contra as ações judiciais. Daí ocorre um aumento dos custos da saúde, como a gente tem o exemplo do que acontece nos Estados Unidos. Imaginemos agora uma outra criança que recebe aos 12 meses de vida o alerta de risco psíquico pela aplicação do protocolo. Anos depois, ao descobrir que não tinha nenhum problema e foi erradamente identificada, vocês lembram dos falsos positivos? E que com isso essa criança carregou, por alguns anos, um problema inexistente e acabou por incorporá-lo e se tornar de fato psicologicamente adoecida. O que farão os seus pais? Eles processarão o Estado, o SUS, o convênio, pediatra. O que eu quero dizer com isso aqui, é que essa lei nos curva à obediência de uma determinada lógica, que eu vou chamar aqui de obediência à indústria do adoecimento. Porque essa indústria ganha com a 13.438 um incremento legal muito potente e perigoso; a patologização da experiência da infância fere os princípios da proteção integral. E é importantíssimo que fique claro: o problema não está no ato diagnóstico em si, a questão que levanto aqui é outra.

“Digamos que, no documento que essas famílias têm em mãos, não tenha sido apontado risco referido a tais diagnósticos, porque não existia mesmo nenhum risco naquele momento ou porque o instrumento foi incapaz de identificar todos os casos positivos. O que vai acontecer? Todos aqui sabemos: judicialização da saúde”

Primeiro: quem faz o diagnóstico? Só o pediatra? Quantos pediatras há no Brasil? Essa conta não fecha. Segundo: diagnóstico do quê? De risco

“Existe psiquismo sem risco? Precisamos de recursos, isso sim, para efetivação das políticas intersetoriais já desenhadas pelo Estado. Eu vou citar de novo: o Marco Legal da Primeira Infância; a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis; a Pnaisc e a Caderneta de Saúde da Criança”

para o desenvolvimento psíquico? O que que é isso? Um outro ponto: como se produz um diagnóstico? Agora eu falo exatamente conosco que somos psicólogos. Com quantos pauzinhos se faz a canoa da avaliação diagnóstica? Em quantos encontros? Encontros pontuais são suficientes para isso ou a gente estaria mais seguro sustentando um diagnóstico numa experiência longitudinal? Que lugar se guarda para a interdisciplinaridade numa experiência de um diagnóstico nesses termos? E ainda: que efeitos se produzem com o diagnóstico de risco? Ou melhor, o que é exatamente, do ponto de vista do funcionamento psíquico, o risco? O risco é o risco de patologia? É a isso que nos referimos? Existe psiquismo sem risco? Precisamos de recursos, isso sim, para efetivação das políticas intersetoriais já desenhadas pelo Estado. Eu vou citar de novo: o Marco Legal da Primeira Infância; a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis; a Pnaisc e a Caderneta de Saúde da Criança. Esses marcos legais já existentes, que precisam de investimento de gestão e de financiamento, sustentam a proteção integral à criança. Se o seu financiamento já é restrito e restritivo, imagine o que vai acontecer se o SUS precisar comportar em seu orçamento a viabilização para execução da 13.438. Imaginemos isso num cenário de restrição orçamentária para a saúde nos próximos 20 anos e com os custos adicionados por essa lei. A importância da Caderneta de Saúde da Criança e a necessidade de que sejam realizadas campanhas para a ampliação do seu uso e de aproveitamento de suas efetivas possibilidades é urgente. É assim que vamos cuidar da detecção em tempo dos problemas que assolam as pequenas crianças.

No final de setembro, nos dias 28 e 29, o Ministério realizou uma oficina sobre o desenvolvimento da primeira infância no contexto da

Lei 13.438. Estivemos reunidos profissionais de diferentes entidades e áreas técnicas do próprio Ministério da Saúde. Alcançamos resultados importantes, dentre os quais eu destaco os seguintes: a solicitação de todas as entidades presentes para que o Ministério da Saúde empenhe esforços para viabilizar a anulação, a revogação da Lei 13.438; a afirmação consensual entre todos os presentes de que o instrumento mais completo para o acompanhamento do desenvolvimento integral de bebês de zero a 18 meses é a Caderneta de Saúde da Criança, sendo necessária a sensibilização e a qualificação profissional do seu uso; a demanda de que a utilização de qualquer outro instrumento ou protocolo complementar à Caderneta de Saúde da Criança deve ficar condicionado à emissão de parecer favorável da Conitec. E, sobretudo, não podemos esquecer de algo que também foi dito ali, a necessidade de expansão e não de redução, e da qualificação dos diferentes serviços e estratégias da atenção básica em saúde, em especial as ações interdisciplinares e multiprofissionais de puericultura, bem como serviços de rede de atenção psicossocial e da rede de cuidados à pessoa com deficiência.

É consenso entre nós, e duvido que alguém seja contrário a isso que, não obstante os esforços, ainda há no país uma enorme defasagem entre as necessidades de acompanhamento das crianças e dos bebês e a disponibilidade de recursos para fazer frente a elas. É preciso, porém, considerar como vamos enfrentar essa defasagem, como ela é enfrentada como política pública de Estado e a nossa proposição é que o façamos através do investimento das políticas já instituídas, balizadas pelo Marco Legal da Primeira Infância, pela Pnaisc, com o foco na Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, e na Caderneta de Saúde da Criança como instrumento privilegiado de ação. 🌱

Maria Aparecida Affonso Moysés

Graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de São Paulo, doutorado em medicina pela USP, livre docente em pediatria social pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; atualmente professora titular em pediatria da FCM da Unicamp; atua em ensino, pesquisa na área de atenção à saúde do escolar e em especial nos campos da medicalização do comportamento e da aprendizagem, avaliação cognitiva, aprendizagem e desenvolvimento; coordena o laboratório de estudos sobre aprendizagem e desenvolvimento e direitos no Ciped, - Centro de Investigações de Pediatria - da Unicamp; publicou livros e vários artigos em periódicos científicos na área de medicina, psicologia e educação; autora do livro A Institucionalização Invisível: Crianças que não aprendem na escola; parceira do Despatologiza, Movimento pela Despatologização da Vida que tem articulado as discussões, eventos e ações sobre a medicalização da vida educação; coordena o Repense, grupo de estudos sobre despatologização, tolerância e discriminação do Fórum Penses da Unicamp.

Bom, acho que llana e Biancha já falaram tudo, podemos partir para o debate. Quero agradecer o convite para estar aqui, agradecer os companheiros do CRP, que mais uma vez se lançam à frente em algumas discussões extremamente importantes para a sociedade brasileira e especialmente pela possibilidade de estar aqui com duas queridas companheiras e militantes nessa batalha que a gente vem enfrentando.

“Quando falamos de criança, estamos falando da vida dela, dos modos dela se desenvolver, dos diferentes modos dela se subjetivar, dos infinitos modos dela se descomportar”

Vou mudar um pouquinho o foco da fala e conversar sobre a criança. E quando falamos de criança, estamos falando da vida dela, dos modos dela se desenvolver, dos diferentes modos dela se subjetivar, dos infinitos modos dela se descomportar. Lembrando que é fundamental que a criança, a gente também, se descomporte. As potencialidades de cada criança, as necessidades, os modos de ela interagir no mundo, de ela existir, os saberes dessa criança e os conhecimentos sobre a criança, o SUS. Na verdade, estamos falando de tudo isso nessa mesa aqui, a pediatria, e aqui eu quero fazer um parêntese para dizer que eu, como pediatra e formadora de pediatras, eu sou intransigentemente, radicalmente contra pediatras

treinados. Nós dispensamos treinamentos, especialmente treinamentos aligeirados que nos treinem para aplicar um questionário em poucos minutos. Nós somos profissionais que têm um conhecimento e dispensamos isso. Eu quero pediatras bem formados que sejam capazes de avaliar não uma coisa, um aspecto específico da criança, mas a criança como um ser integral. Isto inclui o desenvolvimento de todos os aspectos do desenvolvimento. Aliás, eu só queria lembrar que desenvolvimento não existe fora da criança ou fora do sujeito. Então, avaliar o desenvolvimento fora do sujeito é uma coisa um tanto quanto esquisita. E tem também a pediatra, que sou eu, eu sou professora titular de pediatria na Unicamp e sou militante do Despatologiza. Acho que muitos de vocês já sabem que eu sempre declaro meus conflitos de interesse, até porque se exige que médicos e médicas declarem seus conflitos, e eu então declaro que eu não tenho conflito de interesses com a Novartis, nem com a Jansen, nem a Shire, com nenhuma indústria e nem com editoras, não tenho nenhum interesse financeiro nessa discussão, pelo contrário, geralmente eu não ganho, eu gasto. Mas eu tenho sim, esses compromissos que são radicais e intransigentes. Radicais porque são de raiz e intransigentes porque são princípios e princípios a gente não negocia, não transige. Então, quando dizem que eu sou intransigente em princípios, eu agradeço o elogio.

Quero começar lembrando que cada criança é um sujeito singular e único, igual a todos os outros e diferente de todos os outros. Acho que talvez para entender melhor o que estou querendo dizer, eu recomendo a leitura de um texto

“Quero começar lembrando que cada criança é um sujeito singular e único, igual a todos os outros e diferente de todos os outros”

que eu gosto muito, que é A Terra dos Meninos Pelados, do Graciliano Ramos, que está no livro *Alexandre e Outras Histórias*. Ele conta a história do Raimundo, que foge de casa e vai para um lugar porque ele é muito discriminado, e ele encontra um lugar onde tem 500 crianças todas iguais a ele, todas iguais entre si, cada uma diferente da outra. É disso que estamos falando. Da criança sujeito singular. Eu queria destacar que criança problema não existe, é problema para quem? Não é a criança que é o problema. Também outra coisa que se fala muito é “criança diferente”, também não, existem diferenças. E essa criança como sujeito singular tem o direito de ser respeitada, acolhida, valorizada, atendida em suas potencialidades e necessidades. E esta criança única, singular igual a todas as outras, tem infinitas possibilidades de modos de levar a vida e modos de aprender. Eu já falei da minha birra com treinamento, eu também tenho uma birrinha com comportamento, eu prefiro modos de se comportar, e gosto ainda mais do modo de levar a vida do Canguilhem, por isso que eu falo de “modos de se descomportar”. Então, ela tem infinitas possibilidades, todos nós temos, de expressar o que temos de humano. O humano se expressa de modos infinitos, não só de uma pessoa para outra, mas dentro da mesma pessoa. Eu sempre brinco que eu não sou uma, eu sou muitas, todos nós somos infinitos. Essas infinitas possibilidades de expressão, quando sofrem processo de padronização ou normatização, em busca de comportamentos adequados, elas são anuladas. Em comportamentos adequados, comportamentos padronizados normatizados não há possibilidade de expressar o humano. Vale lembrar que normas impostas deformam. A tentativa de padronizar, de normatizar as pessoas, buscando o comportamento adequado, nega-lhes a possibilidade da diferença e também a existência de desigualdades, e aí precisamos valorizar as diferenças e combater as desigualdades. Tudo isso é anulado, em busca de comportamentos adequados, deformando a própria vida das

“E essa criança como sujeito singular tem o direito de ser respeitada, acolhida, valorizada, atendida em suas potencialidades e necessidades. E esta criança única, singular igual a todas as outras, tem infinitas possibilidades de modos de levar a vida e modos de aprender”

pessoas. E, então, passamos nessa deformação por intolerância com as diferenças ou com aquilo que a gente chama de “o diferente”, que é o preconceito, o estigma, a discriminação, a exclusão, que reforça a intolerância, aumenta o preconceito, aumenta o estigma, a discriminação, a exclusão e aí se constrói o não sujeito, o não sujeito de direitos e o não cidadão.

“Temos de defender intransigentemente que toda criança é um sujeito de direitos”

Ao contrário disso, temos de defender intransigentemente que toda criança é um sujeito de direitos. Tem uma discussão se já é cidadão ou não, mas enfim, sujeito de direitos ela é sem dúvida. E ela tem inúmeros direitos: direito a uma alimentação adequada; a afetos; a sono; a interagir; a se desenvolver; a crescer; a ser respeitada; a brincar; a calor, estou falando de calor físico e calor humano; tem direito de aprender; tem direito de ver valorizada a sua pertença cultural; de ser acolhida; tem direito ao acesso à atenção integral à sua saúde, de qualidade. Isto significa acompanhamento contínuo, não há atenção à saúde de qualidade de criança, de adulto, de idoso, de adolescente, se não for com acompanhamento contínuo. Acho que isso é uma questão que a gente precisa firmar cada vez mais. É no acompanhamento contínuo, não avaliações pontuais. Avaliação pontual é uma doença emergencial que vai no pronto-socorro, é outra coisa. Mas quando estamos falando de um processo de vida, temos de falar obrigatoriamente de um acompanhamento contínuo, obrigatoriamente de crescimento. E aqui, veja,

eu coloquei “crescimento” porque acho que dá para deslocar da lei, do desenvolvimento e pegar algo que é crescimento físico, é mensurável, é visível. Eu só posso avaliar se o crescimento de uma criança está adequado, se essa criança está crescendo bem, se eu tiver a evolução do crescimento dela, uma medida isolada não me diz nada, ela pode estar no percentil 50 da curva, e há três meses atrás, ela estava no percentil 60, ela desacelerou. Então, ou eu tenho o acompanhamento ou eu não posso avaliar crescimento. E mesmo tendo o gráfico de crescimento de estatura, peso e perímetro cefálico, vamos lembrar disso que é extremamente importante, isto é um instrumento auxiliar, se eu não tiver uma avaliação da criança, do contexto de vida dela e da família, eu não posso falar nada. Por isso a questão que estamos frisando da vigilância, do acompanhamento contínuo. Isso também para o desenvolvimento psíquico. O psíquico é fundamental, mas tem o cognitivo, tem o social, tem o neurológico, tem o sensorial. E isto é um pedacinho de mim. Fora de mim não tem desenvolvimento, fora de mim não tem desenvolvimento psíquico, fora de mim não tem risco. Aliás, risco é interessante, é uma invenção do DSM-5.

“Não há atenção à saúde de qualidade de criança, de adulto, de idoso, de adolescente, se não for com acompanhamento contínuo”

Também temos de acompanhar as imunizações e acompanhamento de uma criança, a atenção integral à saúde de uma criança exige uma escuta atenta e respeitosa de todos os profissionais para os sintomas, queixas e demandas trazidas pelos cuidadores. Eles nos trazem indícios do que pode estar acontecendo com essa criança. Esse acompanhamento contínuo permite investigar quaisquer sintomas ou sinais de um possível problema e permite que eu faça uma rápida identificação de crianças com algum problema. É só um acompanhamento contínuo, que em saúde pública é chamado de vigilância, que eu posso fazer uma identificação rápida, no tempo correto.

Precoce é outra birra minha, porque precoce é antes do tempo, não é? Esquisito. Mas,

enfim, uma identificação rápida de crianças com algum problema. E eu quero frisar que é qualquer problema, com uma possibilidade de rápida investigação e/ou intervenção.

Então, quero contar o caso da Maria, a Mariazinha de 12 meses, uma criancinha, um bebê com o crescimento adequado, que tinha ainda só lalação na linguagem, não ficava em pé e a mãe estava bastante preocupada, porque a mãe achava que a Mariazinha estava atrasada. Na consulta foi possível, conversando com a mãe, identificar que ela trabalha fora e a Mariazinha fica com uma irmã adolescente, e ela ficava muito tempo sozinha no berço. E a conduta foi orientar a mãe e a irmã e pedir para Mariazinha voltar em 14 dias. E eu quero frisar que: não há protocolo, não há teste, não há instrumento padronizado, não há logaritmo, não há algoritmo de computador que consiga identificar o problema da Mariazinha, só um profissional bem formado.

O Pedro, de 10 meses, vinha há dois meses com uma grande dificuldade para ganhar peso e com diarreia recorrente e a cuidadora estava muito preocupada porque ele tinha começado a recusar alimentação. No exame físico, Pedro estava levemente desnutrido, e os exames laboratoriais dele e o exame físico eram todos normais. Conduta: passou do meu limite de possibilidades de atuação e eu peço uma interconsulta com o especialista; porque isso é uma questão que o profissional bem formado tem de saber: quais são as minhas possibilidades e os meus limites, tanto em termos dos meus conhecimentos, como do campo de atuação minha, onde eu estou, o que eu posso fazer, o que eu não posso. A gente inventa um pouco, mas nem sempre. Também não há protocolo que dê conta do Pedro, não há teste padronizado, não há nada que resolva o Pedro.

O Miguel, de 14 meses tinha um crescimento normal, apenas balbuciava, não ficava em pé; há dois meses a mãe já tinha sido orientada a conversar ainda mais com o Miguel e brincar com ele, coisa que ela já fazia, foi reforçado, e ela seguia muito bem as orientações, mas o Miguel continuava com um desenvolvimento que não se desenvolvia bem. Um pediatra bem formado não precisa saber fazer o diagnóstico do que tem o Pedro, mas ele precisa saber que o Pedro tem um problema no seu desenvolvimento e que ele (pediatra) precisa de ajuda, então

encaminha para ambulatório especializado. Nenhum de nós sabe tudo, nunca nenhum profissional soube tudo de todas as áreas, certo? Nem Giordano Bruno. Que dirá nós. E hoje ainda mais. Porém, eu tenho de saber quais são os meus limites, e eu tenho de ter um olhar mais amplo, e isso é o que se espera de um pediatra, que ele seja capaz de identificar uma criança que não está indo bem, e identificar qual é o problema, em que área, *"dou conta, não dou conta, preciso encaminhar?"*. Nenhum protocolo da conta.

A Ana, de 21 meses, tinha crescimento normal. Andava muito bem, falava frases completas, uma menina lindinha, tudo ótimo nela, mas tinha crise de broncoespasmo, não é asma, porque ela só tem 21 meses, então não faz o diagnóstico de asma nessa idade. Porém, conversando, e no acompanhamento continuado, começamos a perceber que ela só tinha broncoespasmo no final de semana, durante a semana não; não tinha nenhuma causa aparente e ela respondia muito mal às medicações. Toda segunda-feira, a mãe aparecia na UBS para falar que a Ana tinha tido uma crise, tinha ido para o pronto-socorro. Conversando com a mãe nas consultas, ela trava, especialmente quando fala sobre o pai. O pai trabalha em outra cidade, vem pra casa só no fim de semana, e sempre que o residente entra na sala, Ana chora. Essa é uma primeira anotação. Nas outras vezes, sempre que qualquer residente ou aluno ou enfermeiro, ou auxiliar homem entra na sala, Ana chora. Nenhum protocolo ia ver isso, nenhum instrumento, e eu estou frisando isso porque eu tenho birra, sou contra mesmo, mas aqui ainda mais. Aí começamos a conversar com a mãe, e realmente quando o pai chegava em casa, era extremamente conflituoso, era uma situação de violência, não chegava à violência física, mas era uma violência terrível e a Ana tinha crises de broncoespasmo. De certa forma, ela até resolvia a situação de violência, porque precisavam levá-la ela ao pronto-socorro e a violência acabava; então era até uma solução. Conduta: interconsulta com saúde mental. Não para a Ana, certo?

Uma atenção integral à saúde da criança. Temos alguns dispositivos muito bem construídos e que têm inclusive uma hierarquia entre eles, uma hierarquia em termos da instância que o construiu. A Caderneta de Saúde da Criança, que foi instituída em 2005, em substituição à caderneta de vacinação, e que é revisada a cada ano, já está na décima edição. Temos, de-

pois, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Pnaisc. A caderneta, podemos dizer que é um manual, é uma norma técnica da área de saúde da criança e do adolescente no Ministério da Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança já é uma portaria do Ministério da Saúde, quer dizer, politicamente, ela é superior à caderneta, ela pode mais. E a gente tem o Marco Legal da Primeira Infância que é uma lei assinada pela presidente Dilma, que então é ainda mais superior. E todos eles, os três dispositivos, absolutamente articulados e integrados. E integrados com o SUS, lembrando que o SUS é um sistema pelo qual lutamos muito, que preconiza o acesso universal de qualidade, com um sistema que se funda na regionalização e na hierarquização dos serviços e na vigilância da saúde de cada criança, vigilância continuada. A vigilância é continuada, senão, ela não é. Então, a Caderneta de Saúde da Criança é uma estratégia privilegiada na política pública de atenção à saúde da criança, ela é de acesso universal, distribuída na maternidade, ela era distribuída na maternidade. Agora, ela não está sendo nem mesmo impressa e as mães são orientadas a imprimir porque ela é disponível na internet, mas ela é para acesso universal e todas as mães deveriam receber, recebiam na maternidade e eram orientadas a levar a caderneta em todas as consultas, em todos os atendimentos, a lerem a caderneta, se apropriarem daquele instrumento. E ela tem anotações bastante consistentes sobre o crescimento, imunizações, marcos de desenvolvimento, tudo que for relevante para a vida da criança, tem espaços enormes para anotação de tudo que possa estar acontecendo. Permite, assim, um diagnóstico rápido de que está acontecendo algum problema e, conseqüentemente, intervenções adequadas, e é uma estratégia importante na redução da morbimortalidade, porque se eu identifico precocemente, e faço uma intervenção em tempo rápido, eu reduzo a morbimortalidade. E ela é um instrumento, um dispositivo que empodera os cuidadores. Acho que essa é uma questão fundamental. Então, aqui são algumas frases em destaque que estão na caderneta de saúde, na parte destinada aos cuidadores. A caderneta de saúde, a última versão dela, tem mais de 90 páginas e mais de dois terços são destinadas aos cuidadores, com orientações extremamente importantes. Então, leve sempre a caderneta quando for ao serviço de saúde e em toda campanha de vacinação,

ande com a caderneta; converse com profissional de saúde, tire dúvidas e peça as orientações para que criança cresça e se desenvolva; solicite ao profissional de saúde que preencha a caderneta, é um direito da criança e da família. Isso eu já falei, dois terços; que tem informações importantes sobre cuidados gerais, sinais de doenças graves, prevenção de acidentes, tem cinco páginas de orientação sobre desenvolvimento infantil e 88% dos cuidadores, das cuidadoras afirmam que leem a Caderneta de Saúde da Criança. Essa caderneta de saúde é um instrumento extremamente importante e potente para vigilância do desenvolvimento infantil. Tem também os marcos de desenvolvimento para uma determinada idade e como fazer essa pesquisa. Tem um gráfico que vai sendo construído na medida em que o cuidador vai marcando a idade, em meses e preenchendo aquilo que a criança já faz, com um destaque. As faixas em amarelo indicam aquilo que é o esperado. Isso pode ser discutível, mas enfim, se o gráfico for preenchido, tem-se a evolução do desenvolvimento da criança. Ele é muito visível, é muito fácil de perceber se alguma coisa não está indo bem, não por um ponto isolado, mas se sistematicamente ela não está conseguindo se desenvolver bem. Essa caderneta vem sendo revista em todas as suas partes a cada ano com o apoio e assessoria de especialistas na área, inclusive da Sociedade Brasileira de Pediatria, de muita gente que trabalha com desenvolvimento infantil. Tem muita gente ajudando e trabalhando nisso junto com a coordenação de saúde da criança e do adolescente no Ministério da Saúde, não é algo que é construído em gabinete, ela é uma sistematização de conhecimentos sobre a criança em diferentes campos científicos, é uma tremenda tecnologia. E eu queria lembrar que tecnologia é conhecimento sistematizado, sempre que eu sistematizo um conhecimento, ele é tecnologia. Uma das tecnologias mais fantásticas que existe é a programação de imunizações, porque ela se baseia em conhecimento, ela não é ao acaso, não é quando eu vou ter a vacina disponível. Isso é tecnologia. Todo conhecimento sistematizado é. Então, ela tem isso, várias páginas aqui para o profissional ir marcando, mas a família vai acompanhando e tem lugar para familiar anotar também. E tem isto aqui ó, que é como você lida se não está indo bem. Quer dizer, se você acha que não está indo bem, você pede, encaminha para um especialista. Você pede um retorno mais curto. Pede

para voltar em uma semana. Duas semanas. Quer dizer, você intensifica a sua vigilância. Isso tudo está na caderneta de saúde, essa tecnologia fantástica que a gente tem. Tem, inclusive, uma parte de orientação para cuidadores e para os profissionais sobre autismo. Tem uma outra que é sobre Síndrome de Down. Quer dizer, como é que evolui uma criança com autismo? O que faz com que eu suspeite? Tem alguns sinais aqui que podem fazer com que eu pense que essa criança pode ter um autismo ou uma síndrome de Down. E como é que eu lido com isso? Como é que eu encaminho? Como é que eu investigo?

Houve um seminário promovido pelo próprio Ministério da Saúde em que foi apresentado uma pesquisa sobre a utilização da caderneta em várias regiões do território nacional. Maria Virginia Marques Peixoto, que é da Fiocruz, do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz, foi quem coordenou a pesquisa. É uma pesquisa enorme, da qual tem algumas partes que eu quero mostrar, pois são extremamente importantes.

Vejam: a leitura da caderneta foi relatada por 88% das mães entrevistadas. Aqui são os planos de comunicação. As quatro partes mais lidas pelas mães: amamentação; "estimulando o desenvolvimento e percebendo alterações", alimentação saudável, os primeiros dias de vidas. 300 mães disseram "todas", gostaram de tudo. A preferida foi "estimulando o desenvolvimento e percebendo alterações", as mães leem, elas acompanham aquilo. Porém, os profissionais de saúde não valorizam a caderneta, pelo menos em registro. Vacinação, todas tinham pelo menos um registro. Gráfico de peso preenchido, pelo menos um registro em 72%; comprimento em 60%; perímetro cefálico 55; desenvolvimento 9,9% na média. Ou seja, é um instrumento incrível, potente, que qualifica a atenção à saúde da criança, que as mães valorizam e os profissionais de saúde não. E a estratégia para qualificar a atenção é investir na formação e sensibilização dos profissionais. Estamos precisando de profissionais menos treinados, menos tecnicados e mais formados, e disponíveis para o trabalho que eles têm que fazer.

A Política Nacional de Atenção Integral prevê a promoção e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento integral, com vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento pela atenção básica à saúde, aquela que, como a Biancha falou, estão destruindo. Tem

uma parte especial que é de atenção à saúde de crianças com deficiências ou situações específicas e de vulnerabilidade. Ações estratégicas previstas nessa política é qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na atenção básica, pela formação de profissionais, um investimento na formação de profissionais. E a PNAISC se organiza a partir da rede de atenção à saúde e dos eixos estratégicos, mediante articulação de ações e serviços de saúde. Quer dizer, ela se constrói no contexto do SUS como um sistema hierarquizado, regionalizado e articulado; não há possibilidade de nada no campo de atenção à saúde se não for articulado.

E sobre o Marco Legal, uma política nacional, uma lei promulgada pela presidente da República, que afirma a preocupação e o compromisso do Estado com desenvolvimento integral de todas as crianças. Ela estabelece marcos legais para as políticas públicas voltadas para a primeira infância, respeito às diferenças especialmente em relação ao desenvolvimento; respeito aos contextos sociais, culturais. Conhecimentos científicos e tecnológicos não são neutros e absolutos, mas se enraízam construções humanas, eles são construções humanas, e têm de se articular com outros campos de conhecimento e com a ética e a política. Sem ética não existe nada. E essas políticas para primeira infância têm obrigatoriamente que se articular com as agências formadoras de profissionais, para que os profissionais sejam formados em cursos voltados às características e necessidades das crianças e a formação de profissionais qualificados.

Então, esse é o campo em que estamos falando. Porém, este campo, esta árvore estão violentamente ameaçados por uma pequena lei que altera o ECA. Eu vou falar muito rapidamente alguns pontos pelos quais eu sou intransigentemente contrária a essa lei. Ela vende a ilusão de detecção e intervenção precoce para crianças com autismo. É uma falsa ilusão, é uma promessa e é um uso inescrupuloso e leviano do sofrimento de famílias. Primeiro que tem a questão do risco psíquico que é algo não definido, mas ela não vai fazer detecção precoce de nada, pelo contrário, ela vai, como a Ilana bem colocou, gerar muitas angústias, tanto pelos falsos positivos como pelos falsos negativos. Ela teve, sou radicalmente contra, uma tramitação em caráter de urgência. Por quê? Porque se impossibilitou debate ou diálogo com todos os autores interessados; inclusive associações

de mães de autistas, de crianças com autismo, também foram alijadas. Alguns estavam dentro, outros estavam fora, mas, enfim, não houve o debate. Ela define por lei uma ação que o pediatra deve fazer e ela não conversou com associações, com as agências formadoras de pediatras, a Sociedade Brasileira de Pediatria não foi consultada, ela também não sabia. Aliás, a Sociedade Brasileira de Pediatria, agora no final de novembro, soltou um documento em que ela afirma que esta lei, um instrumento que deve ser usado nessa lei, é a Caderneta de Saúde da Criança, ela assume essa posição e assume o consenso. O rastreamento a Ilana já falou bastante. Rastreamento em menores de idade abaixo de 18 meses é absolutamente ineficaz, provoca mais malefícios que benefícios. Eu acho que ficou já explicado a diferença de vigilância e de rastreamento. Rastreamento é algo que, no campo do SUS, ele é indicado em algumas questões muito específicas, tá? Fora disso, não, o que se indica é vigilância. E aí o rastreamento com o que, se não existe o instrumento? E por isso mesmo que ele é contraindicado. Quer dizer, se não tem um instrumento epidemiologicamente, cientificamente validado, como é que você vai fazer isso? Por isso, inclusive, que eu estou falando de uso inescrupuloso, leviano e irresponsável com as mães, com as crianças e com o campo da saúde pública. Não tem esse instrumento. Quantos falsos positivos cada um deles provoca? Quantos falsos negativos? Por que não teve debate com os atores, nem mesmo as áreas técnicas do Ministério da Saúde foram consideradas, todas as áreas técnicas emitiram pareceres contrário e foram desconsiderados? Por quê? Que interesses tem aí? Quem é que está ganhando com isso? Não tem a menor preocupação com as crianças e nem com as famílias. Porque uma coisa importante da lei é o seguinte: ela diz que tem que aplicar um protocolo. Tudo bem, e depois, faz o quê? Manda para onde? Quem acolhe? Quem atende essa mãe? Não tem a menor menção à construção de rede de apoio e acolhimento. Você identificou uma criança com o tal risco e aí, faz o quê? Você diz para mãe, "olha, seu filho tem risco psíquico". Qual é o interesse por trás disso? Certamente não é compromisso com a vida de crianças, famílias e da população brasileira. É sempre bom lembrar que as crianças brasileiras e as famílias merecem e tem direito a estratégias de acompanhamento e vigilância adequados. As crianças brasileiras e suas famílias merecem e têm direito a serem

acompanhadas por profissionais bem formados; acompanhamento integral e contínuo com profissionais disponíveis a olhar e escutar crianças e cuidadores. Essa é a peça fundamental para qualidade da atenção, para identificação precoce de qualquer problema da criança, seja físico, psíquico, intelectual, e é o caminho para identificação, inclusive, do autismo. Essas posições são de uma nota pública do Despatologiza.

A cada segundo, recebemos a notícia de que mais um direito foi destruído. E as coisas são destruídas muito rapidamente. Na verdade, estamos no olho do furacão, mas Guimarães Rosa diz que no olho do furacão estão os demônios, e também estão os sacis, lembrando que o saci é aquele que, quando está em perigo, ele foge no redemoinho, no vento e vai aparecer em outro lugar, ninguém pega o saci. No olho do furacão também estão os curupiras, que todo mundo pensa que estão indo para um lado e eles estão indo para outro, porque eles têm o pezinho ao contrário. No olho do furacão sempre estiveram,

e continuam estando, pessoas que dedicaram a sua vida e milhares, milhões morreram e o outros viraram o mundo, fazem esse mundo virar, e continua tendo muita gente, e estamos todos no olho do furacão com o compromisso de virar o mundo, transformar esse mundo naquele mundo que a gente sonha, e ninguém mais pode virar o mundo do que a criança. A criança também está no olho do furacão, porque a criança é irregular, é imprevisível, ela se descomporta e ela é quem, de fato, vira o mundo. 🌪

“Por que não teve debate com os atores, nem mesmo as áreas técnicas do Ministério da Saúde foram consideradas, todas as áreas técnicas emitiram pareceres contrário e foram desconsiderados?”

Marta: Olá, boa noite. Meu nome é Marta, eu sou estudante de psicologia do oitavo semestre. E quando eu vi o tema desse debate eu fui muito inocente, eu imaginei que esse risco psíquico estava relacionado ao ambiente que aquela criança vive, igual a doutora Aparecida trouxe, sobre aquela criança que tem crise de espasmo, mais ou menos isso, eu pensei que era realmente isso, por que essa criança tem essa crise recorrente? O que está acontecendo se, no exame fisiológico, neurológico, tudo que está relacionado à patologia não existe nada? Eu pensei que era isso. Aí eu cheguei aqui era outra coisa. Aí eu pergunto assim: o exame do pezinho já não contribui para o que essa lei está colocando? Porque o exame do pezinho traz muitas coisas, não traz? Porque como eu estou fazendo psicodiagnóstico interventivo, a gente vê muito isso, e eu fui obrigada a ler bastante sobre o exame do pezinho por causa de um caso que nós tivemos lá. E eu questiono também, já que nós temos aqui a presença do Conselho Federal de Psicologia, se o Conselho já está preparando, eu não sei, algum posicionamento em relação a essa lei, se pode fazer essa interferência já que está relacionado a risco psíquico, apesar que é um outro risco, não é o que eu imaginei no começo, mas se existe algum posicionamento, se a gente pode, sei lá, colocar algum parecer para eles. Essa é a minha questão.

Maria Aparecida: Então, Marta, o teste do pezinho faz a dosagem de algumas substâncias químicas no sangue. E ele detecta alguns problemas de erros metabólicos que podem levar a consequências mais pra frente. Vou dar um exemplo para ficar mais explícito o que eu estou

querendo dizer. Ele detecta, por exemplo, um bebê que tem um problema chamado galactosemia. O que é a galactosemia? Ele tem um erro metabólico, ele não tem a enzima necessária para fazer a quebra da molécula de galactose. E o que acontece? Com galactosemia, a galactose aumenta no sangue e ela é "tóxica" para o sistema nervoso central. Então, uma criança que tem esse erro metabólico, terá uma vida absolutamente normal se ela não comer leites nem derivados de leite, não comendo lactose, que é o que gera a galactose. Então, é algo que você detecta e você impede que a doença apareça. A mesma coisa com fenilcetonúria, certo? Basicamente, o que é visto são erros metabólicos bem estabelecidos e que não estão falando de risco psíquico, a maior parte deles vai provocar algumas deficiências mentais bastante graves, e você impede com uma mudança na alimentação. Se você lembrar, toda latinha de Coca-Cola Zero, refrigerante zero tá escrito "fenilcetonúricos, atenção, contem fenilalanina". Quer dizer, fenilcetonúrico não tome tá? Você vai ter problema, toma Coca-Cola normal. Então, eu acho que são coisas diferentes. Uma coisa é quando você tem um problema bem definido, que é exclusivamente biológico e que você dosa uma substância e vê o resultado. Outra coisa é totalmente diferente, quando você está falando de desenvolvimento, desenvolvimento físico ou desenvolvimento psíquico, que é algo amplo demais. Não sei se eu respondi. O teste da orelhinha também.

Carla Biancha: Então, só para trazer mais um aspecto para esse debate. Estava conversando semana passada com uma pessoa que

é fundamental na produção de cuidados e na produção de políticas públicas para as pessoas com deficiência, que é a Ana Rita de Paula. E ela estava contando da história da primeira discussão sobre o teste do pezinho, e que à época era só fenilcetonúria, não tinha outros, e tinha já uma discussão, mesmo com algo tão definido, tão cheio de evidências como traz a Cida, tinha uma discussão sobre por que a discussão específica sobre apenas esses erros metabólicos e não uma discussão ampliada, por que o foco só nesses? E a questão não era que estas questões não eram importantes, mas tinha uma pergunta sobre por que a gente está decidindo, como política pública, agir somente sobre este conjunto de erros metabólicos e não está fazendo um processo mais amplo de debate. Passados muitos anos, a gente tem a discussão sobre o teste da orelhinha, que talvez aqui as pessoas presentes não tenham feito no seu nascimento, mas as crianças de hoje fazem o teste, é obrigatório o teste da orelhinha, que é para aferir a possibilidade de existência de perda auditiva. A comunidade surda tem feito um amplo debate sobre os efeitos do teste da orelhinha por conta do seguinte, dois aspectos principais só para levantar um pouco essa poeira. Porque é isso, a gente tem de se ver com a poeira que a gente constrói. Ao fazer o teste, a gente também acaba apresentando a deficiência antes do seu filho. Isso traz efeitos para a produção dos laços, já que a gente está discutindo riscos para o desenvolvimento psíquico. Ao apresentar a deficiência como perda ou incapacidade, porque essa é a marca que ainda carrega a deficiência, a gente apresenta a perda, a incapacidade, o impedimento e não o seu filho. Isso traz efeitos para a produção de laços. Um segundo aspecto é que, havendo perda auditiva, então a gente tem de produzir formas de compensação da perda, via implante coclear ou via utilização de aparelhos de audição, sem discutir com a família a autonomia que tem para, inclusive, inserir seu filho na cultura surda com uso de Língua Brasileira de Sinais. Então, muito rapidamente, ao fazer o teste, você insere a ideia da deficiência como incapacidade, a incapacidade como algo que precisa ser compensado, compensado via prótese, via órtese e via procedimento cirúrgico, por exemplo, com implante. E a gente, com isso, não faz o debate sobre a identidade da pessoa surda e a produção da surdez como uma característica que define uma comunidade linguística, e não como um conjunto de pessoas

que são marcadas desde muito inicialmente na sua vida pela ideia de incapacidade que precisa ser corrigida. A comunidade surda faz esse debate, que acho que é importante a gente referir à própria comunidade que vive estes efeitos.

Maria Aparecida: Inclusive, porque o implante não é nenhuma maravilha, né?

Rogério: Como tem uma pergunta direto ao Conselho, só lembrando o seguinte: o Conselho assim que tomou conhecimento da lei, imediatamente, com todos esses argumentos que já foram produzidos, estranhou muito, principalmente na questão dessa identidade ou dessa entidade que é o tal do risco psíquico, que é uma coisa muito etérea, muito difícil. Tanto que algumas pessoas falam assim, “a lei do autismo”, quer dizer, na verdade, é risco psíquico, mas, na verdade, é autismo, então não está lá, mas é, mas também não é, enfim. Preocupados inclusive com o estudo, nós nos mobilizamos inclusive no sentido de questionar o próprio Ministério da Saúde, e tivemos um papel que acho importante na criação daquela oficina que tirou como consenso, no Ministério da Saúde, a ideia de que o grande instrumento para pensar o risco psíquico ou para avaliar o risco psíquico não é um instrumento pontual, mas é a caderneta da criança, porque acompanha a criança e acompanha, digamos, como já foi colocado brilhantemente aqui pelos antecessores, acompanha essa possibilidade. E também levantamos outras hipóteses. Por exemplo, nessa questão de que há uma relação, eu acho que foi muito importante a fala da Biancha, no sentido de relacionar isso com os planos, os chamados planos populares, porque também é uma visão que reduz a ideia de que você vai fazer uma consulta no pediatra e o pediatra vai ser treinado para fazer um protocolo, o que é muito estranho, e aí vai definir se tem ou não tem o risco psíquico. Nós tivemos também um papel articulador de várias entidades, inclusive, no campo da saúde pública, no campo da epidemiologia e no campo da criança e adolescente, a gente tem uma representação no Conanda, que também teve um papel importante. Porque assim, veja: essa lei alterou o ECA sem conversar com o Conanda, sem conversar com as entidades de proteção à criança e o adolescente, sem conversar com todas as comunidades, com todos os grupos. Ou seja, esse ninguém, né? Esse ninguém é um ninguém do tamanho do Conanda, por exemplo. Você altera o ECA sem falar com os órgãos que

inclusive fiscalizam, orientam o próprio ECA. Então, o nosso papel nesse momento foi o de, e está sendo também, o de, junto com os outros Conselhos, fazer debate nessa área; fizemos o debate online no sentido de alertar que é uma falsa promessa, ninguém é contra diagnosticar precocemente qualquer problema, seria uma estupidez, mas isso não vai no sentido de fazer o diagnóstico precoce, mas sim de criar uma lógica que é medicalizante, que é patologizante, com efeitos deletérios sobre o futuro mesmo das próprias crianças. Eu queria levantar mais uma coisa que eu acho que não foi colocado aqui de uma maneira pelo menos direta, que é o uso social disso, né? Porque a Ilana colocou as questões assim, *"bom, o pediatra vai ter que se proteger, o próprio sistema de saúde vai ter que se proteger dos possíveis diagnósticos falso negativo ou falso positivo"*, mas eu fico imaginando dentro da lógica, por exemplo, da medicalização da educação, o que que será esse diagnóstico quando essa criança ou esse adolescente tiver algum conflito com a lei, por exemplo. Ele estará diagnosticado como risco psíquico, isso vai ser usado ou não vai ser usado como justificativa? O fracasso escolar vai ser usado ou não vai ser usado a justificativa como risco? Além do que, eu sou bastante pessimista, eu acho que se os instrumentos começarem a ser utilizados, a chance de uma avalanche de indicadores de risco, porque como é risco... Uma coisa é eu diagnosticar que você tem um problema na visão, você tem astigmatismo, tem hipermetropia, enfim, qualquer coisa; uma coisa é diagnóstico claro, você tem aquela coisa. Outra coisa assim, você tem um risco, e aí esse *"ah, você tem um risco psíquico"*. Grande, enorme ou gigantesco, quer dizer, você tem um risco. E como é que você vai aferir esse risco? Até a pessoa morrer, né? Seja se ela morre juvenzinha, criança ou se ela morre com 90 anos. Se aos 93 anos de idade a pessoa tem um episódio, alguém pode dizer *"tá vendo? O risco estava lá diagnosticado"*. Estou falando do efeito mais concreto que é o seguinte: é igual àquelas pesquisas que dizem que as crianças que estão na Fundação Casa são hiperativas e aí associa hiperatividade com delinquência. Então assim, vai ter o risco psíquico, e aí essa criança vai mal na escola, *"bom, mas ela também tem o risco psíquico, já estava previsto que ele iria mal na escola"*, porque daí o efeito não é de previsão, é de justificativa do fato, e isso que é o grande problema. Isso que diferencia quando você pega um rastreamento universal como

o exame do pezinho, isso sim é um exemplo de rastreamento, e tem bases epidemiológicas que se sustentam, e bases sociais, porque você escolhe fazer um teste ou outro, você não faz todos os testes possíveis, você escolhe, por razões que são da sociedade, (por debates) que acontecem no campo científico, enfim. Como essa sociedade vê e prioriza certos problemas, mas aí você tem uma outra coisa que não vai diagnosticar nada, mas vai deixar sempre uma marca e depois, se alguma coisa acontecer, vai dizer, *"ah, mas também já tava previsto o tal do risco que passa a ser esse"*.

Eu apresento um problema no futuro e esse problema vai ser invertido, ele vai funcionar puxando, assim, *"ah, mas ele tinha risco psíquico"*, *"ah, tinha"*, *"então o risco psíquico foi muito legal porque antecipou esse problema"*, seja da delinquência, seja do desempenho escolar, seja de qualquer outra coisa que possa acontecer.

Eu não sei se as pessoas aqui assistiram, ou quem não assistiu pode assistir, um filme chamado Sobre Meninos e Lobos. E lá acontece uma situação, e ela desencadeia, e ela não desencadeia porque forma um print no cérebro das pessoas, é que ela desencadeia porque os valores daquela sociedade, etc., etc., e ela desencadeia... Como é que um protocolo vai avaliar aquele risco psíquico? E, aliás, elas não tinham 18 meses. Quer dizer, como é que a gente pode dizer que o desenvolvimento dessa criança foi de tal jeito que você tinha um risco daquilo acontecer, aquelas crianças estavam sujeitas a risco, o problema está naquelas crianças, naquelas três crianças, quem assistiu o filme sabe do que eu estou falando, assim... não pode fazer *spoiler*. O filme é do Clint Eastwood como diretor e chama Sobre Meninos e Lobos, é um clássico. Mas assim, eu sempre lembro daquilo e falo assim, *"como é que você num teste vai saber..."*, né? E aquelas crianças foram submetidas, o problema é delas, o que aconteceu com elas é um problema delas, é do psiquismo delas, é assim que a gente vai tratar?

Mas é isso, eu acho que o Conselho tem atuado de uma maneira bastante clara. Isso inclusive no diálogo, na tentativa do diálogo com os profissionais, com a comunidade, com as famílias que, de fato, sofrem. E a gente sempre diz isso, a gente nunca subestima ou minimiza o sofrimento real das pessoas, o problema é que esse sofrimento real não pode ser utilizado como

desculpa para você vender um falso mundo perfeito em que todos os diagnósticos e todos os riscos vão ser examinados, previstos e resolvidos. Acho que é isso que a gente não acredita.

Ilana: Eu vou aproveitar a fala dos colegas, porque me parece que tem alguma coisa importante de deixar marcado, que a pergunta me traz assim, a pergunta que você fez, Marta, que é assim: a ideia de que a detecção precoce precisa ser feita não está em discussão. Eu acho que eu falei disso várias vezes, e nenhuma das entidades aqui representadas e nenhum de nós como profissionais, discutiria isso. A nossa questão é como. Porque o como, ele pode ser mais ou menos efetivo, ele pode produzir mais ou menos risco. Risco de adoecimento das pessoas, risco de judicialização da saúde, risco de patologização da experiência da vida da gente, risco de transformação dos nossos modos de viver, obedecendo a uma outra lógica. E veja: quando nós discutimos e apresentamos a Caderneta de Saúde da Criança como um instrumento adequado para vigilância, nós seguimos discutindo os modos de implementação dessa lei, no sentido de que o seu texto sustenta procedimentos de rastreamento, e a partir do seu texto, o Ministério da Saúde solta uma portaria dizendo que a indicação do Governo Federal é de que se faça vigilância através do uso da Caderneta de Saúde da Criança. Do ponto de vista da discussão do psiquismo ou do desenvolvimento psíquico, para gente considerar o que aqui nos chama atenção, eu queria fazer um convite a todos, que abram e leiam a caderneta, porque ali tem uma coisa muito interessante que é: o psiquismo não é entendido como um órgão a parte e que pode ser examinado isoladamente do desenvolvimento integral da criança. Por exemplo: quando uma criança tem infecções de repetição, como broncoespasmo, em que protocolo para avaliação de risco psíquico isso tá exatamente contemplado? Se ele está em algum outro não sei, mas eu garanto a vocês, na Caderneta de Saúde da Criança isto é um sinal de alerta para o desenvolvimento. É um sinal de alerta porque o broncoespasmo precisa ser examinado, mas porque episódios que acontecem aos sábados e domingos revelam alguma outra coisa que pode ser relativa ao ciclo biológico de sete em sete dias daquela criança, mas pode também estar relativo ao acontecimento contingencial que a determina, a contingência da sua vida que a determina. Nes-

se sentido, isso está contemplado na caderneta como um instrumento. Então, ela não é exclusivamente um instrumento que isola os fatores psíquicos ao que nós estamos acostumados a tomar como fatores psicológicos principalmente, mas ela toma a experiência psíquica como um acontecimento de corpo dos bebês, e que disso... eu também acho que ninguém que trabalha com bebês vai discordar, o psiquismo, a constituição psíquica, ela é um acontecimento de corpo, e os sinais de alerta para o seu desenvolvimento acontecem no corpo da criança, que está contemplado nesse instrumento que a gente sugere que seja usado para que a detecção precoce seja, de fato, efetiva, e não como uma tentativa de produção de um rastreamento para o qual a gente não tem indicação segura de fazer com nenhum instrumento. A hora que tiver um instrumento com indicação segura para o seu uso, a gente pode rediscutir, mas, por enquanto, a gente ainda não tem.

Maria Aparecida: O que eu queria falar era em função do que o Rogério falou da questão de risco. E eu queria só lembrar que risco é um conceito do campo da saúde pública, ele não é um conceito individual, não sou eu que tenho um risco. Existe um risco nesta população de que tantos por centos vão ter, podem ter tuberculose. Isso eu sei a partir da taxa de prevalência da tuberculose nessa população. Então tem o risco de contaminação, mas eu não sei quem vai ter. Risco não é individual. Acontece que o DSM, o DSM-4, ele ampliou com o espectro, e com espectro caímos todos, não é? Estamos no espectro de 10, pelo menos os saudáveis, certo? Nós que somos normais estamos no espectro de 10. Não contente com isso, a Associação de Psiquiatria dos Estados Unidos, que não é americana, é dos Estados Unidos, no DSM-5, eles se apropriaram do conceito de risco, e aí surge o risco individual no campo de saúde mental, no campo da psiquiatria. Então você tem risco de psicose, tem esse diagnóstico no DSM-5. E aí, vejam que o tempo dessa lei, de quando ela é proposta, é muito em cima de quando estava acontecendo a discussão do DSM-5. Quando a Ilana fala "*não tô dando um diagnóstico, estou falando de risco*", gente, desculpe, isso é sofismo, certo? Quando eu digo "*você tem o risco de*" estou dando sim um diagnóstico, um prognóstico (em) evolução, uma taxa, estou dando tudo. E é assim que funciona, em relação a tudo, para o bem e para o mal. Eu te oriento... é um diagnóstico de risco. Quer di-

zer, o que é diagnóstico? Diagnóstico não é de categoria nosológica necessariamente, estou fazendo um diagnóstico que você está gorda, um diagnóstico que você está bonita. Isso é um diagnóstico. Então acho que isso é uma questão importante. E você passa a olhar o mundo através desse *"eu sou uma pessoa de risco"*. E é isso que você falou, o risco, se acabar, acaba quando morrer, ou talvez leve para a vida eterna. Então acho que é uma questão importante porque fica um peso para vida, o risco do DSM-5, que é isto que está nessa lei, é terrível. Eu tenho risco de morrer a cada instante, eu tenho risco de sair aqui e ser atropelada; também tenho risco de sair daqui e me convidarem para tomar um Chopp, olha que delícia. Tudo é risco.

Cláudia: O Rogério falou uma coisa que me cutuca que é a coisa do adolescente infrator, porque eu trabalho nessa área. E aí assim, fica martelando aqui na minha cabeça que isso tudo me parece muito parecido, na área da justiça juvenil, que são as apurações dos atos infracionais e tal, e não só, nos abrigos também, mas enfim, o tal do PIA, Plano Individual de Atendimento. Do ponto de vista de experiência pessoal, estava na Fundação trabalhando quando tiveram mil discussões sobre o PIA. Como fazer, treinamento, grupo de trabalho, protocolo, enfim. Aí eu falei, *"gente, mas para que é o PIA?"*. O PIA é você sentar com o adolescente na tua frente e conversar com ele com presença, é a tua presença ali, deixando que a presença dele encontre com a tua. Então assim, me parece, me lembrou um pouco isso, quer dizer, a questão do pediatra, da questão das pessoas que lidam com as crianças. Quer dizer, que base é essa que ele tem de ter? E essa coisa de protocolo também, isso me irrita também. E isso na área da criminologia é a vedete, é a vedete. Lombroso, com certeza. E é muito assustador, porque assim, vem tomando de novo uma força isso, enfim. Então, existiu há um tempo atrás uma experiência que foi feita, em Ribeirão Preto, uma pessoa bem renomada inclusive, que resolveu que queria aplicar, e aplicou, numa época na Fundação Casa, para todos os adolescentes na primeira fase do processo, que é a internação provisória, para depois ele ser julgado, se vai receber uma medida ou não e tal. Então teve uma pesquisa, um convênio com a universidade, em que foi aplicado um tal de um protocolo, que era um inventário x, justamente para detectar qual era o grau de criminalidade que ele carregava

com ele, enfim, se ele tinha um grau, que grau era esse, etc. É extremamente chocante a gente pensar. E aí assim, para as pessoas do bem, era exatamente o contrário do que a gente imagina. É exatamente para saber que tipo de medida poderia ser mais adequada, que tipo de acolhimento e atendimento tal, ele deveria ter. Com aquela história de que não é para misturar quem não tem um potencial criminológico com quem já tem. E aí eu fico pensando, *"nossa, e quem já tem?"*. Então assim, você prepara a jaula, certo? Então era só isso. É que eu acho que tem a ver com essa linha de pensamento, de você detectar precocemente. E é um pouco assim também, que o judiciário espera do papel do psicólogo, enfim, mas que com certeza não é o da predição. Então, por favor, isso não existe com certeza. Enfim, acho que era só para fazer um paralelo, porque para mim é muito gritante essa coisa do protocolo, desse treinamento específico, mudar uma lei, que a gente nem conseguiu implementar ainda, e que é uma lei tão completa. O próprio SUS, e a gente vai fazendo colcha de retalhos com subdivisões e sub-recortes e não vai chegar a lugar nenhum. É só isso.

Rozi: Eu vou aproveitar o gancho que você falou das leis na questão do jovem em situação de ter cometido algum ato infracional. E aí me lembro, a Biancha vai lembrar também, que tivemos de fazer um enfrentamento aqui na cidade de São Paulo, contra um projeto de lei que tinha esse viés também, de identificação nas escolas de crianças que tinham um potencial agressivo que poderiam ser futuros X, Y, Z, dentro de uma perspectiva que era essa identificação meio na linha do Lombroso, vamos dizer assim. Mas pensar nesse campo em que a gente está constantemente em risco. Na realidade, o risco está nesse campo de disputa em que cada um quer colocar os estigmas, os rótulos, os diagnósticos, a captura, vamos dizer, das subjetividades, das diferenças, como trouxe a Cida muito bem, do desenvolvimento de qualquer um de nós. E a gente teve de fazer de novo naquele momento uma união de esforços de uma rede, de entidades, do próprio Conselho de Psicologia, de Fonoaudiologia, de outros parceiros do Fórum sobre Medicalização, Despatologiza, e outras entidades, para nos colocarmos contrários àquilo e poder fazer daquele limão uma limonada. A Renata que está aqui sabe do que estou falando, foi um dos movimentos do nascimento do NAAPA. Mas para dizer que, também aí respon-

dendo à colega enquanto Conselho Regional de Psicologia, você como futura psicóloga, a gente tem de ficar atentos, fortes e vigilantes sempre, a vigilância tem que estar em nós psicólogas inclusive, para não embarcar também nesse lugar de *“opa, mercado de trabalho, vamos atender as crianças na escola que estão expressando uma violência que poderão ser os futuros delinquentes”*, enfim. A gente precisa estar muito atentas a isso para que a gente saiba o que fazer com a nossa profissão, como que a gente conduz por um caminho ético e realmente de compromisso com as pessoas, com os sujeitos, enfim, com os direitos humanos. Então isso também eu acho que a gente tem tido aqui essa parceria com o Federal e com outras entidades e movimentos, para que, no momento, por exemplo, dessa lei, também fazer isso. Então, o nosso apoio tem sido intenso a isso, as notas foram publicadas, esse momento do debate, aos que virão. Eu e Biancha já estávamos combinando o próximo, e as próximas ações que a gente tem de fazer, porque, até onde eu sei, não há nada ainda de concreto, só existe o compromisso do Ministério da Saúde com aquilo que foi discutido nas oficinas. Existe uma intenção. Soltou uma nota, tem intenção, respondeu inclusive uma demanda do Fórum sobre Medicalização, mas assim, num conjunto de intenções, inclusive dizendo que houve o indicativo da anulação da lei, mas não se posicionou. Então a gente precisa continuar para que a gente possa fazer essa demarcação do que faremos com isso. Essa é uma questão.

Então, eu queria fazer uma saudação a um colega que está à distância, nosso colega Joari, também psicólogo, que traz uma pergunta sobre a Caderneta. Ele coloca: *“Saudações. Fica evidente a contradição nada à toa na concepção do procedimento previsto para cumprir essa nova lei, sendo que as equipes de saúde, para a primeira infância, como as demais da atenção básica, estão sendo sucateadas para a maioria da população que usa a rede pública e ficará sem a atenção integral com a devida vigilância. Restará cumprir precariamente o previsto apenas a partir de informações descontextualizadas e comparadas com padrões, sabe lá como produzidos. Enfim, o que caberia a equipes e usuários nos âmbitos municipais, estaduais, nacionais, para se reconsiderar essa legislação? Meus cumprimentos aos e às colegas da mesa. Nenhum direito a menos, nada a temer no direito à saúde. Joari”*.

Vou passar então para quem puder fazer as considerações.

Ilana: Oi, Joari. Vou responder um pouquinho, acho que talvez os outros colegas possam dizer, eu vou aproveitar para corrigir uma coisa que eu falei. Eu falei que o Ministério já tinha emitido a portaria. O Ministério emitiu o documento de consenso sobre a oficina do dia 28, a portaria ainda é uma demanda. Como a gente está falando no contexto do SUS, nós sabemos que as esferas federativas, elas têm autonomia. Então, uma portaria emitida pela esfera federal não é uma imposição para o que acontece nos estados e nos municípios. Ou seja, os estados e municípios seguem com autonomia para legislar em torno desse tema. Existem já muitos municípios se posicionando aqui no litoral de São Paulo, na nossa jurisdição, tem muitos municípios já produzindo leis na esteira da 13.438 e propondo especificidades de regulamentação da avaliação para o risco psíquico, ou mesmo em alguns municípios especificamente sobre autismo. Eu gostaria de dizer que quando a gente denuncia que essa lei foi aprovada sem debate, a nossa posição é de que o debate seja feito, e é por isso que cada um de nós está aqui. Então, de verdade, acho que nesse momento o que a gente precisa é fazer o debate, é chamar os atores-chaves, é conversar, é assim, não há consenso de fato entre os especialistas. Acho que de junho para cá, desde que a gente começou essa conversa, o nosso debate tem se qualificado, posições contrárias têm usado as proposições de um e de outro lado pra qualificar os seus argumentos. É assim que a gente faz, é assim que a gente aprende com os outros, é assim que a gente faz com os outros e acho que a gente não vai poder fugir desse procedimento neste instante, não é? E guardando sempre o devido lugar de que, o que está em discussão não é a execução da detecção precoce dos problemas que assolam as crianças na primeiríssima infância. O que está em discussão é: como nós vamos fazer isso numa política responsável.

Maria Aparecida: É, acho que a Ilana colocou. A Biancha me disse que tinha uma demanda sobre protocolo, que talvez não esteja claro o que é. Acho que eu vou pegar no campo da medicina. As ações no campo da medicina são bastante padronizadas, sempre tem uma reclamação muito grande quando se padroniza algo na atenção básica, mas quanto mais complexo o nível de atenção em medicina, mais padro-

nizado é. E é uma padronização aquilo que eu chamei de tecnologia, ela é fruto de um conhecimento sistematizado. Então não é ao acaso. Agora, uma padronização, quando eu ensino uma norma para o tratamento de alguma coisa, ou um padrão ou uma linha de conduta para o tratamento de alguma coisa, é fundamental que esse profissional entenda como isso foi construído e saiba, conheça os conhecimentos que embasam essa norma. Tudo bem? Vou ser mais explícita. Eu tenho uma norma estabelecida para o tratamento de tuberculose, que sempre se fala *"as normas são rígidas"*. As normas não são rígidas nem burras, elas se embasam em conhecimento sistematizado. O problema é: se eu não sei, não conheço esse conhecimento, eu aplico a norma de um modo rígido e burro; se eu conheço o que sustenta, eu percebo que a norma é flexível, porque ela tem nuances para, nessa situação, quer dizer, você lidar com isto. Então isso é uma norma. Um protocolo é algo totalmente diferente. O protocolo é aquilo e acabou. Acho que para gente dar um parâmetro na psicologia, são os testes padronizados. Você, quando vai aplicar um teste psicométrico padronizado, você tem de cuidar até do tom de voz, a frase que você vai falar para a criança é aquela, você não pode mudar nada. Tudo bem? Isto é um protocolo, é algo rígido estabelecido e que não pode ser mexido. Portanto, é treinamento mesmo. E aí não precisa de ninguém para fazer, pode fazer como fez em Curitiba, pôs um totem num shopping center e as pessoas iam lá e preenchiam o questionário para ver se elas tinham ou não risco psíquico, ou o autismo. Porque isso independe, é algo, desculpem, burro e rígido, certo? Então isso é um protocolo. É diferente de uma normatização, de uma padronização de conhecimento. Isso a gente precisa ter claro. A gente não é contra normas que têm embasamento científico, na verdade, a ciência funciona assim, mas protocolos assim? Quer dizer, quando você fala em protocolo para tratamento de uma coisa, que também é usada essa expressão, é diferente disso aqui, que isso daqui é um questionário, vamos ter claro. É um questionário, é uma psicometria de fundo psicanalítico ou uma psicanálise de fundo psicométrico? É por aí, certo? E que dê uma concepção de desenvolvimento psíquico. Para o IRDI não existe mundo, só tem mãe/bebê, não tem mais nada, é a relação da mãe com o bebê nos primeiros meses. Ou seja, não tem diarreia, não tem falta de comida em casa, não tem a

mãe que está desempregada, o pai que aparece, não tem nada disso, só tem a relação mãe/bebê e de uma forma pontual. Quer dizer, a mãe chega para uma consulta, e isso vale para qualquer prontuário, questionário, vale para o IRDI, M-chat, qualquer um deles, qualquer psicometria, chega e eu olho naquele momento, a mãe não dormiu a noite inteira porque a criança não estava bem, ou porque o marido chegou e ficou desempregado, ela tá desesperada, e aí na hora que eu quero que ela olhe para o bebê, ela não olha. Checklist: não olhou para o bebê. Isto é protocolo. Isso você não precisa de profissional aplicando. Por isso que eu disse que eu não quero pediatra treinado, não precisa de pediatra. Pediatra é um profissional muito caro para fazer isso aqui. Aliás, acho que qualquer pessoa é muito cara para aplicar qualquer questionário, a vida vaza do questionário, a vida não cabe em protocolos, ou se a gente for mais chique, falar como Canguilhem, *"não se ditam cientificamente normas à vida"*. Mas é isso, não há protocolo, não há instrumento rígido, não há questionário que dê conta de chegar não é de criança, é de qualquer pessoa, a vida vaza, a vida não cabe em gaiola. E o questionário ou o protocolo, ou o instrumento padronizado, rígido, inflexível é uma gaiola, e aí não tem vida. Quando você aplica um questionário não tem vida. Isso é um protocolo.

Rozi: Vou pedir para que a mesa faça suas considerações finais e encerramento.

Ilana: Acho que a minha consideração final vai ser uma pergunta, quem sabe, para que a gente possa seguir esse debate em outros contextos, em outros momentos, enfim. Estou te ouvindo falar assim, Cida, e estou aqui pensando que, diante disso, existem profissionais que fazem uso de protocolos, e que esses protocolos também podem ser usados em determinados contextos. Existem profissionais psicólogos, mas existem também profissionais médicos, fonoaudiólogos e todas as especialidades da saúde, que podem fazer uso de algum protocolo ou de algum instrumento de avaliação, ou de qualquer outro nome que a gente possa dar a isso, inclusive, de testes psicológicos. E que esses... me pergunto aqui se não seria interessante que a gente pudesse seguir esse debate ouvindo as pessoas que fazem uso desses protocolos ou desses instrumentos, e que eles possam contar para gente qual é o contexto da sua aplicação. Quer dizer, de que

maneira isso entra nas outras clínicas? Ou em clínicas de pessoas que fazem uso de protocolo. Porque também me ocorre pensar que em si, nenhum instrumento por princípio está equivocado, mas determinado pelo seu contexto, ele pode necessariamente estar equivocado. É nesse sentido que o uso da caderneta pode ser, por exemplo, complementado por instrumentos seguintes de avaliação psicológica, por exemplo. Em caso do apontamento de sinais de risco. Então, acho que a nossa discussão, proposto o contexto em que ela se desenvolve, agora a gente pode afinar, e pode se perguntar de fato assim. Onde trabalho, não temos instrumentos para rastreamento. Nós temos instrumentos adequados de vigilância? Vamos nos perguntar isso? Se nós temos instrumentos adequados de vigilância, quais seriam? Quem pode falar por eles? Para rastreamento não há evidências de que esses possam ser usados, portanto, o seu uso nas políticas públicas é irresponsável. Para a vigilância, e a caderneta é um deles, nós temos instrumentos. Como eles podem compor um cenário interessante? Eu finalizo assim.

Maria Aparecida: Eu acho que eu preciso explicitar um pouquinho melhor minha fala. É que quando você pega um instrumento, veja, de avaliação psicológica, e treina um pediatra para aplicar, ele vai fazer um checklist, certo? Aí ele é um protocolo rígido e burro e você está desqualificando, você está expropriando ele da própria competência, até quando fala assim, "em poucos minutos". É desvalorizar totalmente. Então, não é uma questão da avaliação psicológica. É quando você coloca isso deste modo, uma coisa rasa, superficial, em que eu te faço um treinamento de algumas horas e que você em dois minutos, com duas folhas, faz. Desculpa. A minha fala foi contra isto. Não é contra uma avaliação psicológica, uma avaliação psiquiátrica. Não é isto. Mas deste modo, ele é um instrumento, na verdade, acho que a pergunta da Biancha, quer dizer, quem é que tá ganhando com isso? Não são as crianças, não são os profissionais. E aliás, eu queria dizer o seguinte: tem uma revolta dos psicólogos dizendo "*nossa, os Conselhos estão contra e isso é uma atuação nossa*". Desculpem, tiraram os psicólogos da jogada, é o pediatra que vai fazer. Então, estão até alijando o psicólogo. Quer dizer, não é que os Conselhos não defenderam os psicólogos, pelo contrário, né?

Carla Biancha: Eu queria fazer coro com essa proposta feita pela Ilana, de que a gente

possa avançar no debate sobre como é que nós psicólogos em diferentes níveis da política de saúde, estamos fazendo o acompanhamento das crianças, não é? Como é que nós desenvolvemos esses processos de cuidado da primeira infância? Acho que a gente precisa passar a fazer esse debate. O que é a nossa presença na atenção básica, junto à primeira infância, o que somos nós nas atividades privadas ou no terceiro setor, como é que nos implicamos com o cuidado da primeira infância, que ações vínhamos realizando. E uma segunda sugestão que eu tenho, e tenho conversado isso com algumas pessoas que discutem os direitos de crianças e adolescentes, e por isso me sinto à vontade de fazer essa sugestão aqui nessa mesa ao lado da Cláudia, e já fiz isso em outro contexto também para ela. Que a gente possa discutir a política para primeira infância. Mais especificamente eu sugiro que a gente possa fazer uma análise cuidadosa, fundamentada sobre as modificações que vem sendo realizadas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Porque esse artigo que hoje tratamos, em que a lei se aloca, o Artigo 14, no seu Parágrafo 5º, o Parágrafo 5º é a lei de que estamos tratando, nada mais que isso, me fez perceber que só nesse Artigo 14 de que estamos falando aqui, todos os seus parágrafos foram mudados desde a elaboração do ECA pra cá, desde a promulgação do ECA pra cá. E isso me despertou então a vontade de conhecer o Estatuto da Criança e do Adolescente, que quando a gente coloca na internet, a gente pode fazer isso, versão modificada, com todas as suas modificações e é impressionante a quantidade de modificações, nos artigos, nos parágrafos. Então, eu queria fazer uma sugestão que a gente pudesse fazer uma mobilização mesmo, que pode ser entre várias profissões, entre várias entidades preocupadas com a primeira infância, mas também com toda a infância, e olhar para o Estatuto da Criança para fazer essa análise: quais são as mudanças que vem sendo perpetradas no Estatuto da Criança e do Adolescente? E a que e a quem elas servem? Porque só neste artigo de que estamos tratando hoje, todos os seus parágrafos foram modificados. Isso a mim, chama atenção. Acho que a gente precisa fazer uma análise mais detida sobre isso, e pensar que infância a gente tá produzindo com esses remendos no ECA. Então, agradecer a possibilidade de debate dessa noite, com as pessoas aqui presentes, com as pessoas que assistem na transmissão, sei que

esse evento fica gravado e, portanto, ele gera outras possibilidades de debate, e já fazer o convite então pra gente fazer essas duas discussões aqui no ano que vem. Obrigada.

Cláudia: Eu só queria agradecer também os palestrantes aqui, os colegas que vieram e trouxeram, enfim, tanta luz para discussão, para resolução só vai depender da gente, de a gente debater, de a gente resistir. E acho que quando a Carla coloca essa questão do ECA, do Estatuto, de tantas modificações, acho que assim, a gente não pode perder de vista que provavelmente teremos mais uma, ou não, não sei, com relação à redução da maioria. Esse é um golpe assim, no coração, enfim. Eu acho que é isso, eu acho que a gente está junto sempre e discutindo porque as coisas têm acontecido da noite para o dia. Então, vamos lá.

Larissa: Bom, eu também queria agradecer muito a presença de vocês e poder trazer esse debate aqui dentro do Conselho, em nome do Conselho eu queria agradecer muito. Queria reiterar que o convite que a Biancha faz para as discussões é essencial. Acho que mais do que nunca, a gente precisa discutir essa interface da psicologia com o campo das políticas públicas e o que significa essa sobreposição de leis que a gente vai tendo de direitos já conquistados. Então a gente tem todo um processo de construção de políticas públicas que deveria abarcar essa construção social e essa aquisição de direitos, e a gente vai vendo uma sobreposição judicial e legislativa sobre os direitos conquistados, e que vem derrubando, numa velocidade absurda, um campo de movimentos aí de muitos anos. Então, acho que o ECA simboliza isso, essencialmente na infância, e a gente tem isso nos outros campos. Então como é que a gente articula essa discussão, porque a lei nos permite um sinal de alerta total ao que tem acontecido nos outros campos. Então é isso, agradecer muito e convidá-los para estar com a gente em próximos debates no Conselho no ano que vem sobre essas e outras questões, sempre atentos ao nosso papel. Obrigada.

Rogério: Bom, agradeço esse convite para compor a mesa, mas acho que a gente considera a lei do risco psíquico, um risco, ela é um risco em si, eu acho que o cenário ideal seria a anulação dessa lei, tanto porque ela introduz uma lógica de isolar o psiquismo como um fenômeno isolado e atendido pontualmente por um proto-

colo que ainda vai ser discutido, criado, enfim, segundo os termos da lei, do desenvolvimento global da criança. Então você isola o fenômeno psiquismo e trabalha com ele separadinho através de um teste, de um protocolo, enfim, de alguma coisa desse tipo com todas as considerações que foram feitas, não contra qualquer teste, mas contra o teste descontextualizado, contra um protocolo descontextualizado e feito para indicar um risco e sem dizer qual que é a política de atenção. O outro risco que a lei traz é o risco indutor. Indutor porque tem uma lei federal que pode entrar em cada município: *"bom, então agora a gente começa a criar outras coisas a partir disso"*, inclusive, a regulamentar isso, a criar programas a partir desta ideia. Como acho que a Biancha demonstrou também, uma ideia que tem a ver muito com o processo de privatização, porque daí na privatização, as pessoas não vão procurar mais um serviço ambulatorial, territorializado dentro do SUS, eles vão procurar um pediatra. Os planos populares seguindo, você vai ter aquela lógica da saúde complementar dos planos, dos chamados planos de saúde, que você não estará dentro de um território sendo, enfim, assistido por uma ideia de promoção, de prevenção e de cuidado à saúde, mas você vai lá e procura direto o pediatra. Porque quem tem plano de saúde sabe disso, a gente vira o nosso próprio clínico geral, nós somos o clínico geral que procuramos o outro, o especialista. Então vai procurar o pediatra e lá, por lei, o pediatra, porque pelo que eu estou entendendo é lei, por lei, ele vai ser obrigado a aplicar um protocolo X. Portanto, tem essa descontextualização que eu acho que é da lógica privatizante e é da lógica de pensar esse fenômeno, o fenômeno do psiquismo como um ponto X e separado de todo o desenvolvimento e de todas as possibilidades do desenvolvimento da criança. Então acho que esse é o grande risco. E esse risco indutor para mim é o risco também gravíssimo, por isso que a gente tem ainda pretensão de discutir, do ponto de vista legal, do ponto de vista inclusive constitucional, a anulação dessa lei. Não é uma questão fácil, não é uma questão simples, você vai lá e protesta e muda a lei, mas acho que a gente está acumulando elementos, inclusive discussão de elementos para pensar, inclusive, a própria inconstitucionalidade da lei, que seria o melhor, digamos assim, o caminho mais interessante era revogar a lei a partir dessa coisa da própria inconstitucionalidade. E outro caminho seria uma lei outra que anulasse essa lei,

mas as condições objetivas, as condições de correlação de força no congresso, nem de longe indicam esta possibilidade. É isso. Boa iniciativa. A gente acidentalmente está aqui, mas assim, estaríamos de qualquer forma porque é uma ação que nos, digamos assim, nos torna muito parceiros. A gente tem discutido essa lei, e outras, muito com essa metodologia, de produzir debates, de produzir conhecimentos, de produzir massa crítica, a gente tem trabalhado muito com essa ideia. Às vezes você publica lá, "ah, a gente é contra a lei", chove pancadaria. Quando a gente produz debates, quando a gente produz discussões assim, a gente incentiva as pessoas a, inclusive, quando nos criticarem, criticarem de uma maneira crítica, certo? Criticarem com crítica, criticarem com pensamento e não criticarem com esculhambação, com agressão, enfim. Acho que isso é um caminho mais longo, mas é o caminho que a gente tem trilhado. Obrigado mesmo pela oportunidade.

Rozi: Bom, encerrando, eu queria só colocar uma questão, que fui pensando o quanto de alguma forma também a lei nos impele, nos traz provocações para a gente pensar um campo que a gente vem também esquecendo um pouco que é a primeiríssima infância, dos bebês. A gente já trata como criança. E aí quando a gente fala "criança" parece que é aquele que está andando, correndo e falando. Então, esse campo desses primeiros meses, primeiro ano de vida, me parece que anda um pouco negligenciado. E o cenário não é nada bom, porque a gente tem as questões da violência obstétrica; fui fazendo um monte de cenário aqui, da terceirização das

creches, cada vez mais a gente vê isso; a gente vê a saúde privatizada que foi trazida aqui. A reforma trabalhista que traz aí um cenário para que a gente, enquanto pais, trabalhemos, trabalhemos, trabalhemos. A própria reforma da previdência também traz esse cenário. Então, nem os avós poderão mais estar próximos dos seus netos. E enfim, eu fiquei pensando que a gente tem a infância nesse campo de risco, por isso que a gente inclusive nomeou o evento como Infância em Risco porque é um campo de risco para além da lei, mas é óbvio que ela é o nosso motivo aqui, mas se a gente puder também pensar dessa maneira ampliada, a gente vai se colocar, como trouxe a Larissa, nas questões das políticas públicas, como um psicólogo que está ali na assistência, na saúde, na educação e, enfim, qualquer outro campo de política pública, ou no espaço privado mesmo, mas podendo pensar que a gente está precisando olhar para isso, olhar para os cuidados, para atenção e para o acompanhamento. Foi tão falado aqui a vigilância que a gente precisa ter no campo da infância. Então acho que as provocações para continuidade são super bem-vindas e a gente contará com os parceiros, contará com a nossa categoria e todos os interessados para darmos continuidade sim, em outros momentos. Então, agradeço a vocês, Biancha, Cláudia, Larissa, Rogério, Ilana, Cida. Agradeço os trabalhadores que estão aqui, Jeferson, todos que estão ali nos bastidores. Agradeço os nossos colegas intérpretes e a todos e todas que estão à distância conosco. Nesse momento, a gente encerra então esse debate. Muito obrigada. 🙏

Detecção precoce de “risco psíquico” em bebês

Pedro Tourinho

Médico sanitarista, docente da PUC Campinas e vereador na cidade de Campinas.

Boa noite, senhoras e senhores. Eu sou o vereador Pedro Tourinho, é um prazer fazer este debate público na Câmara Municipal de Campinas mais uma vez. Esse é um debate público realizado em comemoração ao Dia Municipal do Combate à Medicalização da Vida e da Educação, uma lei que foi proposta aqui nesta casa, por mim, construída por um movimento de combate à medicalização, chamado Movimento Despatologiza. A cada ano, desde a promulgação da lei, temos realizado uma agenda de atividades e discussões para abordar uma temática de alta importância para pensar a educação, o desenvolvimento, as práticas de saúde, as diversas práticas do nosso cotidiano e que são atravessadas por uma formulação extremamente medicalizante, que tira a autonomia, muitas vezes, contribuindo para o adoecimento das pessoas. Para fazer este debate, em 2018, temos duas convidadas:

Rosângela Villar: representa o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo e o Movimento Despatologiza.

Bárbara Costa Andrade: psicóloga, mestre e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, do Rio de Janeiro, participante também do Despatologiza e pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Antes de passar a palavra para as duas, quero comentar o quão importante é fazer esta discussão, num momento como o que estamos vivendo hoje, em que há temáticas extremamente violentas contra a perspectiva do livre pensamento; da livre expressão nas escolas; contra a possibilidade da expressão da diversidade dos sujeitos na sua totalidade; o reconhecimento dessa diversidade, dessa pluralidade em todos os ambientes, inclusive, no ambiente escolar; que se coloca de forma tão contundente. Vemos, infelizmente, que debates absolutamente obtusos e desnecessários sobre qualquer ótica, como o debate do Escola Sem Partido, têm sido conduzidos de forma muito intensa e hipócrita, ao meu ver, em uma verdadeira cortina de fumaça que acaba permitindo e dando vazão a outros movimentos políticos que vão se instalando progressivamente e de forma a mercantilizar a vida das pessoas e diminuir nossa margem de produzir políticas públicas mais universais e integrais. Assim, é importante termos sempre muito claramente demarcado que esse pensamento definitivamente não é único, não é o pensamento sequer que prepondera efetivamente entre quem debate e se preocupa com educação, com saúde, com direitos humanos, e que estaremos sempre usando de todos os instrumentos para dar voz às perspectivas que tem muito mais respeito à vida e às pessoas. Passo a palavra às palestrantes. 

Boa noite. Sempre bom estar nesse espaço para trazer temas que nos ajudem a construir nossas críticas sociais e nossas possibilidades de intervenção de um jeito que acreditamos que precisa ser feito. Todo ano, no mês de novembro, estamos aqui para ocupar este espaço em função da lei que ajudamos a construir com Pedro Tourinho. Todos os anos trazemos temáticas relacionadas à questão da despatologização.

A despatologização é um fenômeno que atravessa todas as dimensões das nossas vidas. Do momento em que ainda estamos na barriga das nossas mães, até a hora que envelhecemos e morremos, passamos por situações em que a patologização e a medicalização acontecem em nossas vidas. Como é um tema extremamente amplo, que faz interface com as-

pectos muito importantes de nossa vida, como a saúde, a educação, a cultura, nossa forma de ver o mundo, todos os anos fazemos um recorte, dentre questões ligadas à despatologização, para escolher o tema que traremos aqui para debate. Tentamos ver o que aconteceu, no decorrer do ano, que consideramos mais pertinente e mais impactante. Este ano escolhemos a Lei 13.438, popularmente conhecida como a Lei de Detecção precoce de risco psíquico. Qual será a intenção dessa lei?". Como é um tema que circula desde o ano passado, mas ainda pouco trabalhado, achamos que seria o deste ano. Como a Bárbara participou de vários momentos da discussão tanto política, quanto técnica dessa lei, nós a convidamos para estar aqui conosco. Agradeço e vamos ouvir a Bárbara. 🌍

Psicóloga, mestre e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, do Rio de Janeiro, participante do Despatologiza e pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Boa tarde. Quero começar agradecendo ao Conselho Regional de Psicologia e ao Despatologiza por estar aqui hoje, neste dia que é histórico. Agradecer também ao vereador Pedro Tourinho e cumprimentar as pessoas que vieram assistir e participar dessa discussão.

Como a Rosângela bem falou, a Lei 13.438 foi um tema que nos causou bastante inquietação desde a sua promulgação. De lá para cá, tivemos várias situações de enfrentamento ao que essa lei de fato representa. Eu trouxe uma apresentação que fala da lei, mas também trago hoje algo da ordem do “o que nós estamos propondo”. E quando eu falo “nós”, não estou falando só eu, como pesquisadora lá do Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental, mas também eu como Despatologiza e também nós, as entidades que se posicionaram criticamente à essa lei. Somos muitas entidades. Somos desse time de pessoas que viram na lei um problema e um vetor de medicalização e de patologização da primeira infância. Somos, por exemplo, o sistema de Conselho de Psicologia, o Conselho de Fisioterapia, a Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Saúde Mental, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, outras entidades da sociedade civil, pesquisadores de institutos de pesquisa de universidades, aqui da Unicamp, da pediatria, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, a Rede Nacional Primeira Infância, enfim, eu não vou conseguir elencar aqui todo mundo que se posicionou e que, de alguma maneira, contribuiu para o debate e ações de enfrentamento e resistência que só aconteceram depois da promulgação da lei.

Trouxe uma apresentação que tem como título “Cuidar colaborativamente para não rastrear universalmente: articulação intersetorial como operadora do cuidado integral à saúde mental infantil”. Vou falar de uma estratégia de cuidado que passa justamente por caminhos contrários ao que a lei propõe, que é o rastreamento universal. Estratégia que passa por um fortalecimento de ações interssetoriais na saúde e que visa justamente poder dar conta da integralidade do cuidado.

Nossa crítica à lei está baseada na questão de que a criança precisa, na primeira infância, aliás, não só na primeira infância, mas ao longo de todo o seu desenvolvimento, de um olhar integral, de um acompanhamento que vai passar por diferentes setores, não só pelos da saúde ou educação.

A criança é um sujeito envolvido por diferentes saberes, olhares e, tão logo possa, ela é entendida como um sujeito participante. No caso dos bebês, estamos dialogando com crianças e suas famílias.

Vamos começar com o conceito ampliado de saúde, pensando saúde integral. A saúde é entendida por nós, e da maneira como ela está colocada na nossa Constituição Federal, como resultante de diferentes processos. De processos ligados à alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, possibilidade de liberdade, condições sociopolíticas, enfim, milhões de vetores atravessam a saúde. A saúde não está restrita ao corpo, ao

organismo biológico, também não está restrita a práticas de cuidado dentro da estrutura médica. Saúde é a potência da vida, é resultante de um processo complexo e é produto de interações sociais. Assim, quando pensamos em saúde, não tem como descolar do contexto que seja individual, familiar, coletivo e, ampliando, até nacional.

Dessa forma, nossas condições de saúde estão sempre sujeitas às condições do nosso entorno. Como são as condições do território onde vivemos? Condições não apenas sanitárias, mas condições também econômicas, culturais; acesso à lazer e cultura faz diferença para a saúde; condições de liberdade de pensamento faz diferença para saúde. Não vou elencar todos os itens que podem estar envolvidos, mas toda vez que falarmos aqui de saúde, estamos falando desse produto que é socialmente engendrado e é influenciado por decisões econômicas, políticas, enfim.

Vou comentar também sobre um paradigma que temos trabalhado no NUPPSAM (Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental) e que é muito caro para nossa pesquisa. Trata-se da promoção de saúde que, muitas vezes, é equivocadamente entendida como prevenção de doenças. Promoção de saúde não é prevenção de doenças. A ideia de promoção de saúde é que o foco recaí sobre o conceito de saúde ampliada, como fazer com que saúde seja sempre algo potente e positivo na vida de indivíduos e populações. Então, são estratégias transversais e, geralmente, tendem a funcionar em articulação intrasetor - na saúde - e intersector - saúde, com educação, com cultura, com assistência social, com justiça, tendo como foco os determinantes sociais da saúde que variam desde interações familiares, até condições sociopolíticas do país.

Uma outra coisa importante de se destacar, é que a saúde, a promoção de saúde valoriza a experiência de saúde e de adoecimento, a experiência daquele indivíduo ou daquela coletividade que está sendo alvo de uma política ou ação de promoção de saúde. Assim, ela nunca deveria ser algo feito de cima para baixo. Ela requer participação social. Os alvos de uma ação e de uma política voltada para promoção de saúde não são sujeitos passivos, são sujeitos participantes e que decidem junto com os executores ou com os planejadores quais os

caminhos que devem ser seguidos. Dessa forma, autonomia e corresponsabilidade também são valores caros no paradigma de promoção de saúde. Um outro ponto importante de marcar antes de entrar na questão da lei, é a medicalização. O que que é medicalizar? É transformar algo que não é da esfera médica em um objeto de intervenção da medicina. Aquilo que não é médico, não é um objeto médico, se torna um objeto médico. E quando eu falo da medicina, médico, não estou falando apenas de médicos. Estou falando de todo um sistema de pensamento, de práticas e de discursos que constroem uma forma de controle social sobre corpos, comportamentos e mentes.

A definição como problema médico de algo que originalmente não é, é uma forma de simplificar e de individualizar diferenças e complexidades que existem no fenômeno humano. E quando vamos falar de bebês, pensar um bebê estritamente a partir de uma perspectiva medicalizante ou patologizante das experiências que esse bebê pode nos trazer é restringir as possibilidades de desenvolvimento dessa criança, é estreitar e levá-la a uma espécie de trajetória muito limitada a terapias, intervenções, remédios; aquela criança que é sempre meio doentinha.

Essa criança vai se construir assim, vai ser construída a partir desse discurso. Isso é muito grave. Quando pensamos em primeira infância, a abordagem medicalizada nunca é uma boa ideia. Um outro ponto a ser pensado é que os fenômenos de medicalização não são necessariamente algo produzido apenas pela medicina, por médicos ou profissionais da área da saúde; ele também pode ter um componente de uma demanda dos indivíduos a serem medicalizados. Há, dessa forma, uma complexidade no conceito de medicalização, porque às vezes, familiares de crianças com alguma diferença, começam a pedir diagnósticos, querendo entender aquela criança a partir necessariamente do discurso médico.

É importante, portanto, considerar os agentes externos ao campo da medicina nos processos de medicalização. Uma outra questão também importante é a questão da estimulação de um mercado. Qualquer ação de medicalização engendra algum tipo de ação que pode ser facilmente levada pela lógica mercantil. Então, quando algum tipo de comportamento é tornado doença e é a ela ofertada um remédio para sua cura ou controle, estamos criando um

mercado para esse remédio. Quando um determinado comportamento é considerado patológico e é ofertado uma terapia, um protocolo, algo para dar manejo a esse comportamento ou fazer um diagnóstico, está se criando um mercado. Assim, a medicalização e a patologização são um campo fértil para uma inserção de uma lógica de mercado nas políticas de saúde.

No campo da saúde mental infantil, na área de políticas públicas em saúde mental, já temos bem documentado um fenômeno que, infelizmente, ainda estamos enfrentando, que é o que chamamos de lacuna assistencial. Quanto mais nova a criança, maior a lacuna assistencial em saúde mental. Isso é um fato. Parte disso, acho importante fazer esse destaque, embora não vá aprofundar o assunto por ora, se deve um pouco ao que foi a trajetória, no Brasil, da reforma psiquiátrica. A reforma foi, sem dúvida, um movimento fundamental para preservação e garantia de direitos humanos, transformando a lógica de cuidado e assistência em saúde mental. Mas nossa reforma psiquiátrica, ao longo de décadas, focou muito nos adultos institucionalizados, na população que vivia em manicômio. E, em manicômios, criança não sobrevive; os sujeitos assistidos pela reforma eram todos adultos.

Quando pudemos olhar para as crianças, depois dessa etapa inicial vencida, nos deparamos com o fato de que as crianças ficaram um pouco pra trás. Até hoje o SUS ainda não consegue se posicionar, mesmo tendo uma política integral de assistência à criança. A execução dessa política ainda é muito difícil.

Assim, o que é essa lacuna? Ela consiste em três características importantes.

Primeira: a demora em identificar problemas na primeira infância, especialmente em bebês. Muitas vezes, essas crianças podem seguir desassistidas e chegar a uma certa idade em que esse comportamento ou essa questão se torna um problema geralmente para escola. Nesse momento, a escola avisa, *“essa criança tem um problema, leva no neuropediatra, precisamos de laudo”*. Começa assim. A criança com problema é sempre despachada, pois ela é um problema da medicina.

Segunda: dificuldades para acessar serviços. Isso, de fato, acontece; muitas vezes, existe a política, existe o serviço, os profissionais, mas as famílias não conseguem acessar;

quanto mais vulnerável é uma família, menor sua chance de acessar esses serviços. Mesmo tendo posto de saúde no bairro, às vezes as famílias não conseguem acessar.

Terceira: assistência fragmentada. A criança que é cuidada está na Estratégia de Saúde da Família, mas também foi para a clínica privada para ver o médico que a escola pediu. Geralmente, ninguém fala com ninguém, e o que se tem aí é uma sobreposição de cuidado, um cuidado sem coesão. Isso é iatrogênico e pode produzir problemas.

A prática recorrente de a escola encaminhar para médicos as crianças que estão apresentando problemas está virando quase uma espécie de dispositivo da educação solicitar à saúde a cada vez que encontra uma criança com algum tipo de diferença.

Nossa proposta em relação ao cuidado em saúde mental infantil é o cuidado colaborativo. Conceito desenvolvido no Canadá tem como premissa a ação intersetorial e o compartilhamento de ações, de saberes e de decisões. É a ação que temos produzido em nosso núcleo de pesquisas. No nosso caso, no Rio de Janeiro, é uma articulação entre a rede de saúde mental de crianças e adolescentes e a Atenção Básica. Então, fundamentalmente, temos o *locus* do CAPSi, que seria o dispositivo da RAPS mais próximo da saúde mental de crianças e adolescentes, e a nossa articulação com dispositivos da Estratégia de Saúde da Família. O que se percebe, e já existem estudos, inclusive internacionais, sobre isso, é que a ampliação de acesso em saúde mental infantil necessita da parceria com a Atenção Básica. É evidente que o fortalecimento e a cobertura de Capsi no país melhoraria a situação da saúde mental, mas o acesso se torna mais garantido se é feito com o fortalecimento da Atenção Básica. A Atenção Básica é uma porta de entrada para todo mundo, prioritariamente para crianças.

Uma outra questão também importante é um olhar para o território. Todo tipo de cuidado intersetor não acontece no vácuo; acontece num território que é vivo, que tem características próprias, e muitas vezes, quando falamos *“território”*, equivale a um pedacinho do bairro. Às vezes, ali pertinho, já é completamente diferente.

No Rio, estamos em três territórios, todos na área da Zona Sul, mas são completamente diferen-

tes. Cada território tem uma dimensão muito própria, uma cultura própria, sentimentos ou não de pertencimento e uma afetividade dos sujeitos que produzem relações com o território a que estão ligados no processo de saúde, doença e cuidado.

Com relação à lacuna assistencial, citada anteriormente, a dificuldade ou uma demora em identificar problemas de saúde mental em bebês e pequenas crianças facilitou o surgimento da Lei 13.438. Ela tem algumas questões. Primeiro, altera o Estatuto da Criança e do Adolescente e incluiu um parágrafo que é o texto da lei mesmo, que diz da obrigatoriedade de aplicação de protocolo para detecção do tal do risco para o desenvolvimento psíquico. Nós consideramos que esta lei não é a melhor maneira de responder a essa lacuna assistencial em saúde mental infantil.

Isto não significa, no entanto, que sejamos contra a detecção de problemas em crianças pequenas; ninguém é contra isso. Ponderamos que a maneira como isso foi proposto pela lei, vai criar mais problemas do que resolvê-los.

Antes de eu entrar, propriamente, na questão da lei, queria fazer uma distinção e falar de dois processos de detecção em nível populacional, porque quando estamos falando de populações são milhares, milhões de pessoas. Isto pode ser feito basicamente por dois processos: rastreamento ou vigilância.

Rastreamento consiste em situações em que algum tipo de teste, exame, protocolo ou instrumento é aplicado em todos os indivíduos de modo indiscriminado. Sem distinção, todos os indivíduos recebem algum tipo de aplicação de teste, protocolo, instrumento, o que seja, algum exame, independente de haver queixa ou preocupação. Exemplo de rastreamento na primeira infância: teste do pezinho. Toda criança nascida, até o quinto dia de vida, tem de passar por esse exame. É aplicado um instrumento, um teste, que trabalha com material biológico para detectar problemas muito específicos.

Uma outra modalidade de detecção de problemas no nível populacional é o que se chama de vigilância, ou seja, é um acompanhamento longitudinal, processual, que se dá ao longo do tempo. A população precisa ser vista várias vezes, ao longo de um determinado tempo; pode ou não, em processos de vigilância, haver a aplicação de testes ou de exames, sempre tendo como critério alguma diferença que chamou atenção.

Quando olhamos estudos sobre aplicação de protocolos diagnósticos, na primeira infância, especialmente ligados na área de saúde mental, estou pensando, por exemplo, no famoso M-Chat, teste de rastreio pra autismo, cuja efetividade e confiabilidade é maior quando aplicado em processos de vigilância, e não na forma de rastreio populacional.

Uma coisa precisa ser entendida: para rastreio qualquer que seja o instrumento, teste, exame a ser usado, ele precisa ser absolutamente bem calibrado na sensibilidade e na especificidade do teste. A sensibilidade é a capacidade de ele perceber alterações e a especificidade é a capacidade de ele perceber as alterações que interessam. Isto porque quando um teste ou é sensível demais ou de menos, específico demais ou de menos, ele pode produzir falsos positivos e falsos negativos e, portanto, se torna um teste inútil e perigoso.

Sobre o cuidado colaborativo, também falado anteriormente, e que é a modalidade de cuidado que estamos tentando implantar, nossa proposta ao que a lei está querendo fazer é uma contraproposta. É uma estratégia processual, que visa fundamentalmente as barreiras de acesso ao sistema de saúde. A base da ideia de colaboração é trabalhar intra e intersetorialmente, visando as barreiras de acesso, porque uma vez que você elimina essas barreiras, o cuidado se torna muito mais potente, continuado, longitudinal. Assim, não incorremos no erro de cair naquelas situações em que o usuário de saúde chega na Atenção Básica, pela Estratégia de Saúde da Família, e é encaminhado para um nível secundário de assistência, para algum tipo de serviço especializado, que não tenha na estratégia. Se esse encaminhamento é feito de maneira burocrática e protocolar, grande chance desse paciente não chegar lá, ou chegar e a equipe que está cuidando dele na Básica não saber o que aconteceu com ele no serviço especializado. Isso cria automaticamente uma lacuna nesse cuidado.

O cuidado colaborativo, no nosso trabalho, consiste em apoiar os profissionais da Atenção Básica com relação aos desafios que a saúde mental coloca para a Atenção Básica. O campo da saúde mental não é um campo fácil. As problemáticas desse campo não são tão fáceis de se decifrar às vezes. Então, a ideia do cuidado colaborativo é poder não só ajudar na

eliminação de barreiras ao acesso, mas também facilitar esse contato entre a saúde mental e a Atenção Básica. Alguns componentes são importantes para isso. A participação não só dos profissionais, mas dos usuários, formando assim uma gestão compartilhada do cuidado e o fortalecimento do mecanismo de ligação entre os profissionais e serviços. A ideia é que os profissionais e os serviços possam se conhecer e se conversar, e não simplesmente mandar referência contra referência, ou encaminhar e esperar que o paciente chegue.

Como aspectos do cuidado colaborativo, na pesquisa no Rio, em cada um dos campos onde estamos atuando, temos uma reunião mensal com todos os serviços que são parceiros. Quando falo “serviços” pode ser serviços instituídos como a Estratégia de Saúde da Família ou as escolas, mas também, por exemplo, a escolinha de surf que tem na praia e que faz parte do cuidado de adolescentes que estão no projeto, ou uma creche comunitária. Assim, qualquer um que esteja envolvido no cuidado em saúde mental para essas crianças e adolescentes assistidas pelo projeto torna-se um parceiro. Um outro aspecto é o compartilhamento de informações, com todo o cuidado e sensibilidade em relação ao sigilo dos casos. As dimensões sigilosas dos casos são mantidas e respeitadas, mas as informações, como “veio participar do grupo hoje, não veio, chegou no seu serviço, não chegou”, são trocadas entre as equipes envolvidas. Também trabalhamos com ações de educação e saúde e com ações de promoção de saúde mental.

Assim, citando Melissa Teixeira, Maria Cristina Ventura e Pedro Gabriel Delgado, que assinam um artigo sobre cuidado colaborativo, temos que [cuidado colaborativo]

“é uma parceria entre os setores públicos com funções específicas, usuários, familiares, que requer modos de operação baseados no reconhecimento e legitimidade dos diferentes saberes envolvidos”.

Assim, não existe uma hierarquização dos saberes: o saber do médico, do psiquiatra e da avó de determinado menino têm o mesmo valor para todo mundo. Tudo tem o mesmo valor. *“Especializados ou leigos, além da instauração de processos de trabalho inovadores que superem formas tradicionais de articulação”.*

Entendo que a ideia da direção do trabalho visando a eliminação de barreiras está posta: é fazer com que o trabalho que envolva diferentes equipes não seja em si uma barreira.

Seguem alguns dados da pesquisa para que falemos em seguida da lei. O nome oficial da pesquisa é Rede, Território e Atenção Psicossocial Para Crianças e Adolescentes: Compartilhamento e Colaboração Intersetorial. Mas cotidianamente a chamamos de Projeto Cuidado Colaborativo. É um projeto de pesquisa e extensão, desenvolvido pelo NUPPSAM do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e se constitui de ações desenvolvidas no município do Rio, é um projeto piloto, ainda de pouco alcance.

Então, em um município do Rio, em uma área programática que cobre o que seria a Zona Sul, temos três pontos, ou seja, três campos de pesquisa: na região de Botafogo e Copacabana, que tem muitos territórios. O ponto de ancoragem do projeto é as Clínicas da Família, nome dado no Rio para Estratégia de Saúde da Família. Buscamos estabelecer parcerias intersetoriais. Assim, em cada Clínica da Família ou Estratégia, fazemos um levantamento do território para ter um diagnóstico e também para saber quais são os serviços e os potenciais parceiros que teremos por lá. O objetivo é ampliar o acesso e qualificar o cuidado, porque ampliar acesso sem qualificar o cuidado não é cuidar, visando especificamente crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental.

Interessante pontuar que falamos em “crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental” e não “crianças e adolescentes com transtorno mental” justamente para não patologizá-los. São crianças e adolescentes que, naquele momento, estão necessitando de algum tipo de apoio em saúde mental.

O projeto começou como um estudo exploratório que foi a pesquisa de mestrado da Melissa Teixeira, entre 2013 a 2015. Nele, ela investigou a articulação entre um único CAPSi e a rede de Atenção Básica que estaria naquele território. E, dito aqui muito resumidamente, ela descobriu:

1. Descontinuidade no cuidado entre os serviços, ou seja, os cuidados colocados por uma rede e por outra ficavam fragmentados.
2. Dispersão do cuidado; não tinha um direcionamento, dependendo de quem atendia, mandava para um lugar ou para outro.

3. Pouco conhecimento das equipes sobre os recursos territoriais.
4. A questão da referência contra referência. Quando você dá um papel para o usuário, dependendo de sua situação, se for uma pessoa em situação de muito sofrimento mental ou muita vulnerabilidade, aquilo não vai ajudá-lo. Dizer para essa pessoa, “vai lá no CRAS”, não resolve sua vida, às vezes o profissional tem de ir lá no CRAS com ela ou trazer o CRAS para dentro das clínicas ou, ainda, articular mais o trabalho, por exemplo, com o CRAS e Atenção Básica.
5. Pouca informação sobre os atores-chaves dos serviços e dos setores do território. Muitas vezes se sabia que tinha um determinado serviço ali, mas com quem falar, por que caminho seguir? Faz muita diferença ter uma figura que será parceira em determinado serviço.

Cabe dizer que, quando aponto esses aspectos, não estou de modo algum diminuindo o trabalho desses profissionais e desses serviços, até porque sabemos das condições pouco favoráveis para a realização de um trabalho de cuidado, e por vezes em situações de precarização. No Rio, neste momento, vivemos um desmonte da Estratégia de Saúde da Família, pelo nosso prefeito, que vai demitir milhares de profissionais, de trabalhadores da saúde da Atenção Básica. Estamos falando de mais de 200 equipes de Estratégia de Saúde da Família sendo encerradas no município do Rio.

Pedro Tourinho: Só para situar: 200 equipes cuidando de mais ou menos quatro mil pessoas cada uma, são 800 mil pessoas que vão deixar de ter assistência e saúde no município do Rio. Surreal.

Bárbara Costa Andrade: E essas equipes não estão no Leblon, certo? Elas estão em áreas que atendem pessoas em situação de muita vulnerabilidade.

Voltando aos três campos que nós temos na pesquisa. Vale lembrar que estou falando de regiões de classe média alta. A Zona Sul do Rio é formada por bairros com IDH alto. Mas como em quase todos os bairros do Rio, temos nesses mesmos lugares, comunidades, favelas, que, por causa do relevo, se fala em distinção entre morro e asfalto: no asfalto está a classe alta e o morro sobrou para aqueles que não podem habitar o asfalto.

Então, Pavão-Pavãozinho/Cantagalo é uma comunidade que fica na fronteira entre o bairro de Ipanema e Copacabana, está no morro e lá tem uma Clínica da Família, onde é feito uma parte do projeto. O outro é Santa Marta (SM). Também uma comunidade que fica no bairro de Botafogo, que é vizinho à Copacabana. A comunidade Santa Marta ficou muito famosa com a visita de Michael Jackson e faz parte do projeto desde 2015. É lá que tem a estátua do Michael Jackson. E o Centro Municipal de Saúde João de Barros Barreto (JBB), que fica no meio de Copacabana e atende a duas comunidades ali do lado e a todo bairro de Copacabana. Com diferença das Clínicas da Família do Pavão-Pavãozinho/Cantagalo e do Santa Marta, que atendem praticamente só a comunidade, o JBB atende morro e asfalto. Então, ele lida com uma problemática diferente, até por dar conta de duas populações em contexto de vulnerabilidade diferente. São três os espaços/territórios, mas vou centrar no Pavão-Pavãozinho/Cantagalo e no Santa Marta.

O tempo zero do projeto foi o início de 2015; eu ainda não fazia parte, mas quando o projeto chegou nessas duas Clínicas da Família, havia 24 crianças e adolescentes no Pavão-Pavãozinho/Cantagalo, em situação de ser atendida pela saúde mental, pela Rede de Atenção Psicossocial e pela Atenção Básica, e no Santa Marta eram 11. Ou seja, muito pouco para a quantidade de gente atendida por essas Clínicas da Família.

Isso já chama atenção, 11 crianças no Santa Marta. No final do ano, esse número foi mais que o dobro; em 2016, também aumentou e no tempo três, que é dezembro de 2017, há um ano atrás, o Pavão-Pavãozinho/Cantagalo tem na modalidade de cuidado colaborativo, 127 crianças e adolescentes, e o Santa Marta tem 69. Vou fazer a ressalva: muitos dos trabalhos que temos feito, das ações que temos feito, não só nós como os profissionais dos serviços, tem sido fortemente impactado pela questão da violência nesses territórios. Muitas vezes não conseguimos chegar lá, não conseguimos ir na clínica, enfim.

O JBB entrou no ano passado na modalidade; foi o último campo em que começamos e lá tinham 54 crianças inicialmente e, no final do ano, chegou a 106. Da última vez que eu vi a listagem, já havia mais de 200. Então, num trabalho feito com poucas pessoas, visando eliminação de barreira de acesso, conseguimos dobrar, em um ano, o do JBB e mais que triplicar os

outros, ou quadruplicar os outros campos. Passamos de um tempo zero de 89 crianças, para um tempo do ano passado de 302.

No JBB, o foco maior do trabalho são os bebês, e é o ponto em que eu sou a figura de fixação, isto é, eu sou a figura da pesquisa que está lá. As atividades feitas na Clínica da Família que entraram na modalidade colaborativa são:

1. Grupo de shantala: a ideia da shantala não é só porque ela é uma delícia, ajuda a criança a dormir, tranquiliza o bebê e tranquiliza os pais também, porque criança que dorme significa mãe e pai que dormem, diminui cólica, tem uma série de resultados positivos na saúde da criança que são imediatos. É também porque, por ser uma atividade de grupo, por ser uma atividade que está sendo feita com esse olhar colaborativo, serve como um lugar de empoderamento dessas mães, avós, pais, tias, porque recebemos todo mundo, não fechamos o grupo só para mãe e bebê, é qualquer cuidadora ou cuidador afetivamente implicado com aquela criança. Às vezes vão o pai e a mãe, a avó e a tia, às vezes vão duas ou três pessoas para cada bebê. Então, a shantala é um modo que temos de criar esses grupos e de poder fazer também vigilância desses bebês, ser um apoio à linha de cuidado de puericultura da clínica.

2. Coletivo Conversando Sobre Bebês: começou agora nesse segundo semestre. São ações de grupo de puericultura, mas como puericultura não faz muito sentido para muitos usuários, mudamos o nome para coletivo. Transformamos aquelas consultas em grupo da linha de cuidado de puericultura em uma roda de conversa com familiares, bebês, e que, ali também, além de saber como está a criança no peso, altura, também conversamos. Uma das ações que está sendo muito interessante é usar esse espaço como espaço de educação e saúde sobre a Caderneta de Saúde da Criança. As famílias adoram e isso já está mostrando uma diferença, porque essas famílias que participam do grupo, quando vão para as consultas individuais, já chegam e elas mesmas demandam o preenchimento da caderneta de saúde do filho. Outra atividade que estamos fazendo é uma oficina de álbum de retrato e história de vida. Isso não só porque descobrimos que muitas das famílias mais vulneráveis do território não têm registro do crescimento dos seus filhos em álbum de bebê, como também por poder produzir uma ação grupal com

esses usuários. Unimos este grupo com um de senhoras que faz artesanato no terraço da clínica. São as senhoras da terceira idade ali de Copacabana com as crianças da Ladeira dos Tabajaras e a nossa ideia era poder também produzir um espaço de encontro para fazer educação e saúde empoderadas. Nada de palestra chata, mas algo que pudesse envolver os sujeitos.

Depois de apresentada a pesquisa, volto para a lei para falar quais são os problemas colocados por ela. Dividi em dois tipos de problema: um ligado ao texto e outro ligado aos descaminhos desde o projeto de lei, até a sua aprovação.

Começando pelos problemas colocados pelo texto. A Lei 13.438 é um parágrafo, não tem mais nada, é só isso, ela não diz mais nada a não ser

“é obrigatório aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros 18 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”.

Como que um parágrafo tão pequeno tem tanto problema?

Problema número um: obrigatoriedade de aplicação de protocolo ou instrumento para todas as crianças de zero a 18 meses. Estamos falando de uma ação de rastreamento. Rastreamento universal em bebês. Qual é o problema? Inicialmente, tanto a literatura especializada nacional, quanto internacional, contraindicam rastreamento de problemas da ordem psíquica em uma faixa etária tão precoce, por causa da alta incidência de falsos positivos e falsos negativos, justamente por se aplicar a uma faixa etária tão precoce. Até um ano e meio de idade, querer rastrear por teste, questionário, protocolo, problemas psíquicos em bebê, é no mínimo absurdo.

Fomos olhar revisões sistemáticas da literatura sobre o assunto ligado ao que seria o risco psíquico em bebês. Na literatura de países como Estados Unidos, Reino Unido e Europa, nada indica rastreamento em uma faixa etária tão precoce.

Problema número 2: ausência de instrumento validado no Brasil para isso. Se resolvêsemos ir na contramão de tudo o que a literatura especializada diz a respeito, mesmo assim não daria certo, porque não temos um instrumento validado que faça isso.

E eu pergunto: risco psíquico é agravo? Risco psíquico só existe de zero a 18 meses, depois não mais? Não estamos todos, enquanto estamos vivos, em risco de adoecer, sofrer, cambalear, a nossa saúde mental não é algo dinâmico que pode ter idas e vindas ao longo de toda a vida? Então, por que essa fixação em zero a 18 meses?

Quais são os critérios para uma ação de rastreamento? Listo aqui, retirado de um texto técnico do Ministério da Saúde, do caderno temático da Atenção Básica sobre o tema.

1. Um problema só pode ser pensado para ser candidato a um rastreamento universal, quando é problema de saúde pública relevante para a população. Adoecimento, sofrimento psíquico é relevante, portanto, critério preenchido.
2. Tem de ter uma história natural bem conhecida. Sofrimento psíquico tem história natural bem conhecida ou cada um tem o seu? Temos um problema aí, critério não preenchido.
3. O estágio pré-clínico tem de ser bem definido, também cai na mesma questão anterior, critério não preenchido.
4. Benefício da detecção e do tratamento precoces com o rastreamento tem de ser maior que os malefícios. Lembrando: qualquer ação em escala populacional, sempre envolve o risco de alguém ser falsamente identificado como doente ou em risco de adoecer, ou o contrário, alguém ser deixado pra trás. Critério não preenchido.
5. Os instrumentos que detectam a condição a ser rastreada precisam estar disponíveis e ser confiáveis. Lembrando que não temos nenhum instrumento validado para isso, então, portanto, isso não se aplica. Critério não preenchido.
6. O custo do rastreamento tem de ser razoável e compatível com o orçamento. Estamos vivendo numa situação muito difícil com a PEC do fim do mundo, então qualquer tipo de ação desse porte precisa ser muito bem pensada e precisa ser muito bem orçada.
7. O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático. Isso significa a necessidade de haver uma rede de aco-

lhimento, porque não adianta rastrear e fazer nada com essas pessoas. Colocar uma lei federal que impõe uma ação de rastreamento sem desenhar nenhum tipo de rede de apoio é perverso.

Como falei, não tem instrumentos validados. Além disso, é uma lei a ser executada pelo SUS e fala de risco psíquico, certo? Risco psíquico é um objeto da psicologia; então, fomos olhar no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) e não encontramos nenhum teste que dê conta do tal do risco psíquico cadastrado, não tem parecer favorável para teste psíquico. Ainda é algo a ser feito pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), que existe para dizer o que pode ou não pode ser usado no SUS, que vai desde respirador artificial até agulha para dar injeção. Também ali não tem nenhum tipo de teste para risco psíquico. Então, nem no SATEPSI, nem no CONITEC, tem algum tipo de instrumento, mas temos uma lei dizendo que tem de aplicar.

Vamos falar agora dos descaminhos da lei.

O projeto de lei que gerou a 13.438 foi proposto no Senado, pela senadora Ângela Portela, em 2011, era o PLS 451 de 2011. Chegou lá em agosto de 2011 e tramitou por todas as instâncias necessárias no Senado. Depois de dois anos, foi para Câmara e assim que chegou lá, em maio de 2013, ele foi apensado, isto é, colocado junto com outro projeto, porque a Câmara, na época, entendeu que eles tratavam de matérias correlatas. Importante citar que o texto final da 13.438 é o mesmo desde o primeiro dia do projeto de lei, não houve nenhuma modificação. Dois anos depois, houve um pedido de desapensação colocado pela deputada Shéridan Oliveira, de Roraima, e foi indeferido, pois a Câmara achou que não deveria separar; os projetos estavam apensados e meio parados por lá. Isso em 2015. Dois anos depois, já em 2017, num momento de muita fragilidade democrática no país, após o impeachment da presidenta Dilma, no dia 20 de março, houve um novo pedido de desapensação desse projeto, dessa vez pelo deputado delegado Francischini, do Paraná, que foi aceito. Oito dias depois, o deputado delegado Francischini entra com o pedido de urgência. O que significa isso? Significa que quando um projeto de lei é colocado em regime de urgência, é necessário que haja a votação, o mais rápido possível, ou seja, sem tempo de passar por novos trâmites.

Pedro: Isso é uma maneira de fazer o *bypass* das comissões e do debate.

Bárbara: Exatamente. Não dá tempo de passar em comissão, não dá tempo de fazer audiência pública. É claro que esse é um dispositivo muito útil para democracia quando você está diante de situações calamitosas e urgentes de fato. Mas um projeto de lei que está parado em uma gaveta há tanto tempo, de repente ser desengavetado e votado em regime de urgência, é um pouco estranho. Então, foi apresentado o requerimento de urgência, que foi aceito, e a lei foi aprovada no dia seguinte. Cinco dias depois foi enviada para assinatura pelo Executivo e, no dia 26 de abril, virou a Lei Ordinária 13.438.

Então, o que temos é um projeto de lei que vagou por comissões e ficou apensado, engavetado muito tempo e, de repente, foi desapensado, desengavetado, votado em regime de urgência sem debate ampliado, sem audiência pública, sem passar novamente pelas comissões e virou lei federal, com aquele texto desde de 2011.

Há dois pareceres contrários emitidos pela área técnica de saúde da primeira infância, saúde da criança, a Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Um 2011, assim que a senadora Ângela Portela apresentou o projeto de lei no Senado, e outro em 2017, tão logo o Ministério da Saúde soube da votação em regime de urgência. E esses dois pareceres foram desconsiderados.

Não tivemos audiência pública, não tivemos debate ampliado e os pareceres da área técnica do próprio Ministério da Saúde foram ignorados. Além disso, não há assinatura do Ministério da Saúde. A lei foi assinada pela então ministra do Desenvolvimento Social, Luislinda Valois, e pelo então ministro da Justiça, Osmar Serraglio. Não teve assinatura de nenhum representante do Ministério da Saúde.

E qual é a nossa proposta?

Já falei do projeto colaborativo e da diferença entre rastreamento e vigilância. Vou, então me repetir.

Propomos vigilância do desenvolvimento infantil e apoio à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, voltada para um acompanhamento longitudinal, intersetor do desenvolvimento infantil.

Propomos também um uso mais potente da Caderneta de Saúde da Criança. Ela é baseada na lógica da vigilância em saúde e é um instrumento constantemente atualizado. Vale dizer que o último ano foi um pouco confuso porque houve problema na impressão; não tinha verba para imprimir e distribuir as cadernetas de saúde da criança. Não à toa, coincide com o nosso momento de fragilidade democrática. Mas é um instrumento que, a princípio, acompanha a criança até ela entrar na adolescência e depois, tem a Caderneta de Saúde do Adolescente. A caderneta é destinada não só aos profissionais, mas também aos familiares; é um documento da criança, não apenas uma espécie de prontuário que o médico ou a enfermeira preenchem. Sendo um documento da criança é, portanto, um instrumento que diz respeito aos familiares. Ela contempla, dentre muitas coisas, dificuldades e alterações no desenvolvimento psíquico. E as últimas edições da caderneta têm inclusive uma sessão especial sobre síndrome de Down e autismo, que são duas questões que aparecem muito para crianças pequenas.

Para ilustrar a realidade do uso das cadernetas, cito uma pesquisa desenvolvida pela professora Virgínia Peixoto, do Instituto Fernandes Figueira na Fiocruz, no Rio. É uma pesquisa de âmbito nacional, com uma metodologia muito rigorosa, cujo nome é "Diagnóstico da utilização da Caderneta de Saúde da Criança para promoção e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil". Dentre as muitas ações que esse time de pesquisadores executou, estão: (a) 2.034 entrevistas com mães de crianças pequenas, em todo o país, (b) observação participante, método qualitativo de pesquisa, em 152 Unidades Básicas de Saúde; (c) entrevistas com profissionais. Foi uma pesquisa muito abrangente.

Dois dados importantes: (1) na dimensão da caderneta que fala sobre vacinação, todas as cadernetas pesquisadas nessas 152 Unidades Básicas de Saúde, estavam com a dimensão de vacinação preenchidas, com pelo menos uma anotação. Então, na dimensão de vacinação, a caderneta está cumprindo o seu papel. Os profissionais de saúde, as famílias, todos entendendo que aquilo ali é importante para acompanhar a cobertura vacinal; (2) no componente vigilância do desenvolvimento, eles encontraram apenas 9.9% das cadernetas com ao menos uma marcação. Então, nem 10% dessas cadernetas estavam preenchidas. Isso não significa

que as crianças não estão sendo vistas em seu desenvolvimento; muitas vezes são informações colocadas em prontuários, impressos ou eletrônicos da clínica ou do posto de saúde, mas que não voltam para as famílias e, como a caderneta é o que vai com a criança para qualquer serviço que ela vá, essas informações também não vão para os outros serviços. Então, se essa criança se muda de uma comunidade ou de um território para outro território que é coberto por outra equipe, pensando em Estratégia de Saúde da Família, essa informação, se não está na caderneta, se perde, porque os prontuários não são necessariamente integrados.

Com relação às ações de enfrentamento à Lei 13.438, o que temos até o momento? Um documento que foi construído a partir de consensos de uma oficina convocada pelo Ministério da Saúde, logo após a aprovação da lei. Alguns meses após a promulgação da lei, houve uma oficina para discutirmos o assunto. Nesse grupo de pessoas que foram participar da oficina, estavam membros de um grupo de pesquisa ligado a um protocolo que é o único que cabe na faixa etária de zero a 18 meses. E o que foi definido pelo Ministério da Saúde, dentre muitas ações, uma delas foi uma demanda praticamente consensual que era pela revogação da lei. Nós consideramos realisticamente que talvez seja difícil de conseguir isso agora, já que para revogar uma lei, é preciso outra lei, e não sei se nesse momento há clima democrático para tanto, certo?

Enfim, essa foi a primeira demanda, praticamente unanimidade. O que se conseguiu, caso a Lei 13.438 tenha de ser executada, foi que o instrumento a ser usado seja a Caderneta de Saúde da Criança. Pelo menos, com isso, reforça-se a importância de potencializar o uso da Caderneta de Saúde da Criança na dimensão do desenvolvimento infantil. Outro produto da oficina foi mais um documento, que saiu alguns meses depois, e que foi produzido a partir de uma provocação de alguns de nós, entidades envolvidas citadas no início. Foi um documento do Ministério Público Federal, que recomenda ao Ministério da Saúde, às secretarias estaduais e municipais de saúde e à secretaria do Distrito Federal de saúde, que não regulamentem, ou seja, não produzam decretos, não produzam documentos para a execução dessa lei, porque ela, dentre outras coisas, fere a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e não passou por debate ampliado.

Finalizando, quero comentar sobre a oficina que aconteceu no final de setembro, de 2017, em Brasília. Entidades da sociedade civil, estávamos lá o Despatologiza, o Fórum sobre Medicalização e a Rede Nacional Primeira Infância; o Departamento de Pediatria da Unicamp, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, representantes de departamentos e institutos de pesquisa e áreas técnicas do Ministério da Saúde, área da pessoa com deficiência, saúde mental, saúde da criança; do Ministério do Desenvolvimento Social e do Ministério da Educação. A primeira demanda foi a revogação ou anulação da lei; a segunda demanda mais importante foi a necessidade de expansão e qualificação dos serviços da Atenção Básica, porque é justamente ampliando e qualificando o acesso que se garante a possibilidade de uma cobertura assistencial em saúde mental para pequenas crianças. Isso significa não só potencializar a Atenção Básica, mas potencializar os NASFs, a RAPS, o CAPS, o CAPSi e a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Também potencializar esse acesso, mas fundamentalmente, potencializar a Atenção Básica e a ampliação urgente de educação permanente.

Os proponentes dessa lei e seus partidários advogam por capacitação em aplicação de protocolo, e nós defendemos investimento em educação permanente dos trabalhadores de saúde. É diferente você investir em uma educação em saúde, que seja ampliada, transversal, intersetor e capacitar para aplicar um protocolo. É olhar ampliado versus olhar restrito.

Outra demanda foi ampliar as ações de monitoramento e acompanhamento pela Caderneta de Saúde da Criança, porque ela já tem uma dimensão bastante completa de acompanhamento e desenvolvimento infantil. Consideramos importante também a potencialização do uso da caderneta, não só pelos trabalhadores e profissionais que vão cuidar dessa criança, mas pelos familiares também. Assim, educação em saúde para os usuários para eles saberem que essa caderneta é um documento e é parte do cuidado da criança conhecer esse documento. Bom, é isso. 🌱

Pedro: Muito obrigado, Bárbara. Quero parabenizá-la e comentar que a lei 13.438, com o texto que tem, seu principal risco, do ponto de vista legislativo, é que algumas prefeituras ou governos, ou mesmo o Governo Federal, queiram regulamentá-la, porque do jeito que está, efetivamente não tem como ser executada. Entendo que, mesmo com decretos eventuais que venham a regulamentar em âmbito municipal ou portarias que venham a fazer isso em âmbito nacional, tem margem bastante ampla para questionamento, inclusive, do ponto de vista jurídico.

Bárbara: Já que falamos do nível mais local, a Lei 13.438 já tem filhotes municipais. Já tem alguns municípios com projetos de lei e com lei aprovada, e isso é um pesadelo tornado realidade. Então, isso já existe.

Pedro: Vale dizer que em Campinas, já enfrentamos também frequentemente iniciativas dos mais diversos tipos, dentro de perspectivas medicalizantes, patologizantes. Uma dessas iniciativas legislativas estabelecia os critérios para o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pelos professores e reforçava a obrigação do poder público municipal de garantir a Ritalina para a criança. Felizmente não vigorou.

De qualquer maneira, vale a pena sabermos que o melhor que pode acontecer com essa lei, caso não se consiga revogá-la, é realmente deixá-la ficar à deriva e trabalhar numa movimentação mais pulverizada mesmo de combate às manifestações locais que acontecerem. Também acompanhar de muito perto, porque efetivamente pode

acontecer algum tipo de regulamentação a depender de quem estiver nos ministérios que virão aí, afinal de contas, sancionada a lei já foi.

Bárbara: Falando um pouco sobre os efeitos que estão para além dos efeitos legislativos e políticos diretos dessa lei, como toda ação de medicalização e essa lei é uma ação de medicalização, certo? Na forma de lei federal, ela produz um mercado. Então, tão logo essa lei foi aprovada, temos visto e acompanhado, especialmente em divulgação de internet, a quantidade de curso de capacitação em protocolo para detecção de risco psíquico ou propostas de convênio para detecção de risco psíquico. Vou citar especificamente os protocolos que são candidatos para caber nessa lei. Um é o M-Chat, apesar de ser um instrumento norte-americano, está parcialmente validado no Brasil. Não se aplica à faixa etária de zero a 18 meses, só a partir de 18 meses. Lembramos que ele vai funcionar melhor em sistema de vigilância, do que em rastreamento. Há o problema de adaptação cultural, já que não está totalmente validado, e não se aplica exatamente à essa faixa etária. Existem outros dois protocolos, largamente anunciados para capacitação, que são o IRDI e o PREAUT. O IRDI é um instrumento brasileiro, dentro da faixa etária de zero a 18 meses, desenvolvido por um grupo de pesquisa que insiste em dizer que está validado, mas eles têm um conceito muito particular de validação. O PREAUT é um instrumento francês; seu grupo de pesquisa, durante um tempo, trabalhou junto com o grupo do IRDI, hoje não mais, mas fizeram um acordo para não brigarem mais e dividirem o mercado. Tem, inclusive, esse efeito de um mer-

cado emergente de protocolos para risco psíquico. A lei pode não estar sendo executada, mas o que temos acompanhado é que há um festival de aplicação de protocolo de risco psíquico em bebês em creches particulares e públicas.

Pedro: Maravilha, Bárbara. Vamos passar às perguntas.

Eliane: Sou Eliane, diretora pedagógica da APAE de Campinas. Nós enfrentamos muito em Campinas toda essa questão, inclusive da necessidade do matriciamento, de uma rede de serviço. Senti falta da assistência social compondo essa comissão com vocês, porque eu não estou vendo nada da assistência social presente, pelo menos, no âmbito de contextualizar ou mesmo levantar questões que são importantes na política de direitos dessas pessoas. Na questão da legibilidade: quem levanta a necessidade de aplicação do instrumento? O médico?

Pedro: É rastreio, é para todo mundo.

Bárbara: Não há necessidade...

Eliane: Rastreio independente de qualquer...

Bárbara: Sim. É aplicação do protocolo para todas as crianças. A pergunta que a gente se fez: alguém está se beneficiando com isso e não são os bebês brasileiros. Não são. Isso não é uma estratégia de cuidado, isso não é uma estratégia possível, inclusive. Ela é muito perigosa porque como altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, mexe nos direitos da criança. Uma das entidades que estava na reunião do Ministério, que é nossa parceira e que é um dos parceiros no enfrentamento à 13.438, é o Conanda, Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. Então, essa lei atropela a política de cuidado, que é uma política desenhada em estratégia de vigilância e impõe uma ação que pode produzir dano, porque ela pode tanto criar dano no sentido jurídico, de as famílias entrarem com ações na justiça para que a lei seja executada, por exemplo, como também, ela pode produzir muito falso positivo, muito falso negativo e assim ela é iatrogênica.

Eliane: Com certeza. E realmente, é preciso mobilização urgente, isso sim.

Rosângela: No processo de judicialização, não temos só a questão da família pedir os direitos que a lei tecnicamente garante às crianças, embora a gente entenda que não há direito sendo garantido, mas a judicialização pode acontecer também para os profissionais. Então, existe uma

lei, o profissional não faz o uso dela, ele pode ser cobrado. Ou: ele pode fazer o uso dela com um dos instrumentos que não está validado.

Pedro: E pode ser cobrado.

Rosângela: E pode ser cobrado, porque o resultado pode não ser o correto, porque o material não está validado. E se, por exemplo, ele disser que a criança não tem nada, assinando essa afirmação, e mais para frente se identificar alguma questão na criança, essa família pode entrar na Justiça contra esse profissional porque não identificou o risco corretamente. Ou se, ao contrário, tivermos um falso positivo, isto é, o profissional aplicar um instrumento não validado, não adequado, identificar um problema numa criança que não tem nada, esse profissional também pode ser acionado. Estamos com essa lei criando problema em todas as instâncias. Na da criança, na da família, na dos profissionais, e na das próprias associações e das universidades. Várias universidades com curso de medicina e pediatria, se posicionaram contrárias à lei, porque é preciso trabalhar com o pediatra na formação de um olhar integral, e não no uso de um instrumento que sabemos qual é o resultado e que não é o adequado. Então, acho que isso precisa ficar muito claro quando pensamos nessa lei, e por isso que tem toda uma celeuma em cima dela. Mas quando a Bárbara fala de municípios já utilizando, eu estive em Curitiba agora, em outubro, conversando com uma colega que está atuando lá, e ela estava me dizendo da epidemia de aplicação de protocolos em bebês e da quantidade de crianças sendo identificadas com autismo a partir da utilização desse protocolo. Estamos falando de uma capital, não é? Uma capital, referência em muitas questões, que já está usando e que, daqui a pouco, os resultados dessas aplicações vão começar a ser divulgados nos congressos como algo positivo, e estamos vendo que isso não é positivo, porque está tendo um surto de autismo.

Bárbara: Pois é, o que é isso? Isso é uma jabuticaba que inventamos estragada, por que como é que podemos dizer que crianças de oito meses tem autismo? Autismo é um quadro muito complexo, de diagnóstico processual, longitudinal, multiprofissional e que só conseguimos fechar, não por incompetência dos profissionais, mas sim por característica do desenvolvimento infantil, na melhor das hipóteses, nos três anos. Antes disso, podemos estar diante de uma criança que está com uma problemática de vida qualquer, que não tem nada a ver com problemas neurológicos genéticos,

pode ser outra coisa, vulnerabilidade, por exemplo. Então, temos de tomar muito cuidado. Sobre a questão do profissional, a lei diz que é em consulta pediátrica. Então, quando se determina que vai ser em consulta pediátrica, dependendo da interpretação da lei, isso pode ser entendido como algo que os pediatras vão fazer.

Pedro: Já imaginou a fila para cumprir essa lei?

Bárbara: Não, você já imaginou o quanto de dinheiro vai em convênio para poder pagar pediatra em município que não tem pediatra, para laudar a criança? Construção de mercado, certo?

Pedro: se não houver mais perguntas, vou encaminhar para o fechamento da mesa. Eu queria dizer que achei excepcional ter podido fazer esse debate aqui hoje. Fica também um alerta para quem está aqui de Campinas nos assistindo, para acompanhar iniciativas legislativas com esse caráter. Já tivemos iniciativas com esse caráter aqui que tratavam exatamente do autismo, da dislexia e do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Já tivemos essas três temáticas apresentadas aqui na Câmara. Felizmente, elas não foram aprovadas. É importante as pessoas saberem que, às vezes, esses projetos são apresentados de boa-fé, por alguns parlamentares que são orientados de forma equivocada ou por assessorias ou profissionais que, às vezes, não são tão bem-intencionados, lobbies, certo? E aí quando há um debate, uma discussão franca, tranquila com alguns parlamentares, pelo menos os de melhor, de mais bom senso, acaba se produzindo sínteses que permitem que não caminhemos para o abismo assim de cabeça. Então, é importante que estejamos todos atentos a projetos dessa natureza para, se possível, conversar com o parlamentar que propôs algo desse tipo e trazer um pouco de orientação.

Bárbara: Só uma ressalva: a lei pode existir a partir de um parlamentar pode estar mal instruído, mas de qualquer maneira, alguém deu uma ideia com intenções que estão muito distantes do que seria o objetivo da lei.

Pedro: E quem deu a ideia sabe direitinho o que é. Mas acho que é isso, todo ano, então, fazemos essa discussão da desmedicalização, da despatologização, desse combate a esse processo que captura efetivamente a nossa juventude, as nossas vidas. Na verdade, a gente debate muito na perspectiva da infância, mas vale dizer que a medicalização da vida, da educação

se dá em diversos âmbitos. Nós já fizemos muito aqui a discussão do parto e do nascimento, o novo manual de diagnóstico em saúde mental que muda parâmetros para estabelecimento de diagnósticos com perspectivas, ao meu ver, profundamente medicalizantes. Estava debatendo ontem no posto de saúde, na unidade de saúde onde eu trabalho, a questão do luto, como caracterizar o luto como patológico ou não e tudo mais, e uma série de outras questões que estão por aí. Instrumentos que criam mercados e tiram a perspectiva da singularização, da perspectiva da expressão dos nossos afetos e das nossas histórias pessoais de forma muito dura. Vou passar a palavra para Rosângela para ela fazer o fechamento e quero agradecer todo mundo que esteve aqui presente, especialmente à Bárbara.

Rosângela: Eu falei que não ia falar, mas aí quando o Pedro faz a provocação, a gente precisa ampliar. Essas leis respondem ao mercado, mas elas também respondem ao preconceito e eu acho que isso é fundamental que tenhamos claro. Então, as questões étnico-raciais, as questões de gênero, todas são patologizadas. Às vezes, caímos na armadilha sem nem percebermos que é isso que está acontecendo. Então, tem mercado, mas também tem valores, tem preconceito determinando algumas das legislações que estão sendo apresentadas por aí.

Então, acho que é só para cuidarmos, ouvirmos com atenção. Como dizia o povo de antigamente, olhar o que está por trás das coisas, que meio que estamos desaprendendo de fazer isso, lemos as coisas e as pegamos de maneira mais imediata. A mídia imediatista, lemos e compramos a coisa em si. No entanto, tem uma coisa por trás, vamos aprender a ser espertos de novo e olhar o que vem, qual é a consequência disso, porque todos nós vamos pagar o preço, não é? Não tem alguém que vai pagar o preço, TODOS vamos pagar. Então, é melhor olharmos com cuidado. Queria agradecer a oportunidade, agradecer à Bárbara, que veio lá do Rio, agradecer ao Pedro que todo ano abre espaço para nós, que é fundamental, e lá dentro do Conselho de Psicologia a gente está à disposição de quem quiser fazer uma conversa ampliada dessa. No Despatologiza a mesma coisa, temos reuniões abertas uma vez por mês, toda quarta quinta feira do mês, seis e meia da tarde, no Conselho de Psicologia, que é ali do lado da faculdade Mackenzie, na Frei Manuel da Ressurreição, espaço aberto, quem quiser estar por lá, estamos lá à disposição. 🌱

Michel: Agora eu converso com a Bárbara, psicóloga e doutora em saúde coletiva, ela que ministrou aqui o tema, o debate sobre medicalização. Doutora, qual que é a diferença então, entre medicalização e a despatologização?

Bárbara: Então, vamos lá. Medicalização, como eu coloquei anteriormente, é quando um fenômeno social, algo que é da ordem social, um fenômeno, um comportamento, é tomado como um objeto da medicina, é tornado patológico, é o processo de patologização e é ofertado a ele um tratamento médico. O que significa isso? Muitas vezes é uma abordagem muito simplista, individualizada e biologizada de problemas mais complexos. Então é pensar, por exemplo, que uma criança que está agitada, vamos pensar aqui na questão que é muito comum no TDAH, necessariamente vai ter um transtorno do déficit de atenção, é uma leitura dessa agitação como um problema médico. Às vezes essa agitação pode ser por outra razão, ela pode estar vivendo uma questão em casa, pode estar passando por algum tipo de sofrimento, e isso se expressa num comportamento diferente. Então, quando comportamentos ou fenômenos desviantes ou diferentes são entendidos como necessariamente doenças ou transtornos, a gente tá diante de um processo de medicalização. A despatologização, é o que visamos fazer com processos que passaram por medicalização e patologização. Então, um exemplo: quando falamos da despatologização das identidades trans, é justamente imaginar que as pessoas trans não são doentes, elas são simplesmente pessoas diferentes. Então a gente está retirando esse status de doença de um determinado comportamento, conduta ou fenômeno.

Michel: E como a gente faz então esse embate?

Bárbara: Bom, esse embate é sempre feito a partir de ações coletivas, de debates, de pacto democrático. É aí que produzimos, conversamos como fizemos aqui hoje. Obviamente, isso é sem-

pre lastreado por pesquisa, não fazemos isso tirado do nada e é algo que diz respeito a todos nós. Então, acho que a gente pode pensar que processos de medicalização e de patologização podem ser combatidos por cada um de nós.

Michel: E quando a gente não tem essa conversa, quais são as consequências?

Bárbara: Pegando, por exemplo, o caso da lei que discutimos hoje. Consideramos que ela produz um efeito de medicalização, porque ela vai fazer o seguinte: vai pegar um comportamento de um bebê muito pequenininho e vai, talvez, transformá-lo em algo da ordem de um risco que precisa de algum tipo de conduta ou intervenção médica, psicológica, pedagógica, que seja, não é? Assim, uma criança que tem um comportamento diferente é vista como uma criança doente ou potencialmente doente. Então, quando fazemos um debate sobre medicalização e desmedicalização, patologização e despatologização, estamos informando às pessoas, e as pessoas que participam, estão fazendo isso pelo direito à diversidade. Então, no limite, estamos garantindo o direito à diversidade.

Michel: Então, é muito importante debates como esse, levar a informação para comunidade?

Bárbara: Sim, sim. E é importante a participação das pessoas. É importante que famílias, indivíduos também, adultos, como a Rosangela bem lembrou, não são só as crianças que são medicalizadas e comportamentos infantis que são patologizados, todos nós estamos sujeitos a isso, mas é muito importante que todo mundo participe e que possa olhar para as coisas com um pouco mais de crítica, entender os fenômenos como fenômenos complexos, e não comprar as ideias de maneira muito simplista. Eu acho que é importante pensar isso também, que a diversidade humana é a nossa riqueza.

Michel: Doutora, muito obrigado pela participação.

Bárbara: Eu que agradeço, obrigada. 

Ato comemorativo do dia estadual de luta contra a medicalização da educação

Carlos Giannazi: Estamos aqui para comemorar a Lei 16.081 de 2015, que foi fruto de um projeto de lei que nós apresentamos, mas esse projeto de lei foi construído coletivamente por vocês, por esse grupo organizado que reivindicou essa data como um momento de reflexão, de luta e, sobretudo, de conscientização sobre a medicalização na educação e na sociedade. O projeto de lei foi aprovado no ano passado, foi sancionado pelo governador, foi aprovado por todos os 94 deputados, o projeto depois foi sancionado pelo governador, e ele faz parte hoje do ordenamento jurídico do estado de São Paulo. Essa data entra no calendário oficial, e para nós é importante porque ela serve como um momento de reflexão. Nós estamos aqui hoje na Assembleia Legislativa realizando esse encontro, essa audiência pública, nós vamos ter aqui várias intervenções, vários especialistas, pessoas que militam nessa área, que farão parte da mesa, que farão as suas intervenções, e vamos em seguida franquiar a palavra para que todos vocês possam também fazer intervenções, perguntas, colocações, críticas e até mesmo apresentação de propostas para intensificar essa luta no estado de São Paulo, sobretudo, a luta que vem sendo travada aqui pelo Fórum. Existe um Fórum contra a medicalização que vem se organizando, que tem história, que tem trajetória, que tem acúmulo, e vocês vão falar um pouco sobre isso. A audiência pública está sendo transmitida ao vivo agora pela TV Alesp, pelo Facebook, também do nosso mandato, haverá uma matéria pela TV Alesp, a TV Assembleia está fazendo uma matéria aqui, já entrevistou algumas pessoas, e também have-

rá publicação de uma matéria no Diário Oficial do Estado, do Poder Legislativo. Então, vamos iniciar. Primeiro, vamos montar a mesa. Eu quero chamar, primeiramente, a Marilene Proença, que é uma das organizadoras e faz parte do Fórum. Marilene vai ser a mediadora desse encontro de hoje. Eu quero chamar também a Vera Regina Teixeira, a Fernanda Lou Sans Magno, o José Rubem de Alcântara Bonfim, o Luiz Fernando Lopes, o professor Sandoval Cavalcante e a Rozi Gonçalves. Nossa mesa agora está montada, acho que não esqueci de ninguém, é uma mesa grande, e eu tenho certeza de que vocês darão uma grande contribuição aqui. A Marilene vai fazer a mediação, me parece que cada componente da mesa fará uma intervenção de dez minutos e ao final a gente abre para que as pessoas possam fazer as suas intervenções. Para nós, o nosso mandato que atua muito na área da educação, constituído por 80% de pessoas ligadas à educação, principalmente a educação pública, nós temos professores, professoras, servidores da educação. É um tema para nós conhecido há muitos anos, e até mesmo antes de estarmos aqui nessa Assembleia Legislativa, nós já estávamos fazendo algum tipo de debate, e tínhamos conhecimento dessa discussão, desse tema, já assistimos a esse processo de medicalização, que só cresce numa sociedade como a nossa. Não só na educação como nas outras áreas também, tanto é que vocês extrapolam o debate também para outras áreas, não ficando só na educação. Mas na educação é muito grave, porque qualquer tipo de dificuldade de aprendizagem hoje é taxada como uma doença, e aí vem a medicalização. Nós

acompanhamos muito isso nas escolas públicas e privadas, esse processo de medicalização que só cumpriu um papel de beneficiar a indústria farmacêutica e a indústria médica. É uma visão totalmente positivista do processo educacional, e esse momento é importante porque é um momento de esclarecimento. Como eu disse, tem muita gente já entrando aqui no site da TV Alesp, já assistindo, temos uma audiência, então tem muito mais gente fora do que dentro da Alesp assistindo aqui às intervenções de vocês. Como tem muita gente para falar aqui, e é muito importante que nós possamos ouvir as intervenções, principalmente de pessoas que militam nessa área, pessoas que têm história, que têm trajetória, que têm pesquisa inclusive. Então, nós vamos rapidamente passar a palavra para a professora Marilene Proença, professora da USP, que atua, que milita, e que é uma das grandes guerreiras dessa área que faz um trabalho de conscientização muito importante.

Marilene Proença: Boa noite para todos os presentes, especialmente o deputado Carlos Giannazi que nos recebe aqui nesta casa, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, agradecer por essa possibilidade de estarmos pela primeira vez comemorando, celebrando o dia estadual de luta contra a medicalização na educação. Uma lei de autoria do deputado Carlos Giannazi de 2015, ela foi aprovada no fim do ano passado, então nós estamos pela primeira vez nesta casa como fórum e como entidades que apoiam com esse movimento, podendo fazer essa sessão pública, essa audiência pública, celebrando, portanto, esse dia, e abrindo esta importante possibilidade de nós ampliarmos essa discussão não só para a cidade de São Paulo, que já tem o seu dia municipal há seis anos de luta contra a medicalização da educação, mas para o estado de São Paulo agora. Mais de seiscentos municípios do Estado de São Paulo, e o que nos traz uma grande responsabilidade como fórum, porque nós teremos agora que ampliar também as nossas ações, as nossas atuações nesses municípios e nessas regiões do estado de São Paulo e ao mesmo tempo chegar a esses espaços e a esses contextos onde de fato esse processo de medicalização vem acontecendo. Acho que o deputado colocou muito claramente a situação que estamos vivendo. Acho que o Fórum sobre Medicalização da Educação e da sociedade tem procurado esclarecer a opinião pública sobre a forma como crianças e adolescentes que estão vivendo dificuldades no seus processos de escolarização, em vez de questionar a escola que está sendo oferecida, as

práticas pedagógicas, as políticas públicas que estamos tendo ainda no estado de São Paulo e que não fazem com que essas crianças se beneficiem de fato da escola, tem feito com que a responsabilização por essas dificuldades escolares sejam depositadas sobre essas crianças, buscando nelas patologias, buscando nelas problemas, botando nelas dificuldades de atenção, dificuldades de comportamento, dificuldades de aprendizagem, sem considerar as condições nas quais essas crianças estão aprendendo, se desenvolvendo e estão de fato a se apropriar do conhecimento acumulado pela humanidade, que é o grande objetivo da escola. Então, eu acho que essa discussão que nós temos feito nacionalmente tem produzido, nesses últimos seis anos de funcionamento do Fórum sobre Medicalização, muitas ações, e eu queria destacar pelo menos três ações importantes do Fórum. Uma delas é a construção de uma nota técnica sobre o consumo de psicofármacos, que é uma nota que foi divulgada em 2015 pelo Fórum, que é a primeira nota técnica sobre esse consumo de psicofármacos no Brasil, com dados da ANVISA, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que é um instrumento importantíssimo porque mostra que São Paulo é o primeiro do ranking do Brasil a utilizar o metilfenidato, que é um dos psicofármacos mais utilizados para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Então, acho que isso é um grande alerta para nós do estado de São Paulo. O segundo ponto importante é que este Fórum também construiu recomendações não medicalizantes para profissionais da saúde da educação, que vocês receberam aí. Esse livro, essa cartilha, que é um instrumento também muito importante do fórum para nós trabalharmos essa discussão da medicalização nas escolas, nos espaços da saúde, nos espaços da assistência, nos movimentos sociais. É um material que nós podemos utilizar para poder pensar o processo de medicalização. O terceiro ponto que nós temos a destacar é o fato de nós estarmos trabalhando nos estados e municípios para que nós possamos ter protocolos que venham a refletir esse movimento de discussão do processo de medicalização no sentido de reduzir essa dispensação desses medicamentos para crianças e adolescentes, que está sendo feito em larga escala sem critérios, de fato, que sejam razoáveis para que nós possamos utilizar o medicamento nos casos que são absolutamente indispensáveis na vida de qualquer pessoa. Então, essa questão da regulação do medicamento também tem sido uma grande discussão do Fórum, e a questão dos protocolos é um ponto

importante. São Paulo conseguiu em 2014 aprovar o seu protocolo na cidade de São Paulo, e esperamos que a gente consiga avançar essa discussão também para o estado de São Paulo, e eu acho que o Dia Estadual de Luta contra a Medicalização da Educação é um passo importante para que a gente abra esse diálogo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, para poder pensar nessa questão também no âmbito do Estado. Então, hoje eu acho que nós temos muito a celebrar e ao mesmo tempo muitos desafios pela frente que, nós como Estado, vamos ter ainda que enfrentar. Então, os meus agradecimentos ao deputado Giannazi, a todo esse grupo, do Fórum, e a todos os colegas e entidades, mais de quarenta entidades, que militam no campo do fórum sobre medicalização da educação e da sociedade.

Carlos Giannazi: Antes de passar a palavra para os outros componentes da mesa, eu gostaria de fazer um agradecimento público aqui à Priscila Figueiredo, que ajudou na organização desse evento. Obrigado, Priscila. Queria dizer também que fiquei muito contente com os princípios que vocês apresentam enquanto Fórum nessa questão da medicalização. Eu estava aqui, e inclusive vocês colocaram em documento, então eu gostaria de ler para as pessoas que estão assistindo ao programa agora, que são princípios fundamentais para que a gente possa fazer o contraponto a esse processo de medicalização. Alguns princípios do fórum: contra os processos de medicalização da vida; defesa das pessoas que vivenciam processos de medicalização; defesa dos direitos humanos; defesa do Estatuto da Criança e do Adolescente; direito à educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos; direito à educação e à defesa do Sistema Único de Saúde, o SUS, seus princípios. Principalmente, em um momento como esse que nós estamos vivendo, de ajuste fiscal, de retirada de direitos sociais, previdenciais e trabalhistas, sobretudo, com a PEC241, PEC55, que acaba, destrói o SUS, Sistema Único de Saúde, e também a escola pública. Respeito à diversidade e à singularidade, em especial, no processo de aprendizagem; valorização da compreensão do fenômeno medicalização em abordagem interdisciplinar; e valorização da participação popular. Parabéns, isso é fundamental, essa contextualização política, econômica, cultural, que é disso que se trata esse processo de medicalização. A gente entender as verdadeiras causas econômicas, sociais, políticas e, sobretudo, sociais do que eles chamam de distúrbio e

de anomalias, isso é fundamental também. Um dia eu vi, Marilene, um post na internet que mostrava claramente, um post simples, que mostrava uma pessoa achando que estava com depressão e síndrome do pânico, e aí uma pessoa dizia "você não está doente, você está sendo vítima dos efeitos do capitalismo", desse modelo de sociedade que nós vivemos e que empurra todo mundo para doença, e aí vem a medicalização. Então era isso, vou devolver a palavra para você conduzir o nosso debate, o nosso seminário.

Marilene Proença: Muito obrigado, viu, deputado. Então nós vamos começar o nosso debate, queria também agradecer a todos que estão aqui presentes, muitos jovens, e isso é muito importante, porque vocês é que vão dar continuidade à nossa luta nas muitas frentes em que vocês estão. Então vou passar a palavra para a professora Vera Regina Teixeira, que é fonoaudióloga, também é membro do fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, e que está hoje representando como vice-presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo da Segunda Região, e a professora Vera é docente também do curso de fonoaudiologia da PUC de São Paulo e que vai fazer então as suas considerações sobre o tema de hoje.

Vera Regina Teixeira: Primeiramente, boa noite a todas e a todos os presentes e aos membros desta mesa que está composta aqui. Com grande satisfação que estou aqui participando como representante do Conselho Regional de Fonoaudiologia, Segunda Região, São Paulo, deste evento em comemoração, nesta casa legislativa estadual, a instituição do dia estadual de luta contra a medicalização da educação por iniciativa do deputado estadual Carlos Giannazi. Com certeza, para nós, acho que como Marilene já disse, é uma conquista importante, na medida em que traz a público mais uma vez à causa defendida pelo Fórum da Medicalização da Educação e da Sociedade. Eu vou ler para não me perder aqui um pouco, espero que a minha leitura não seja desgastante para vocês, vamos lá. Para iniciar minha fala, eu considero necessário retomar a origem da fonoaudiologia, que foi fortemente associada à educação, em um momento histórico, marcado pelo movimento de identidade nacional, entre as décadas de 1920 e 1930. Nesse período, a pretendida unidade estava intrinsecamente ligada à língua. Foi então estabelecida uma política sistemática do controle da linguagem a fim de padronizá-la e normatizá-la. Devido à crescente onda imigratória entre o fim do século XIX e o início do século XX, os filhos de

européus que ingressavam na escola apresentavam variações dialetais, vistas naquele momento como uma contaminação da língua oficial. Era, portanto, necessário uma homogeneização. Aí entraram em cena os professores, treinados para normatizar a língua dessas crianças. Estes profissionais são considerados os precursores dos atuais fonoaudiólogos. Instaura-se aí a dicotomia entre o normal e o patológico assim estabelecida. Foi a partir dessa dicotomia e da sistematização das práticas fonoaudiológicas existentes, que na década de 1960, com a criação dos primeiros cursos universitários, o caráter técnico-científico foi se constituindo no espaço acadêmico, permeado ainda pelas práticas homogeneizadoras do início do século XX. O discurso médico se impôs como modelo a ser seguido, e orientou, por muito tempo, alguns dos procedimentos de avaliação e reabilitação na fonoaudiologia. Voltando à questão da interface da fonoaudiologia com a educação, podemos dizer que ela perdura até hoje, tendo havido nessa trajetória variadas formas de inserção do fazer fonoaudiológico no cotidiano escolar, inclusive o viés clínico-terapêutico, quando este profissional realizava avaliações e atendimentos dentro da escola. Com o intuito de estabelecer a especificidade da atuação fonoaudiológica no ambiente educacional, várias resoluções foram promulgadas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Porém, somente em 2010, foi instituída a especialidade de fonoaudiologia educacional, fato que demonstra o reconhecimento e a importância do fonoaudiólogo no cenário educacional brasileiro. Apesar desse retrato apresentado, caracterizando a interação da educação com a fonoaudiologia, a aproximação dos fonoaudiólogos com o tema da medicalização começou timidamente em nossa cidade. Nos primeiros seminários promovidos pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, alguns colegas proferiram palestras e outros poucos participaram do evento, lugar onde me incluo. Insisto que nossa presença foi tímida, levando em consideração que um dos temas discutidos, especificamente no primeiro Seminário Internacional "A educação medicalizada, dislexia, TDAH e outros supostos transtornos", foi a avaliação da dita dislexia, que não contou com muitos profissionais disponíveis ao debate. Ressalta-se ainda que este tema é fundamentalmente da competência do fonoaudiólogo, visto se tratar de dificuldade em linguagem e escrita. Podemos dizer que a visão medicalizante predominava no cenário da fonoaudiologia? Talvez sim. Porém, começou-se a observar o aparecimento de discussões sobre

esse tema nos congressos e eventos da área fonoaudiológica promovidos pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e, mais efetivamente, pelo Departamento de Saúde Coletiva. Cabe ressaltar que essa área, e mais especificamente a de saúde mental, têm se mostrado as mais afinadas ao discurso não medicalizante. Nessa época, pudemos encontrar vozes de outros estados brasileiros fazendo coro nas práticas desmedicalizantes na interface saúde e educação. Acredito que essa aproximação está se concretizando mais efetivamente neste mandato do Conselho Regional de Fonoaudiologia, Segunda Região, São Paulo, na medida em que nomeou um representante para participar tanto das reuniões do Núcleo Metropolitano de São Paulo quanto das do Fórum Nacional sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Outro movimento importante nesse sentido foi a solicitação do Conselho Federal de Fonoaudiologia, especificamente da comissão de educação, para que os regionais se aproximassem dos núcleos do fórum sobre medicalização, baseados em suas regiões, a fim de discutir o crescente aumento de avaliação de crianças e jovens em idade escolar diagnosticados como disléxicos ou com TDAH, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, entre outros transtornos. Pretendemos, com essas iniciativas, implementar na nossa área as discussões sobre o tema da medicalização nas diversas comissões dos regionais, buscando disseminar a necessidade de respeitar e acolher os diferentes modos de aprender e ser das crianças e jovens brasileiros. Em vez de imputar transtornos de aprendizagem que causam sofrimento aos estudantes, seus familiares, seus professores, deixando marcas para toda a vida, como uma sentença imposta sem salvação, queremos valorizar as potencialidades de aprendizagem partindo daquilo que as crianças e jovens sabem fazer a respeito da língua escrita. Antes de encerrar minha fala, gostaria de narrar um fato ocorrido com cliente sob meus cuidados, ao se inscrever para o vestibular: quando pequeno, esse cliente foi avaliado com tendo características disléxicas, embora toda sua trajetória e história educacional demonstrasse que outros fatores poderiam caracterizar seu modo diferente de se apropriar da leitura e da escrita. Porém, a palavra "dislexia" tinha deixado a sua marca. Na época do vestibular, ele me perguntou: devo dizer que sou disléxico, a fim de ter mais tempo de realizar a prova? Ou não? Ter condições especiais?". Ele estava em dúvida porque sabia que tinha condições de realizar a prova sem esse artifício. Respondi a ele que pensasse se queria continuar a manter o ró-

tulo de disléxico ou não. Imediatamente me disse “não, não quero. Mas outras pessoas acham que devo usar esta prerrogativa”. Então eu encerro a minha fala dizendo que todos devem ter direito a uma educação de qualidade e a uma vida saudável, e o nosso compromisso, como fonoaudiólogos, é o de reforçar a despatologização de processos singulares de leitura e escrita. Agradeço muito.

Marilene Proença: Agradeço muito à professora Vera Regina Teixeira e passo a palavra à psicóloga Rozineti Gonçalves, que é conselheira do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, é psicóloga, Mestre em Educação e Saúde na Infância e Adolescência pela Unifesp, terapeuta de casal e família, e traz suas considerações

Rozineti Gonçalves: Obrigada, Marilene. Primeiramente gostaria de dizer que é uma honra estar aqui com vocês, compor essa mesa, agradecer muito de poder participar aqui com todos, sendo convidada pelo Fórum para compor aqui. E dizer que essa casa legislativa, por intermédio do deputado Giannazi, ao instituir o Dia Estadual Contra a Medicalização, abre a possibilidade de pensarmos e propormos políticas públicas menos medicalizantes, e nos traz um alívio frente à conjuntura em que vivemos, como o próprio deputado já pontuou algumas questões aqui. Para o Conselho Regional de Psicologia, que estou representando, discutir a psicologia significa discutir também o lugar do ser humano. O lugar da pessoa. Especialmente, aqui, o lugar da criança e do adolescente em nossa sociedade. E discutir o lugar da pessoa é eminentemente uma discussão política. Portanto, o Conselho não se cala diante de todas as situações que exige posicionamento político, combate ao desmonte de políticas públicas, que tem como alvo a perda de direitos, e luta incessantemente pelos princípios da democracia, duramente conquistados e atualmente ameaçados. Ressalto que esta é uma das funções do Conselho Regional de Psicologia, e só podemos fazer qualquer enfrentamento a partir da união de forças, que é o que estamos fazendo aqui hoje. Não somente dentro da nossa categoria profissional, mas sobretudo dialogar em um campo maior, com sindicato, com as diversas entidades, a gente dialoga muito com a ABREPEE, com o GIQE no campo da educação, em outros campos da ciência, a fonoaudiologia é muito parceira, movimentos sociais, aqui representados pelo Fórum e instâncias legislativa e executiva de governo. Fazemos parte de uma união de vozes, esse caminho pelo diálogo coletivo é o que mais nos representa como ciência e profissão. Isso posto como uma introdução, cabe dizer que a

gente vai vendo os processos de medicalização da vida constantemente presentes em nosso cotidiano, desde o nascimento com os partos predominantemente por cesarianas, durante o desenvolvimento infantil, na fase da adolescência, transtornos opostos sendo diagnosticados nos jovens sem espaço para que eles tenham sua validação de protagonismo na vida social, na vida adulta também, e na velhice a gente vê os mesmos olhares medicalizantes. Mas não vou me deter nisso por que nosso foco aqui é educação, então no campo da psicologia em sua interface com a educação, temos constatado inúmeras crianças e adolescentes diagnosticados como portadores de transtornos e doenças. Já foi pontuado pela Marilene, mas eu só vou reforçar. E uma vez classificadas como doentes, essas pessoas tornam-se pacientes, então a gente tem crianças pacientes. Consequentemente, muitas das vezes, consumidoras de tratamento, terapias, inclusive as terapias psicológicas e medicamentos por supostamente terem TDAH, dislexia, TOD, o transtorno oposto desafiante, e passam a ser consideradas dentro de um padrão de anormalidade, sendo responsabilizadas individualmente por fracassos escolares. A gente vai vendo que supostas doenças, transtornos e distúrbios não interpelam as escolas que temos hoje, ou as condições de vida de muitas crianças e adolescentes, principalmente as pobres e negras. Não questionam práticas de outra ordem, mas buscam explicações nas próprias crianças. Vimos nisso uma tendência de desconsiderarmos a complexidade dos fenômenos e dos fatores multideterminantes envolvidos no processo de escolarização, sem que se avalie o contexto social, econômico e histórico neles implicados. Para ilustrar, vou contar brevemente duas histórias, e eu gosto de falar histórias, e não casos, que me foram relatadas por uma psicóloga trabalhadora de CAPS, com quem estive recentemente e foi muito impactante para mim, então eu estou compartilhando isso aqui. Na história 1, uma criança de dois anos chega ao CAPS já medicada com antipsicótico, e a característica da criança definida como queixa era chorar demais. Sabemos que cada vez mais precocemente crianças são tidas como portadoras de transtornos. Neste caso, desconsidera-se a expressão primeira da infância, o choro. A inquietação corporal, a agitação, aspectos do desenvolvimento que precedem a fala. Com isso, devemos nos questionar se perdemos nossa capacidade de compreensão da infância ou estamos delimitando com força química, ou pela lógica médica, ou psicológica, o tipo de criança que queremos, e cabe a gente pensar nisso a partir do momento em que a gente vê uma criança

em tão tenra idade, dois anos, na primeiríssima infância tendo esse tipo de abordagem medicamentosa. Na história dois, um garoto de oito anos encaminhado pela escola ao (CAPS). Já veio de outro serviço, medicado com 14 comprimidos dia, com diagnóstico de (TDH). A sensibilidade da equipe fez ver que havia direitos fundamentais da criança e de sua família sendo negados, a partir de uma visita social que eles realizaram na casa. Constatou-se moradia irregular, zona de risco de inundação, com relatos da família de que pouco dormiam, pois ratos rondavam a casa. Já haviam sido mordidos, membros da família, por ratos. Assim, como podemos falar em déficit de atenção em uma criança que tem a sua atenção capturada por noites mal dormidas? Preocupações, problemas básicos de sobrevivência vividos cotidianamente. Com isso, não quero dizer que as crianças no fruto de um contexto social mais favorecido não vivem processos de medicalização. Vivem também. Compreendemos que ver o comportamento ou o sintoma de uma criança somente pode revelar o seu sofrimento, e não uma doença ou transtorno. Retomando também uma experiência vivida em um evento que o CRP SP fez contra a reforma do ensino médio sábado passado, um estudante de 16 anos, da União Paulista dos Estudantes Secundaristas, que compunha a mesa nos deixou um alerta sobre a questão da reforma do ensino médio. Um pouco na fala do deputado aqui sobre o que vem acontecendo. Se for obrigatório ensino médio em tempo integral, para os estudantes do período noturno, teremos aumento da evasão escolar nesse segmento, que já é alta, pois inviabilizaremos a esses jovens o estudo e o trabalho ao mesmo tempo, realidade e necessidade de muitos deles que estudam em escola pública. Eu pergunto: quem será responsabilizado? Muito provavelmente o aluno desinteressado, rotulado como problemático, que não quer mais estudar. É nessa linha que a gente vai olhar o problema. Qual o papel da política pública na produção dos processos medicalizantes? Eu iniciei da legislação que institui o dia, e aqui eu retomo a questão da política pública. Porque hoje nós podemos dizer que muitas das políticas públicas são medicalizantes, pois se baseiam em diagnósticos para se ter direitos. Para ter um direito a uma escola que respeite a singularidade do estudante, tem que ter diagnóstico. Por exemplo, a dislexia, ou outro diagnóstico que a valide a ser vista e reconhecida na sua diferença enquanto um ser em desenvolvimento, um estudante. O fato é que quando percebemos a medicalização entrando em cena, observamos o enfraquecimento de respostas coletivas, produzindo ainda mais sofrimento, e deixa-se

de cuidar com atenção das feridas históricas, muitas delas ligadas ao descumprimento dos direitos da criança, do adolescente. A educação de qualidade, a saúde integral, a moradia digna, a cultura e o acesso aos equipamentos de lazer e esporte, entre outros. Com base em princípios éticos e sociais e por sabermos que soluções coletivas fortalecem o sujeito, a comunidade, a vizinhança, a rede de pessoas, é que a psicologia vem unindo todos os seus esforços no enfrentamento dessa situação equivocada, que leva muitos estudantes a situações de negligência ou perda de seus direitos e vulnerabilidades produzidas nesses contextos. Esse é o nosso objetivo, de estarmos aqui hoje e apoiarmos o Dia Estadual de Luta contra a Medicalização, em parceria com o Fórum, com o qual temos caminhado lado a lado por todos esses anos. Aproveito para dizer aqui ao Conselho, que também divulga e realiza ações tanto no nível legislativo, quanto de orientação à categoria. Vocês receberam a cartilha, que é uma tentativa de trazer uma linguagem bem popular, para o conhecimento informativo e às pessoas que vivem e sofrem com esse olhar medicalizante. E também dizer que a gente por já considerar um dia estadual, o Conselho de Psicologia de São Paulo acionou as suas diversas regiões e a gente está com ações comemorativas em subssedes de todo o estado, desde Assis, Vale do Paraíba, São José do Rio Preto, entre outras. A gente vem unindo esses esforços enquanto conselho para levar a temática da medicalização em muitos lugares do estado de São Paulo, já comemorando o primeiro ano dessa lei, nessa tentativa de ampliar a democratização dos diálogos e debates acerca do tema e desmistificando pretensos benefícios da medicalização, alertando para os riscos dessa prática. Acho que eu finalizo agradecendo a oportunidade de estar representando o Conselho e de poder trocar essas palavras com vocês. Muito obrigada. Boa noite.

Marilene Proença: Agradecer a conselheira Rozineti Gonçalves pelas suas palavras e passar então a palavra ao farmacêutico Luís Fernando Lopes, que é mestre em psicologia, membro da Comissão de Educação Farmacêutica do Conselho Regional de Farmácia de São Paulo e é docente do ensino superior na Universidade Paulista. Luís com a palavra.

Luís Fernando Lopes: Boa noite a todas e a todos. É uma satisfação estar aqui atendendo ao convite que me foi formulado, para que eu pudesse vir aqui dar a minha pequena contribuição na ampliação desse debate que é tão essencial. Na condição de alguém que realizou um diálogo entre dois saberes, a minha formação é farmacêutica,

como foi anunciado, e eu fiz o mestrado em psicologia, trabalhando com medicalização de crianças e queixa escolar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF, que é esse núcleo que foi criado em 2008, 2009, para robustecer as ações da estratégia de saúde da família ou do Programa de Saúde da Família, como é conhecido. São muitas as alegrias que se refletem neste momento. A alegria de estar aqui em uma mesa mostrando uma postura igualitária. Tem a metade de homens e a metade de mulheres, exatamente. Quatro homens e quatro mulheres. Isso não foi planejado. Não foi previamente combinado, é um fenômeno poético que é fruto do desejo que as pessoas que aqui estão e todos aqueles que participam têm de que tenhamos uma sociedade realmente mais igualitária. Isso me lembra a sociedade igualitária e diálogo, uma frase de Rubem Alves, filósofo e educador, que dizia que só existem dois caminhos, o diálogo ou o anti-diálogo. Não existe meio-termo. A gente está aberto ao diálogo ou a gente não está. Não existe outra possibilidade fantasiosa, milagrosa de nós resolvermos questões, sejam elas no aspecto micro das relações humanas ou no aspecto mais macro, mais coletivo. Pensando na questão do medicamento, o medicamento é, eu dizia há pouco, em uma entrevista, um produto tecnologicamente elaborado e tem várias finalidades, e a que é mais conhecida é a finalidade terapêutica. É necessário a gente entender que esse produto entra em um circuito, infelizmente, de um processo que a gente chama de mercantilização da vida. A indústria farmacêutica, assim como a indústria do petróleo e outras tantas indústrias de grande porte, de grande alcance na Terra, no mundo, é uma indústria que tem um poder econômico muito grande. E como a gente sabe, o poder econômico se instala no poder político para poder, corrompendo o poder político, mexer no tabuleiro de xadrez da sociedade, a fim de se beneficiar. O próprio poder econômico, essa indústria farmacêutica que é tão poderosa e que é tão importante para a humanidade. É uma indústria que tem o seu espaço, ela é importante, ela presta serviços, mas infelizmente existem os abusos. E esses abusos estão, por exemplo, relatados em uma obra que eu recomendo entusiasticamente, denominada A Verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos, que é uma obra escrita por uma jornalista norte-americana, que vai demonstrar algo que está nesse debate da medicalização. Isso não apenas no debate da medicalização, mas em qualquer outro debate em que a gente reflete sobre o funcionamento da sociedade.

Essa questão que eu ia colocar são as relações espúrias entre o público e o privado. Em qualquer lugar do mundo existem apropriações indébitas que o privado faz do público, e existem relações que são saudáveis entre o privado e o público. Nessa questão da medicalização, a gente detecta que dentro da mercantilização da vida, a indústria farmacêutica, alguns segmentos dela, que tem toda uma cadeia de poder que está relacionada à indústria, acaba produzindo uma relação, uma apropriação privada do público que promove essa falsa ideia de que qualquer coisa se resolve através do medicamento. Um conceito que já foi trabalhado por Fernando (Le Freve), talvez até tenha reformulado, mas eu gosto do conceito, que se chama o medicamento como mercadoria simbólica. O medicamento tem um poder simbólico muito grande e povoa o imaginário das pessoas como um elemento que é (a panaceia), que soluciona tudo. Eu fico pensando, por exemplo, a questão do medicamento contra o câncer, aquele que está tão em debate, que falta pesquisa, mas as pessoas acham que vai ser a solução para salvar as suas vidas. E entram com recurso jurídico, solicitando à justiça o fornecimento do medicamento, mesmo que a comunidade científica demonstre o risco que existe quando não há pesquisa suficiente para mostrar segurança do uso do medicamento. É o poder simbólico que esse produto tem. Então os chavões ficam registrados, a pílula do dia seguinte, que não é pílula e nem é do dia seguinte. Primeiro porque pílula é uma forma farmacêutica arcaica, que não existe mais, que é parecida com aquelas duas que estão no mercado, o comprimido e a cápsula. Mas a pílula era um produto feito com uma farmácia de manipulação, com um aparelho chamado piluleiro, e essa forma farmacêutica não existe mais. A palavra ficou, sobretudo, porque ela ficou vinculada à ideia dos anticoncepcionais. Então não existe nem pílula, nem do dia seguinte, porque agora a gente tem apresentações, nas quais o indivíduo que tem uma relação sexual desprotegida tem que fazer o uso daquele medicamento o mais rápido possível, para evitar uma gestação não planejada. É possível fazer a utilização no dia seguinte, em uma apresentação que tem dois comprimidos, mas hoje tem uma apresentação que tem um comprimido só, e a pílula, como se diz, é do mesmo dia, na verdade. Mas fica a expressão a pílula do dia seguinte. O poder simbólico que tem o medicamento contribui para que a mercantilização da vida via imposição da ideia de que o medicamento todo resolve se instale na sociedade de forma quase que inamovível, que dificilmente a

gente consegue combater esse pensamento equivocado que prejudica a saúde das pessoas. As pessoas adoecem com a utilização incorreta, irracional, do medicamento, em um fenômeno que a gente chama de iatrofarmacogenia. Uma doença iatrofarmacogênica é uma doença provocada por uma utilização irracional e equivocada do medicamento. E as pessoas fizeram um alarido enorme quando os antibióticos passaram a ser dispensados nas farmácias a partir de um receituário específico, de retenção de receita. As pessoas não entenderam para quê. “Eu tomo desde que eu era criança”. É natural que o novo gere uma dificuldade muito grande para ser absorvido, mas é necessário que a gente mostre que existe risco nesse produto. Esse produto não é algo que pode ser utilizado de forma indiscriminada. Eu quero pensar a questão dos psicofármacos, que a professora Marilene citou. É necessário que a gente mostre que o mecanismo de ação de boa parte dos psicofármacos não está elucidado. É uma falácia dizer que a gente sabe exatamente em qual receptor, em qual grupo de neurônios, em qual região do encéfalo, especificamente todos os psicofármacos que estão no mercado agem. Tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo isso não é verdade. Muito daquilo que está no hall de produtos que são prescritos na área da neurologia e da psiquiatria são psicofármacos que não se sabe exatamente o mecanismo de ação. Existe um debate enorme em relação ao próprio metilfenidato. O que seria? Dizem alguns: “é um acelerador cognitivo”. Estava conversando em um congresso uma vez com o José Rubem de Alcântara Bonfim, que está aqui na mesa também, dizendo que ele pesquisa muito em relação a isso e há muitas contradições. Aí eu quero lembrar a questão da apropriação indébita do privado sobre o público. Me desculpe citar você, José Rubem, mas você fez a palestra e a informação é pública. E eu aprendi em uma palestra do José Rubem que ele fez uma pesquisa, certa vez, em bancos de dados de informações sobre medicamentos, sobre algoritmos de tratamento, que são aqueles métodos de tratamento mostrando qual é o fármaco de escolha, quais são as combinações, as possibilidades. Na pesquisa que ele fez, ele verificou que vários algoritmos de tratamento que estão descritos em revistas de sociedades médicas não têm fundamento científico. Por que aquele fármaco é o de escolha? Você vai para a pesquisa em banco de dados e diz “Não tem nada que dê suporte para que a gente entenda porque é que essa sociedade médica colocou aquele fármaco como fármaco de escolha”. Por que, se não há

dados da comunidade científica demonstrando que ele deveria ser? A gente começa a inferir que talvez haja essa apropriação indébita do privado sobre o público, e isso na questão do medicamento é muito forte. Para concluir a minha fala, eu quero lembrar um caso que eu relatei na minha dissertação de mestrado, de uma mãe que foi desesperada na Unidade Básica de Saúde, porque a escola disse que ela deveria procurar um laudo com um médico, com a equipe de saúde da família, porque a criança dela não estava conseguindo aprender, e que se ela não desse esse laudo em x dias na escola, a escola acionaria o Conselho Tutelar. Nós fomos a casa dessa mãe dialogar um pouco com ela para conhecer melhor a situação, porque a informação não nos foi passada, para a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, diretamente através da mãe, mas pela equipe de saúde da família. Fomos conversar com ela, ela disse que era isso mesmo, e fomos conversar com a coordenadora pedagógica da escola, uma escola municipal de São Paulo. Ela nos recebeu com estranhamento, porque nunca tinha recebido uma visita de profissionais de saúde na escola, como se nós fôssemos autoridades máximas que iam julgar a adequação ou a inadequação da solicitação que ela fez. Não era isso. Era um trabalho conjunto de diálogo para ver o que a gente poderia fazer para fazer uma intervenção adequada para aquela família, para aquela criança e para aquela mãe. Ela nos recebeu, conversou, bastante. No fim, ela acabou soltando esta pérola: “Mas se eu não obtiver um laudo para mostrar que essas crianças têm algum problema neurológico, o que é que eu vou dizer para a Secretaria Municipal de Saúde, para justificar a evasão escolar ou o alto índice de reprovação na minha escola?”. Você veja, não estou querendo criminalizar a professora, a coordenadora, também sou professor. Como todos nós profissionais de saúde, de educação, população em geral acabamos sendo capturados por essa malha perversa que precisa ser quebrada. Por fim, é necessário que o profissional farmacêutico atue no trabalho da assistência farmacêutica, da atenção farmacêutica, sendo mais um profissional a fazer uma orientação adequada para que os abusos não prejudiquem a saúde individual e a saúde coletiva. E, como síntese, eu gostaria de lembrar que estamos em um momento realmente muito delicado, em que tivemos hoje, talvez aqui alguns não tenham tido a notícia, mas a maioria deve ter tido. Um grupo de pessoas que invadiu a câmara dos deputados em Brasília dizendo que está cansado de corrupção, dizendo que está cansado da

usurpação daquilo que é público. E ela deu um dado de um número muito grande de pessoas que morrem na fila do SUS. Eu não posso atestar que esse dado é correto, mas o número é muito grande, a gente sabe por observação do senso comum que é verdade. Estamos em um momento, senhores, homens públicos de notória responsabilidade em relação aos destinos da sociedade, em que a sociedade está disposta a ser ouvida, e a sociedade cobra que haja diálogo, ou existe diálogo ou existe antidiálogo, como dizia Rubem Alves. E antidiálogo não é compatível com democracia. Constrói-se uma sociedade com cidadania, com educação multicultural e democrática. É assim que a gente vai construir. E essa interdisciplinaridade entre saúde, educação, esse diálogo com a sociedade mais ampla tem que ser essencial para que nós possamos solucionar os problemas da sociedade e, especificamente, fazer um combate à abordagem adequada da medicalização da sociedade e da educação. Muito obrigado pela atenção.

Marilene Proença: Muito obrigada, Luís Fernando. E vamos passar a palavra para Fernanda Magano, que é psicóloga, é presidenta da (FE-NAPS), que é a Federação Nacional dos Sindicatos de Psicólogos, e também presidenta do Sindicato de Psicólogos do Estado de São Paulo, e trabalhadora na saúde do sistema prisional paulista.

Fernanda Magano: Boa noite a todas e todos, inclusive aos internautas que devem estar nos acompanhando. Começar dizendo que a Rozi fez uma expressão e não pôs legenda, então eu vou colocar legenda. Ela falou do GIQE, que é um Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar. E a importância de pôr legenda, é porque a gente acaba, no cotidiano, falando as expressões e acaba não esclarecendo para os demais a importância disso. É um grupo de profissionais de várias categorias que se reúnem voluntariamente por militância, por reconhecimento da necessidade de se debater educação e educação de qualidade e vencer estereótipos, vencer preconceitos, vencer uma série de racismos que passam a educação, que bem você trouxe no caso que você descrevia, na história, como você disse, e apontar que esse então é um espaço que tem sido amorosamente cuidado. As pessoas têm relações afetivas, acolhem novos membros, para pensar quais os movimentos em que as profissões podem fazer na defesa da cidadania, da igualdade, dos direitos humanos. O sindicato entra nessa perspectiva. A gente reconhece a importância. Em alguns momentos, estivemos mais presentes no Fórum. Agora queremos, de novo, retomar uma presença

mais frequente, mais acolhedor como espaço físico para essas reuniões. Tem a divulgação disso. São reuniões que podem acolher mais pessoas interessadas sobre o tema. É daí que parte a inserção do sindicato nesse grupo específico. Na relação com o tema, a gente considera este de extrema importância e tem acompanhado, apoiado e participado na organização, compondo mesas e produzindo esse debate em vários seminários e eventos que esse grupo de pessoas e o Fórum contra a medicalização da vida tem feito ao longo desses anos em que o Fórum existe. Em especial, hoje aqui estamos para comemorar a questão da lei estadual, e que foi uma vitória que eu considero importante de não ter havido veto. Com esse governo, com as características que tem, marcar posição de que é necessário fazer este debate contra a medicalização na educação é fundamental. Eu acho que a pegadinha está de que é a marcação de um dia específico. Isso não provoca tantos abalos na estrutura dessa administração do PSDB, que vem no decorrer de tantos anos, que aprova uma lei como esta, mas na ação cotidiana na Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde faz tudo ao revés deste dia contra a medicalização. Então vou marcar a posição aqui de que a gente tem que pensar, talvez, a partir do dia contra a medicalização algumas provocações na Secretaria Estadual de Educação e na Secretaria Estadual de Saúde para a gente começar a quebrar essas estruturas que têm dificultado em fazer este debate. Com o governo municipal, a gente teve um bom diálogo nessa gestão passada e conseguimos alguns movimentos que marcam posição contra a medicalização, inclusive com o veto importante de um projeto de lei que era o revés de tudo que a gente acredita, e colocava os profissionais de saúde e educação em um papel quase criminalizador, que você rotulava e colocava a condição de entrada no mercado de trabalho, que interessa para nós psicólogos, interessa para nós farmacêuticos, interessa para fono, de desrespeito à condição humana, sem olhar para o específico e com a qualidade que é necessária ter no seu olhar. Eu achei bonito no fim da fala da Vera a expressão que ela usou: "Os modos particulares de expressão", porque é nessa perspectiva que a gente atua. Respeitar a singularidade, mas construir ações coletivas que possam fazer esse movimento de acolhimento das pessoas e de inserção na sociedade, e de igualdade no acesso à educação e à saúde. Eu fico aqui pensando que, talvez, nesse exercício, o movimento sindical pode ajudar nessa tarefa futura, que é a gente abrir esse debate, começar a fazer a brincadeira da fábula, "O rei está nu". Tudo que já se construiu em relação

aos protocolos, tudo que já se construiu em relação aos levantamentos, fazer a referência de mudanças nas estruturas da Secretaria Estadual de Saúde e Educação, para ter outro movimento, que vem a casar com a necessidade de luta em que a gente está, neste momento histórico. A gente tem que conclamar todo o apoio às ocupações das escolas contra as reformas do ensino médio, contra a PEC 55. Hoje teve uma reunião grande, importante, em Brasília, em que se tentou fazer algumas gestões com os líderes, para tentar segurar a votação agora em dezembro. Mas não será possível. O que se conseguiu foi uma reunião na quarta-feira da semana próxima com os líderes de todas as bancadas e o presidente da câmara e do senado, para fazer um debate sobre a PEC agora de número 55. Acompanhar, conclamar quem puder, quem se organizar, quem tiver condições, para estar presente nos atos em Brasília na quinta-feira da semana que vem. Por que trazer essa PEC? Porque, a princípio, a impressão que se dá para a população e o efeito que a mídia tem feito é de que é algo positivo, porque diz sobre uma contenção de gastos. E se diz isso de uma maneira pueril, com um discurso sedutor. "Vamos fazer como na economia doméstica. A dona de casa vê que tem problemas, ela gerencia esses problemas". A gente costuma dizer que essa é uma armadilha. Porque está discutindo o corte dos gastos nas políticas públicas específicas que a grande população brasileira mais necessita. E, pior, coloca uma armadilha que vai fazer os orçamentos competirem entre si. Vai colocar a saúde, a educação, as políticas de assistência social disputando uma mesma fatia de recursos públicos. Então a gente tem que marcar posição contrária a isso, porque nós precisamos de um Ministério da Educação forte, e não esse absurdo que está acontecendo agora, de fechar uma série de departamentos do Ministério da Educação, de cortar algumas ações específicas para a educação infantil que eram muito importantes dentro do MEC. De ter um Ministério da Saúde que garanta as políticas públicas, que garanta o controle social. Os conselhos de representação, a gente precisa abrir o debate também no estado de São Paulo, para repensar a ausência, o vácuo, essa questão de não ter um controle social na educação. Isso tem no nível federal, mas ainda muito cartorial, muito colocado por encaminhamento e nomeação pela figura do ministro. São movimentos que a gente considera importantes para fazer a nossa ação de ir na contramão desse estado de coisas. Desse governo que está aí, que é ilegítimo, que vem através de um impeachment que é uma mentira, uma falácia, porque esse impeachment não teve os motivos necessá-

rios que a constituição federal estabelece, que é um crime. Esse crime não existiu. É importante marcar isso, porque nessa luta que fazemos aqui no estado de São Paulo contra a medicalização da vida, por esse dia estadual dessa lei contra a medicalização da educação, que a gente marque que o cenário todo não é favorável, mas ainda assim temos parceiros, como Giannazi, para construir posições nessa assembleia legislativa que vão na contramão do estado de coisas que esse Estado prega, e que a gente pode unir força com trabalhadores e trabalhadoras de diversas categorias profissionais vinculadas à saúde e à educação para fazer a defesa das nossas crianças e adolescentes neste país. Pela garantia de uma educação de qualidade, pela questão da acessibilidade e ações em que você reconheça formas alternativas de inclusão e acompanhamento que não pela medicalização. Essa couraça química vem muito mais a serviço de controles, que devem ser desejados por aqueles que não querem enfrentar dificuldades, mas nós queremos sim enfrentar as dificuldades e respeitar o que existe de singular, de característico e de positivo em cada ser humano. É isso. É da importância de reconhecer e agradecer a vinda de cada um e cada uma aqui hoje, para que a gente faça a luta por uma sociedade mais justa. Obrigada.

Marilene Proença: Obrigada, Fernanda, pelas suas palavras. Vou passar a palavra então ao professor Sandoval Cavalcanti, que é pedagogo com formação em história, especialista em gestão educacional e é dirigente regional de ensino da diretoria de ensino da região sul. É docente do ensino superior e da rede pública estadual de educação.

Sandoval Cavalcanti: Boa noite a todos. Obrigado pelo convite, pela iniciativa do deputado Gianazzi. Eu acho que nós vivemos duas situações opostas.

Vivemos uma situação de desafios, muitos desafios, e penso que a educação é um destes desafios. A constituição de 1988, considerada a constituição cidadã, garante o direito de educação a todos, e eu penso ser essa uma primazia. E é um desafio nós construirmos essa educação que, de fato, seja para todos. E temos uma contradição ou um conjunto de contradições. Uma dessas contradições está posta, que nós vivemos um pressuposto de que a educação é uma ação coletiva, e estamos vivendo pontos de uma sociedade individualizada, em que as pessoas se adentram nas redes sociais ao ponto de estarem sentados uma ao lado da outra e, em vez de estarem conversando, elas estão nas redes sociais trocando informa-

ções ou dialogando pela rede, quando estão muito próximas. Portanto, se a educação é um procedimento coletivo, é fundamental que nós retomemos essa perspectiva e retomemos essa discussão. A segunda contradição que a gente tem é que ainda que nós afirmemos que a educação é um direito de todos, a gente não tem uma cultura de escola. A nossa presença enquanto sociedade em uma uniformidade, em um direito de garantia para todos, ainda é uma questão que volta no primeiro item, um desafio feito a todos nós. Penso que nessa perspectiva, essa escola que pode ser pensada para todos, com um conjunto de ações de políticas públicas possa garantir que isso, de fato, possa acontecer, ainda traz ranços e vícios de um modelo de escola que foi amplamente excludente. A grande maioria das pessoas. Penso que a questão das crianças, dos jovens e dos adolescentes que apresentam dificuldade de aprendizagem, apresentam dificuldade de aprendizagem muito mais por questões relacionadas a uma ótica de uma não visão de escola, da qual a escola que também não se apresenta enquanto uma instituição que seja capaz oferecer uma educação de qualidade para todos, alicerçada por um conjunto de políticas públicas que possam favorecer a essa condição. Portanto, se a escola deve ser um espaço de cidadão, se a escola deve ser a argumentação, o espaço para o diálogo, o espaço para o enfrentamento das divergências e das diversidades, essa escola ainda se coloca como um campo bastante distante dessas condições. E penso que a necessidade da sociedade de pensar a escola de fora para dentro e de dentro para fora é uma perspectiva que se coloca na discussão do fortalecimento dos institutos existentes dentro das escolas, que é o conselho de escola, que é a APM, que é o grêmio estudantil, que podem criar a perspectiva de que se a escola precisa mediar as relações de inclusão, ela precisa mediar as ações em que todos, efetivamente todos, e me parece que quando nós vamos ao dicionário e buscamos o significado da palavra todos, só encontramos um significado, portanto ela não coloca nenhum tipo de distinção. Ela não coloca nenhum campo de diferença, mas é fundamental que nós tenhamos o entendimento de que a não ação, a não participação da sociedade, dificilmente, nos dará condições de reverter esse quadro, e aquele aluno que vem de uma situação adversa, que vem de um conjunto de valores, de um conjunto de culturas distinto, ao os pôr na escola tem profunda dificuldade de ser entendido pela escola, porque a escola também tem profunda dificuldade de entender essa perspectiva de

crianças, de jovens e de adolescentes. E por mais que nós digamos que vivem uma ação coletiva, na verdade, vivem uma perspectiva eminentemente individual. E, infelizmente, a escola não se coloca como essa instituição que seja capaz de ser agregadora para discutir essas diferenças, para no diálogo construir ações que possam mediar esses conflitos. Obviamente, se a escola não consegue fazer esse papel, outras instituições da sociedade deverão fazer esse papel ou estão fazendo esse papel e, conseqüentemente, essas crianças e esses jovens acabam se colocando em um processo de exclusão. Gerado porque já são excluídos da sociedade na sua totalidade. Basta que nós façamos um levantamento rápido da organização de como estão as famílias hoje, e nós vamos identificar que essa fragilização se completa na escola. Porque há um conjunto de responsabilizações, em que a sociedade responsabiliza a escola, porque não consegue dar conta daquilo que é fundamental ela fazer, que é dar a capacidade aos nossos alunos de poder aprender, de poder interpretar, de poder conviver, interferir nas relações da vida. Por outro lado, aqueles que estão fora da escola estão na escola e não conseguem visualizar a escola como essa instituição que seja capaz de contrargumentar, de argumentar e de abrir procedimentos, nos quais a gente possa, de fato, garantir que a educação é um direito de todos e a educação se faz para todos. Obrigado.

Marilene Proença: Vou agradecer o professor Sandoval pelas suas palavras e passar a palavra ao doutor José Rubens de Alcântara Bonfim, que é médico sanitário, doutor em ciências, trabalha como profissional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

José Rubens de Alcântara Bonfim: Muito obrigado. Eu tenho a impressão de que todos nós aqui sabemos o que é um caleidoscópio. Todo mundo já manuseou alguma vez na vida um caleidoscópio, desde a infância. Quando você pega um caleidoscópio, você vê aquele conjunto de espelhos coloridos. Você gira um pouquinho, já é outra imagem. Gira mais um pouquinho, já é outra imagem. Essas imagens não são parecidas. Não há possibilidade nenhuma de que essas imagens, a rotação do caleidoscópio produza imagens iguais. Eu estou usando essa imagem para chamar a atenção de vocês, que é mais ou menos isso que acontece na vida. No adoecimento é assim. Ou seja, as doenças não são iguais, por mais que médicos e, eventualmente, outros profissionais afir-

mem isso. Porque quando se diz que alguém tem hepatite, um médico fala ou o próprio paciente recebe esse diagnóstico, ou uma pessoa da família, um acompanhante, podem ficar certos de que cada um tem uma ideia do que seja hepatite. E não são coincidentes em nenhum momento. Se as coisas só acontecessem desse jeito, mas não. O paciente, o que está afetado por aquilo que se chama de hepatite, que é uma abstração, eu não estou dizendo que isso não existe, eu estou dizendo que é uma abstração, a maneira como você percebe as coisas. Como essa hepatite cursa naquela pessoa é diferente de qualquer outra pessoa afetada. Além de não existirem doenças iguais, tampouco existem doentes iguais. Vejam que as coisas não são tão simples. Se esse problema x que está afetando aquela pessoa tem um tratamento específico, esse tratamento não vai cursar do mesmo jeito em pessoas diferentes. Se isso acontece com doenças e pessoas afetadas por esta ou determinada doença, sobre as quais se conhece um volume grande de entendimento, que no caso não é da prática da médica, é estabelecido pela história da pessoa. Aliás, a prática médica atual desconsidera completamente a história das pessoas. As pessoas não passam de números. As pessoas são seres fantasmagóricos, não seres concretos. Não tem uma existência real. Os profissionais, não estou me referindo só aos médicos, não. Claro, a incidência desse desvio é maior entre os médicos do que entre psicólogos, fonoaudiólogos e profissões chamadas relacionadas à medicina. Nós viemos de um tempo em que essas profissões eram chamadas de paramédicas, não esqueçamos isso. O discurso paramédico é mais frequente do que a gente pensa. É só vocês olharem a matéria que saiu na primeira página do cotidiano da Folha de ontem. As declarações do doutor Clóvis Vital. Ele é meu conterrâneo. Se formou um ano depois de mim lá em Recife. Eu na semana que vem estarei em Brasília e eu vou telefonar para ele e, respeitosamente, porque eu o admiro, ele é professor de bioética, falar assim "Carlos, será que você poderia me receber uma meia hora que seja?" "Tudo bem, você será bem-vindo". "Eu vou lhe dar um conselho. Mais do que um conselho, uma advertência. Não entre nessa canoa. Essa canoa vai naufragar qualquer possibilidade de que se tenha uma compreensão do que é um conselho profissional no caso da medicina". Porque o conselho federal e os conselhos regionais, com algumas nuances, mas, de um modo geral, são conselhos corporativistas. Eles ficam defendendo o indefensável. Agora, uma terceira observação que eu quero fazer é que se você for

olhar, nunca fui à Inglaterra, tenho muita vontade de ir, mas nunca fui, os documentos dos médicos ingleses. Eu descobri, estava patente, eu que não enxergava antes, que para prescrever metilfenidato na Inglaterra é preciso que o médico seja psiquiatra e que tenha uma formação aprimorada na utilização dessa anfetamina. Ou seja, se o médico que não tem essa formação prescrever metilfenidato, ele será de pronto denunciado pelos seus colegas e receberá uma sanção, não do governo, do seu órgão de classe. Compreenderam? Porque o metilfenidato já existe há muito tempo. Quando começaram a pesquisar as anfetaminas, rapidamente se sintetizou o metilfenidato. Isso passou décadas. Eu estou me referindo a você, Luís Fernando, porque você é farmacêutico. Os médicos não sabem a história de remédio nenhum. Entre os profissionais que lidam com remédios, uma parte dos farmacêuticos se preocupa com a história dos remédios. Uma parte só. E mínima. Então, quarta observação. O que eu quero dizer é que não se sabe como o metilfenidato age. Ademais, ele está sendo prescrito. Na prefeitura do São Paulo, uma portaria regula que ele tem que ser prescrito por psiquiatra vinculado a um Centro de Atenção Psicossocial. Não pode ser um psiquiatra que esteja fora de um contexto de equipe multiprofissional. Porque o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade não é uma doença. Aliás, ninguém sabe o que é, verdadeiramente. Fazendo um paralelo com a hepatite, você consegue definir o que é hepatite. Se é viral, se é isso, se é aquilo. Você pode fazer uma caracterização e pode chamar isso de doença, segundo o conhecimento científico vigente. Mas você não pode fazer isso em relação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Se alguém falar que isso é uma doença, primeiro, afaste-se dessa pessoa. Não leia nada do que ela escreveu. Não leia, porque você pode cair em areia movediça. São essas pessoas que, quando a Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo fez uma portaria de regulação, se insurgiram, e através da Sociedade Brasileira de Psiquiatria tentaram nos calar a boca. Essa que é a questão. Essas pessoas não são afeitas ao diálogo. Não sabem nada a respeito disso. Elas querem impor a sua verdade. E, ademais, não são capazes de apreciar a beleza de um caleidoscópio sobre nenhum aspecto. São essas pessoas com a má-formação muito grande que prescrevem um antipsicótico para uma criança de dois anos. Eu não sei, doutora Rozi, se o prescritor desse absurdo não foi denunciado ao Conselho Regional de Medicina. Deveria ser. A sociedade, no caso, o serviço que constatou isso deveria abrir um

processo contra esse profissional, porque só quem pode prescrever antipsicótico é médico. Então você nem precisa dizer que essa aberração só tem uma origem. Não importa o CRM que tenha, a qualificação que tenha. Tem que ser denunciado. Se, na minha experiência, há 25 anos que eu estudo remédios, nós fossemos denunciar, evidentemente, as aberrações, porque eu parto do princípio de que é melhor acender uma vela do que praguejar contra a escuridão. O meu trabalho na Secretaria Municipal é esse, é de fazer aconselhamento. Quando o absurdo é muito grande, a gente tenta contorná-lo, orientando o profissional, seja médico, farmacêutico, enfermeiro, não importa. Eu fiquei realmente impressionado. Eu nunca ouvi dizer que alguém fosse capaz de prescrever um antipsicótico para um infante. Lembrem-se do infante Dom Henrique da história do início da nossa descoberta. O infante é uma criança de até dois anos. Eu nunca ouvi dizer que tivesse alguma indicação. Aliás, antipsicóticos só podem ser prescritos para crianças acima de 8 anos e, assim mesmo, com uma investigação muito minuciosa. Concluindo, eu estou querendo só lançar algumas imagens caleidoscópicas para vocês, eu acho que a prescrição de uma anfetamina para um problema que sequer foi verdadeiramente classificado pelo conhecimento científico atual é, no mínimo, qualquer prescrição, tem que passar por um crivo muito grande, de vários tipos de profissionais, porque a verdade não está no médico prescritor. Quase sempre não está. Eventualmente, pode estar. Regulação de anfetaminas para uso, eu falei do metilfenidato, mas tem outras, é um processo que requer um acompanhamento muito cuidadoso. A prescrição tem que ser muito prudente, passando pelo crivo de vários profissionais, e quando se julga, naquela circunstância, que ela é necessária, tem que fazer um acompanhamento muito grande, porque não existe farmacovigilância no Brasil. Em relação ao metilfenidato, os últimos levantamentos que eu fiz mostram que entre os psicofármacos nos países nórdicos, que é o único lugar em que se faz isso, Suécia, Noruega e Dinamarca, se verificou que metade das reações adversas importantes são atribuíveis ao metilfenidato. E, agora, quem quiser ter acesso a esses trabalhos é só me procurar no final desse diálogo, que eu mandarei com todo o carinho esses estudos. Tem mais uma coisa, existem hipóteses bem consistentes de que o metilfenidato causa dependência. E se causa dependência, como é que você ou qualquer pessoa vai tratar uma suposta doença que não tem uma caracterização razoável na prática de saúde com um remé-

dio que pode causar, aí sim, uma doença bem definida? Eu acho que com essa pequena observação eu manifesto a minha satisfação de aprender. Faz três anos, mais ou menos, que eu comecei a ler os documentos que vocês estão recebendo em uma versão renovada, mais profunda, e eu tomei a seguinte decisão: vou acompanhar essa turma. Essa turma tem realmente uma preocupação profunda com o respeito às pessoas, à diversidade e, sobretudo, tem uma coisa que está faltando na prática de saúde, de um modo geral, que é ter uma atitude de amor e carinho em relação às pessoas.

Carlos Gianazzi: Antes de abrir a palavra a vocês, eu gostaria de dizer que nós vamos encaminhar as notas taquigráficas dessa audiência pública, desse encontro, principalmente dessas manifestações feitas à secretaria como uma sugestão, como uma colaboração desse encontro para a Secretaria da Educação e para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Como contribuição para o debate, para o diálogo, porque as colocações foram extremamente didáticas, pedagógicas, claras e elas ajudam a promover esse debate e, também, na formulação de políticas públicas nessa direção na luta contra a medicalização, principalmente na área da educação. Eu vou devolver a palavra para a mediadora, que é a âncora do nosso encontro, que é a Marilene Proença. Nós vamos disponibilizar a gravação para vocês na íntegra, em vídeo, para que vocês possam divulgar, tanto da íntegra como também da matéria da TV Alesp. Parabéns pela organização, a todos os expositores e expositoras. Vocês estão dando uma grande contribuição. Como eu disse, tem muita gente assistindo. Tem muito retorno fora. Vai para o estado inteiro. As pessoas acompanham aqui a audiência da tevê Assembleia. Parabéns e continuem aqui o debate.

Marilene Proença: Agradecendo mais uma vez ao deputado Carlos Giannazi, aos colegas aqui da mesa pelas suas falas, pelas provocações que foram feitas, pelas considerações. E nós vamos então abrir a palavra para vocês que estão aqui presentes. Só nos comprometendo a terminarmos essa sessão às vinte uma e trinta, já que cada um de nós tem ainda o seu percurso de volta para casa. Nós vamos anotando as questões que vocês tiverem. É o momento de estabelecer esse diálogo, comentários, enfim. Esse é o nosso espaço aqui, público, essa casa legislativa, para que a gente possa exercer o diálogo, já que, como muito bem trouxe o Luís Fernando, existe o diálogo ou o não diálogo. Então nós vamos estabelecer esse diálogo com todos que estão aqui. Fiquem à vontade para fazer

as suas considerações. Eu vou pedir só para dizer o nome, de onde está vindo, para a gente conhecer um pouquinho vocês que estão participando nesta noite, desta sessão, desta audiência pública aqui na casa legislativa do estado de São Paulo.

William: Boa noite. Meu nome é William, eu sou técnico em comunicação visual e em legislação. Estou no terceiro semestre do curso técnico de serviços públicos pela Etec CEPAM. Eu sou autista asperger. Tive esse diagnóstico aos 14 anos. Uma questão que eu gostaria de colocar à baila aqui nesse encontro é com relação à medicalização do autismo. Eu, desde o fim do ano passado, passei a ser adepto da neurodiversidade, ou seja, encarar as diversas variações neurológicas como parte da diversidade humana, e eu passei a fazer um discurso crítico contra a indústria farmacêutica.

Aproveitando a presença do professor Luiz Fernando da UNIP, passei a ter um crítica bem severa e radical à indústria farmacêutica. Então, como vamos debater essa questão da medicalização das pessoas autistas? Ainda há um estigma da sociedade em encarar o autismo como doença e a Neurodiversidade desde o final da década de 1990, está provando que não é bem assim, que na verdade não passa de uma desculpa da indústria farmacêutica para obter lucro e aumentar seu mercado consumidor. Eu gostaria até de fazer um convite e mais de que um convite; um apelo, para que organizemos um fórum sobre Neurodiversidade sobre a visão positiva do autismo. A Neurodiversidade é um assunto novo no Brasil, e poucos têm coragem de levantar esse tema. Em setembro a "ABRAÇA" – Associação Brasileira para ação por direitos das pessoas com autismo. Promoveu o primeiro encontro brasileiro de pessoas autistas em Fortaleza. Lá, os próprios autistas participaram das rodas de debate, tiveram esse protagonismo que precisa ser aumentado, porque uma das coisas que não acho justo é que nas rodas em mesas de debates sobre o autismo não temos autistas falando sobre o assunto. Assim, como seria igualmente criminoso, uma roda de debate sobre racismo, não ter uma pessoa negra debatendo; ou uma roda de debate sobre homofobia sem a presença de um representante da comunidade LGBT. Como é que vai ficar essa questão?

Marilene Proença: Obrigado, William. Mais alguém quer comentar? Ariadne?

Ariadne Beneton de Campos: Oi, tudo bem. Eu sou Ariadne Beneton de Campos, sou psicóloga na Unidade Básica de Saúde, aqui, do SUS, do

Butantã, sou membro do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. Em minha fala, vou tentar ser breve. Acho que é importante estarmos resgatando o objetivo principal desse encontro, resgatando a finalidade da criação do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. As duas leis que foram criadas se estabeleceram como: o Dia Municipal Estadual da Educação. Mas sabemos que desde o início do Fórum, se discutem essa educação, mas de um modo geral: na educação das pessoas fora da escola também, então a educação do sentido amplo. O objetivo é dar continuidade ao modo de como o Fórum foi criado, no sentido de unir as pessoas que estavam isoladas, indignadas e fragilizadas na questão desse enfrentamento do fenômeno de medicalização. Então, em meados de 2008, já havia o próprio CRP. A Maria Ângela era a presidente. Na época, já estavam detectando as PLS aceleradas na câmara. Foi essa perspectiva medicalizante. Com isso, algumas pessoas que estavam próximo ao CRP, mas que também estavam em contato com os movimentos, no caso, acho que é importante, pelo dia, estar citando essas pessoas que não puderam estar presentes hoje. Por exemplo: a Beatriz de Paula Souza, militante, a Marilda de Almeida, a Cecília Moises e a Cecília Collares. Foram essas pessoas e mais a Claudia Perrotta, que começaram a se unir. Disseram: "Oh, estamos lutando e encontrando os mesmos problemas." Então o CRP foi chamado. Na época eu estava participando no conselho gestor da supervisão técnica do Butantã, no conselho do gestor da unidade básica de saúde, onde eu estava, e no movimento de saúde do Butantã. Então, a questão é que estávamos recebendo muitos encaminhamentos de escolas indicando psiquiatra e neurologista, estava muito alto e gritante. E aí, então aconteceu este encontro feliz, de pessoas que estavam se organizando. Começamos e ficamos mais de dois anos nos encontrando às sextas-feiras para discutirmos como faríamos as intervenções. Até que se culminou então, em 2010, o Seminário Internacional sobre medicalização da educação nas cidades, na UNIP. E aí, então o lançamento do livro também, sobre medicalização e o seminário na câmara. O que é o objetivo que estou colocando para vocês? A Fernanda também foi assim, já era sindicalista nos anos anteriores, em 2010, mas o que traz de comum nisso? Que sozinhos, não fazemos. O capitalismo e a indústria farmacêutica fazem. Você tem que se dar conta do seu problema sozinho e pronto. Você não tem que entrar em contato com o coletivo para lutar. E o que foi importante perceber é que só conseguimos

dar voz e visibilidade em relação a isso, é através do coletivo. Então, o importante é percebermos, nos bairros, profissionais que estão sozinhos com esta temática; remetermos para o fórum, para esses espaços e nos unirmos. Porque, só assim, fortalecidos, poderemos fazer um enfrentamento maior. E agora, então, ocuparmos os espaços, fortalecermos não só aos ensinamentos médios e escolas que estão sendo ocupadas, mas também os movimentos, os fóruns; os conselhos gestores; conselhos de segurança e conselhos de escolas. Porque senão, estaríamos brincando de democracia, fazendo festa de democracia. Então, assim, o dever da gente enquanto cidadão, eu acredito que não deu certa esta democracia com “D” maiúsculo, porque nós não fizemos parte desse dispositivo de democracia participativa: que é você ir a sua unidade básica de saúde, falar, divulgar, conversar, participar do conselho de gestores, se candidatar; falar sobre medicalização; sobre saúde pública e direitos. Então está em tempo de irmos a esses lugares, ocupar esses conselhos. Uma coisa importante: eu sou também conselheira nacional de saúde. Então, como participar dessas pré-conferências municipais e estaduais e fortalecermos e levantarmos novamente esta democracia? Então se esta democracia é somente representativa em relação aos parlamentares, ela ficou frágil, precisamos dar subsídios para eles, através de uma democracia participativa. Ocupando os conselhos de saúde, ocupando o conselho de escola. E vamos em frente para comemorarmos mais um ano, dois anos e muitos anos pela frente. Obrigada.

William: Só uma resposta rápida à Ariadne. Quando fiz essa menção ao autismo, não falei apenas do autismo clássico, até porque a Neurodiversidade procura desconstruir esses rótulos. Mas falo: do espectro autista como um todo. Outra coisa que me esqueci de mencionar, vejam bem: dos doze aos vinte anos eu tomei remédio: Tomei haloperidol, risperidona, valproato de sódio. Muitos deles me causaram efeitos colaterais; principalmente a risperidona, que era um estimulante ao apetite. Por isso passei a ser crítico da medicalização, não só na educação, mas em todas as áreas. Se descuidar até na segurança pública tem medicalização.

Marilene Proença: Obrigada, William e Ariadne. Está aberta à palavra. Não sei se mais alguém quer se manifestar e fazer um comentário. Então vou passar para a mesa. Rozi quer fazer um comentário, Luiz também, e talvez encerremos os comentários de vocês. Esta é só a sessão pública.

Rozinetti Gonçalves: William, quero dizer que fui capturada pela sua fala, porque é minha paixão na área de pessoas com deficiências, onde trabalho há dezessete anos. Tenho visto e ficado indignada com o aumento de diagnóstico de autismo. Então, como você trouxe o espectro autista, vejo alargar esta fita e cabe muita criança, aliás, cabe com duplos e triplos diagnósticos. Então, hoje pela manhã, eu estava conversando. Trabalho em uma escola e conversando com uma psicóloga de um dos nossos alunos, ela disse ali que uma mãe estava em busca de outro diagnóstico sobre o autismo. Sendo que já é uma criança com diagnóstico de uma síndrome e agora, um segundo diagnóstico muito comum: síndrome de down e autista. E fora as crianças que vemos, poderíamos dizer: trouxeram as diferenças que estão sendo encaixadas nesse espectro do autismo. Então, precisamos, sim, fazer o enfrentamento disso. Mas o que nós temos percebido, enquanto ao Conselho Regional de Psicologia, que é um campo muito difícil, porque as famílias estão muito fragilizadas nesse aspecto à busca de caminhos. E aí, alguém, digamos: o campo médico acena com a possibilidade de que lhe dará garantia de direitos. Por exemplo: estudar em uma escola especial que vai para uma linha de um atendimento especializado. Então isso tem aumentado, inclusive, uma das falas de hoje, foi isso: Associamos um diagnóstico para ter direito ao Estado, pagar uma escola que a família julga ser melhor do que a escola pública que temos hoje. Então, como eu disse em minha fala: é inversão de valores, você ganha o direito a partir do diagnóstico e não como ser humano, enfim, cidadão. Pensar também que a medicalização na questão da pessoa com alguma limitação, com a deficiência, com as diferenças como você trouxe; ela foca na doença. Então o campo da reabilitação é perverso nesse sentido, porque muitas vezes ele desconsidera a pessoa. Como se disse: três medicamentos, várias terapias, todo um processo tentando uma reabilitação muitas vezes que não é em ordem psicossocial.

Marilene Proença: Às vezes, costumo dizer, aliás, não só eu, mas todos os neuroativistas batem de frente com essa ideia: paramos de abordar o autismo no campo, na bolha medicinal, até para não fazer o jogo da indústria farmacêutica e começar a abordar o autismo no campo social, antropológico e cultural. Ah, isso nós chamamos: “Modelo social da deficiência”.

Rozinetti Gonçalves: Exatamente. Acho que é importante esse resgate, porque assim,

quando pudermos fazer esse salto, poderemos olhar para as diferenças, não como anormalidades, mas como processos humanos de subjetividades que se constroem nos seus contextos, a partir das suas histórias, não é? Só para finalizar: acho que temos muito a aprender com a luta do movimento antimanicomial, porque eles vêm resgatando isso que estamos falando aqui, né? Então o movimento da pessoa com deficiência do próprio autismo tem que se aliar e se aproximar desse movimento, porque, assim, poderemos, talvez, fazer um enfretamento mais ampliado do que com categorias isoladas: autista aqui, deficiente ali, enfim, estou dizendo: precisamos olhar como todas as diversidades, cabendo no que é ser humano. Então, sinto-me convocada para que pensemos nisso sim, na medicalização, por essa vertente que você trouxe aqui, está bom?

Luíz Fernando: De fato, acho muito interessante sua fala, William. Fiquei muito impressionado a primeira vez em que participei de uma conferência de saúde, quando vi pessoas que eram usuárias dos serviços de saúde mental da rede, fazendo proposições em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, não é? Não estamos acostumados com isso, de uma forma muito ampla, nos últimos trinta, quarenta anos. É uma coisa muito recente, se formos pensar dentro de um espectro histórico mais amplo. Mas é realmente importante que as pessoas que são os usuários do serviço de saúde participem; realizem o seu protagonismo; que contribuam para democratização desses processos de atendimento de assistência à saúde. Tem uma frase da tradição cristã, para aqueles que são cristãos e conhecem de Jesus, que diz assim: "Seja o teu falar: Sim, sim; Não, não." Ele não quer dizer com isso que as pessoas tomem posições radicais fundamentalistas. Ele quer dizer o seguinte: que tomaram a posição em relação a um determinado dilema, a uma determinada questão delicada, crucial e sensível. É o papel das pessoas que têm um caráter impertérrito e firme; que se colocam como pessoas preocupadas com o bem-estar pessoal e da coletividade; que estão preocupadas com a fraternidade. A gente fala de fraternidade, alguém pode dizer: "que coisa mais démodé", fraternidade está na declaração dos direitos humanos, não é? Todos os seres humanos devem se tratar fraternalmente. Deveríamos discutir um pouco mais sobre fraternidade. Então assumiram uma posição. Quando penso nisso, para eu reter a questão da indústria farmacêutica que

não é o monstro universal e histórico total, completo e único, não é? Tem a sua contribuição à humanidade, mas tem aquilo que eu falei: a queda na apropriação indébita do privado sobre o público. Quando penso na questão da definição de posições, lembro-me que universidades públicas privadas, fazem acordos por exemplos: para que a indústria farmacêutica renove a estrutura física da instituição do ensino superior: "O laboratório tal renovou nossa biblioteca, o laboratório tal apresenta o livro do professor fulano de tal." Como eu já vi. "Com todo respeito a quem assume essa postura, mas alguém que se coloca nessa posição, vai ficar de certa forma refém: "O laboratório tal tem a honra de apresentar o livro do professor fulano de tal", "O laboratório tal tem a honra de apresentar as aulas do curso online da universidade tal." Então, fica muito difícil que esses profissionais e essa institucionalidade não seja entregue nada, pelos discursos de contrapartida que o laboratório vai querer. Então, é por isso que as pessoas do fórum têm que declarar que não têm ligação com a indústria. Porque "Seja, o teu falar: Sim, sim; Não, não." Para construir democracia, para solucionar essas questões graves que dizem respeito à medicalização e à biologização da vida, temos que assumir posições. Isso é realmente importante. E, por fim, quando me coloco em eventos dessa natureza, cada vez mais vou alimentando a esperança de que podemos realmente transformar. Alguém pode dizer: "Ah, porque ele é muito jovem," aqueles que têm um pouco mais de cabelo branco do que eu. Mas a esperança e o desejo de transformar e construir algo bom faz com que possamos nos articularmos com outros indivíduos que também pensam da mesma forma. Acredito que podemos transformar, não é? Então fico muito satisfeito quando encontro pessoas mais jovens ou mais velhas, de todas as idades, neste diálogo frutífero e que eleva cada vez mais esse ideal de vivermos em uma sociedade realmente mais fraterna. Mas é preciso assumir posições, isso é importante.

Marilene Proença: Eu passo a palavra para o Zé Rubem.

Zé Rubem: É o seguinte: estava comentando aqui com a professora Marilene, e ela disse: "Não, você fala." Estava tentando estimulá-la a falar. Parto do princípio que não sei se vocês se recordam: de um adágio de um movimento ecológico da década de 1970. Aqui tem muita gente que nem tinha nascido, mas não importa; por

exemplo: professor Sandoval não tinha nascido. É o seguinte: pense localmente e aja globalmente. Lembrem-se disso? Quem não é dessa época pode ter acesso ao que se escreveu desde então. A medicina tem um adjetivo tremendo agora, acoplado a ela: é a chamada medicina matemática. Isso é uma coisa que não leva a nada, pelo contrário, produz mais sofrimento. As pessoas, o médico, muitas vezes, em vez de olhar o paciente e pôr os seus olhos aos olhos do paciente, para que ele, o médico, tenha uma atitude de acolhimento para saber a verdade daquela pessoa. O médico não faz isso, limita-se a procurar os chamados: "dados objetivos das doenças". Isso é um equívoco grave. Não estou dizendo que isso não deva ser feito com parcimônia nas situações necessárias. Não é isso, estou falando: que a primeira coisa importante é a narração do sujeito. Isso está nos primórdios da medicina, na Grécia clássica. Os gregos não se preocupavam com o diagnóstico, eles se preocupavam com duas coisas: com a anamnese, ou seja, a recordação que cada pessoa faz de sua vida. E com base nisso, os médicos classificados assim, muito séculos depois. Eles faziam um prognóstico. Os gregos só faziam duas coisas. Então, hoje, nós fazemos tudo diferente e de forma pior: tratamos doenças, não tratamos doentes, não procuramos investigar as circunstâncias do adoecimento ou de uma conduta equivocada. Então, voltando ao caso que fiquei realmente impressionado; uma criança de dois anos recebeu um antipsicótico. Pelo amor de Deus, isso é uma coisa que nem o livro "Guinness" de recordes acolheria. Não é verdade, isso não tem nenhuma explicação. Então, acho que essa situação, claro, você tem que respeitar o anonimato: "você conta o milagre, mas não diz o nome do santo", assim, diz na linguagem popular. Então, é preciso pegar essas situações concretas que são inúmeras, infinitas e discutirmos isso, na escola, no centro de saúde, envolver os conselhos gestores, aliás, muitos deles fazem isso no papel. É uma oportunidade para que eles passem a existir. Isso precisa ser feito. Quer dizer: pensar um problema local não é estar fora da realidade; pelo contrário, é o primeiro passo para se enxergá-la. Se não fizer isso, vai ficar a vida inteira com uma visão distorcida deformada e sombria. É a partir dessas experiências concretas que as pessoas começam a se transformar, não tem outro caminho. Para finalizar: gostaria de recomendar para vocês um livro que saiu este semestre que tem um título maravilhoso. Chama-se Voltando ao Normal. A

doutora Rozi é atenta, entendeu? – já leu todo o livro, não é? Então, está mais ou menos. É porque é um livro tão rico. O autor chama-se Frances Allen. Se você escrever o nome dele, no "Doutor Google", que é o maior professor que conheço. Há entrevista estupenda, do Frances Allen. Ele foi um médico psiquiatra norte-americano. Olhe: tem coisa boa nos Estados Unidos. Os Estados Unidos, às vezes, é um saco de ruindade que não tem fim em muitas coisas; em outras, tem coisas maravilhosas. Este livro, Voltando ao Normal, é um livro estupendo. Veja bem: ele foi à pessoa que fez o "DSM IV". Ele fez e depois aposentou-se, e foi fazer reflexões filosóficas, se dedicar à literatura, mas fora da medicina. Quando ele percebeu o movimento para produção do "manual de estatística psiquiátrica que classifica as doenças. Olhe: quem tiver interessado, eu mando um arquivo fabuloso, está em espanhol inclusive, entendeu? Bem explicado: tem uma foto no início do artigo, o primeiro manual de diagnóstico, algo fino; há um segundo que é maior, o terceiro, o quarto e o quinto que é algo grande. É um artigo fantástico de pesquisadores espanhóis. Bom, então ele ficou tão impressionado com as aberrações que viu e largou o seu sossego, embora em sua casa de praia de sua propriedade. Ele largou tudo e entrou de chofre na luta contra o "DSM-5". Quero dizer: ele fez a única coisa que achava que era eticamente válida para ele: "Não posso permitir tais abusos." E o resultado dessa sua atitude foi um trabalho de dois anos; este livro, que tem um título belíssimo: "Voltando ao Normal." Nunca vi um livro de medicina tão bem escrito com um título tão maravilhoso.

Marilene Proença: Agradecer muito, não é? Ao Zé Rubem, ao Luiz Fernando, a Fernanda, a Vera Regina; ao Professor Sandoval, Rozinetti; a vocês que estão até este momento aqui, debatendo conosco esta questão da medicalização. Agradecer ao Deputado Giannazi, mais uma vez, pelo Dia Estadual de Luta contra a Medicalização na Educação da Lei 16.081 de 2015; que traz a possibilidade de hoje estarmos efetivando e comemorando este dia estadual e ao mesmo tempo problematizando esta discussão sobre a medicalização. Então, muito obrigada a todos. Acho que foi uma noite de muito debate, muita discussão. Agradecer também aos que estão pela internet, e dizer que tudo isso estará também depois à disposição, para que possamos rever, pensar e discutir questões que foram debatidas nesta noite. Muito obrigada. 🌱



Realização:



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP