cadernos PENSES

FÓRUM CONSTRUINDO VIDAS DESPATOLOGIZADAS

CASA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

UNICAMP

Fórum Pensamento Estratégico
PENSES
GR - UNICAMP

FÓRUM
CONSTRUINDO VIDAS
DESPATOLOGIZADAS

Belo Horizonte
Fevereiro / 2017

Universidade Estadual de Campinas

Reitor
José Tadeu Jorge

Coordenador Geral da Universidade
Alvaro Penteado Crosta

Fórum Pensamento Estratégico

Coordenador
Julio Cesar Hadler Neto

Coordenadora Adjunta
Adriana Nunes Ferreira

Denise Tukaça
Guilherme Gorgulho Braz
Luciane Politi Lotti
Maria Luisa Fernandes Custódio
Beatriz Alencar (estagiária)
Gabrielle Albiero (estagiária)
Luane Casagrande (estagiária)

cadernos PENSES

FÓRUM CONSTRUINDO VIDAS DESPATOLOGIZADAS

CASA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

UNICAMP

Fórum Pensamento Estratégico PENSES GR - UNICAMP

Fórum Construindo vidas despatologizadas
Copyright 2017 Instituto Casa da Educação Física

Instituto Casa da Educação Física
Rua Bernardo Guimarães, 2765 - Santo Agostinho
CEP 30140-085 - Belo Horizonte - MG
Tel.: (31) 3275-1243 - www.casaef.org.br

Este livro segue as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.
Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer, sem autorização por escrito dos editores.

Impresso em Belo Horizonte, MG - Brasil
Coordenação: Julio Cesar Hadler Neto
Coordenação adjunta: Adriana Nunes Ferreira
Edição: Guilherme Gorgulho
Assistente de edição: Luane Casagrande (estagiária)
Revisão: Grazia Maria Quagliara
Projeto gráfico: Ana Basaglia | Uniqua

ISBN: 978-85-98612-46-1

Ficha Catalográfica

F745 Fórum construindo vidas despatologizadas / Julio Cesar Hadler Neto e Adriana Nunes Ferreira. - Belo Horizonte: Instituto Casa da Educação Física, 2017.

330p. (Cadernos PENSES)

1. Educação infantil. 2 Vidas despatologizadas - Construção I. Hadler Neto, Julio César . II. Ferreira Adriana Nunes.

CDD: 372.2
CDU: 372.4

Elaborada por: Maria Aparecida Costa Duarte – CRB/6-1047

MENSAGEM DO REITOR

UMA DAS formas pelas quais a universidade pública pode cumprir seu dever de retribuir o investimento que recebe da sociedade é por meio de sua participação na formulação de políticas que visem tornar o mundo em que vivemos mais justo e harmonioso.

A Unicamp, por conta de sua essência inovadora, da qualidade de seus profissionais e alunos e do alto nível do conhecimento que produz, tem plenas condições de desempenhar papel ainda mais relevante do que o que já desempenha como fornecedora de subsídios para políticas públicas de abrangência local, nacional e até mesmo internacional.

Foi exatamente para aproveitar melhor esse potencial que a Universidade criou, em julho de 2013, o Fórum Pensamento Estratégico, órgão articulador cuja principal função é aproximar as atividades acadêmicas dos anseios e necessidades da sociedade.

O PENSES vem, desde então, reunindo representantes da academia e de diversos outros setores para refletir e debater sobre grandes temas da atualidade a partir de uma perspectiva multi e interdisciplinar. A intenção é a de que dessas reuniões, todas elas abertas ao público, emerjam novas ideias, percepções e informações que possam servir de base para a elaboração de políticas públicas nas mais variadas áreas.

Os Cadernos PENSES reproduzem, na íntegra, o conteúdo de cada um dos encontros já promovidos pelo órgão — das palavras introdutórias às derradeiras considerações dos debatedores, sem deixar de fora as sempre enriquecedoras intervenções da plateia. Disponíveis nos

formatos impresso e eletrônico, constituem valiosa fonte de referência para formuladores de políticas públicas em todas as esferas de governo e, também, importante material de apoio às atividades de ensino e pesquisa da Universidade.

Ao publicar os Cadernos PENSES, a Unicamp reafirma seu compromisso com a sociedade, que a financia, ao mesmo tempo em que fortalece aquelas que são as suas missões fundamentais: formar recursos humanos qualificados e produzir e disseminar conhecimento. Que esses volumes possam contribuir, de fato, para que vivamos todos em um mundo melhor.

JOSÉ TADEU JORGE
Reitor da Unicamp

SUMÁRIO

11 INTRODUÇÃO

21 PARTE I

Conferência de abertura
Maria Aparecida do Rosário – pedagoga e deputada federal

34 PARTE II

A quem se ensina? Quem aprende? A (in)visibilidade da infância no cotidiano escolar
Maria Teresa Esteban – Universidade Federal Fluminense

54 PARTE III

Quem avalia? Quem se (des)comporta? A (in) visibilidade da criança
Maria Aparecida Affonso Moysés – Universidade Estadual de Campinas
Rossano Cabral Lima – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

94 PARTE IV

Viver é preciso, controlar não é preciso
Daniela Arbex – jornalista
Pedro Tourinho – médico e vereador por Campinas
Luiz Fernando Tófoli – Universidade Estadual de Campinas
Luiz Fernando Bilibio – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

149 PARTE V

A genética na encruzilhada entre os direitos humanos e a medicalização
Victor Penchaszadeh – médico e presidente da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco

165 PARTE VI

Desconstruindo álibis da violência contra crianças e adolescentes
Gisela Untoiglich – Universidade de Buenos Aires
Luci Pfeiffer – Associação de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Dedica)

203 PARTE VII

Táticas de produção e sustentação do humano em nós: por uma rede de cuidados despatologizantes
Daniel Becker – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Lígia Moreiras Sena – bióloga e autora do blog "Cientista que virou mãe"
Nelson Aldá – Educador social
Carla Biancha Angelucci – Universidade de São Paulo

280 PARTE VIII

El acto médico actual: Entre la máquina descompuesta y el ser sufriente
Marcelo Viñar – psicanalista e autor do livro "Exílio e Tortura"

298 PARTE IX

Medicalización de la sociedad y desmedicalización del medico en la sociedad de consumo
Alvaro Díaz Berenguer – Universidad de la Republica (Udelar) – Uruguai

Todos os vídeos do **Fórum Construindo Vidas Despatologizadas** estão disponíveis no canal do PENSES no YouTube (www.youtube.com/forumpensamentoestrategicopensesunicamp), e os arquivos com as apresentações dos palestrantes estão na página do PENSES (www.gr.unicamp.br/penses).

INTRODUÇÃO

AS SOCIEDADES OCIDENTAIS vivem um processo de patologização de todas as esferas da vida, associado à busca de padronização e homogeneização dos diferentes modos de viver. A diversidade e as diferenças que caracterizam e enriquecem a humanidade são tornadas problemas. Ocultam-se as desigualdades, reapresentadas como doenças. Problemas de diferentes ordens são transformados em doenças, transtornos, distúrbios que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos.

A biologização, embasada em concepção determinista, em que todos os aspectos da vida seriam determinados por estruturas biológicas que pretensamente não interagem com o ambiente, retira do cenário todos os processos e fenômenos característicos da vida em sociedade, como a historicidade, a cultura, a organização social com suas desigualdades de inserção e de acesso, valores, afetos... Essa redução da vida, em toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos — células e órgãos, tornados estáticos e deterministas — é uma característica fundamental do positivismo.

Reduzida a vida a seu substrato biológico, de modo que todo o futuro estaria irremediável e irreversivelmente determinado desde o início, está preparado o terreno para a medicalização, ideário em que questões sociais são apresentadas como decorrentes de problemas de

origem e solução no campo médico. Deve ser ressaltado que, quando se fala em reducionismo e medicalização, está se referindo à concepção de medicina enraizada no paradigma positivista.

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

Especificamente em relação à medicalização da vida de crianças e adolescentes, ocorre a articulação com a medicalização da educação na invenção das "doenças do não-aprender" e das "doenças do não-se-comportar". Os campos da saúde afirmam que os graves — e crônicos — problemas do sistema educacional e da vida em sociedade seriam decorrentes de doenças que eles seriam capazes de resolver; cria-se, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a patologização.

A medicalização do campo educacional assumiu, e ainda assume, diversas faces no passado recente, alicerçando preconceitos racistas sobre a inferioridade dos negros e do povo brasileiro, porque mestiço; posteriormente, a inferioridade intelectual da classe trabalhadora foi pretensamente explicada pelo estereótipo do Jeca Tatu, produzido pela união de desnutrição, verminose, anemia. A partir dos anos 1980, ocorre a progressiva ocupação desse espaço por disfunções e transtornos neurológicos.

Uma vez classificadas como "doentes", as pessoas tornam-se "pacientes" e, consequentemente, "consumidoras" de tratamentos, terapias e medicamentos que transformam o próprio corpo e a mente em origem dos problemas que, na lógica patologizante, deveriam ser sanados individualmente. As pessoas é que teriam "problemas", seriam "disfuncionais" por "não se adaptarem", seriam "doentes" por "não aprenderem", teriam "transtornos" por "serem indisciplinadas".

O estigma da "doença" faz uma segunda exclusão dos já excluídos — social, afetiva, educacional —, agora protegida por discursos de inclusão. Hoje, esse processo vem, de modo crescente, se articulando à judicialização das relações, dos conflitos e dificuldades que permeiam o viver em sociedade; o passo seguinte, que vem sendo atingido com grande facilidade, consiste na criminalização das diferenças, das utopias e dos questionamentos à ordem estabelecida. A aprendizagem e os modos de ser e agir — campos de grande complexidade e diversidade — têm sido alvos preferenciais desses novos modos de vigiar e punir as diferenças, os sonhos, as utopias, insatisfações e os questionamentos, o amálgama das transformações individuais e coletivas, da superação de preconceitos e desigualdades.

A medicalização tem, assim, cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos, desconfortos, conflitos, sofrimentos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em "portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem".

A própria vida, enfim, vem sendo patologizada, judicializada e criminalizada, colocando em risco as possibilidades de construção de futuros diferentes, motor da evolução da humanidade e dos modos de organização social.

O Brasil é um dos países em que a patologização da vida tem sido mais intensa e extensa, despontando em todas as estatísticas como um dos maiores consumidores de substâncias psicoativas legais. Também é um dos países em que a crítica à medicalização tem se fortalecido nos últimos anos, em diferentes campos do conhecimento.

A patologização da vida tem atingido tal dimensão no Brasil que hoje as universidades se defrontam com um problema até então desconhecido: a quantidade de jovens que conseguem condições especiais nos exames de ingresso por meio de laudos médicos, em especial com diagnóstico de dislexia e/ou déficit de atenção. A Unicamp é uma das instituições de ensino em que essa questão tem se apresentado de forma crescente e alarmante, geralmente por pretendentes a cursos de alta demanda.

É nesse contexto que se insere a proposta deste Fórum Construindo Vidas Despatologizadas, realizado pelo Fórum Pensamento Estratégico (PENSES) e pelo Despatologiza — Movimento pela Despatologização da Vida, no período de 14 a 16 de outubro de 2014, no Centro de Convenções da Universidade Estadual de Campinas.

Este Caderno PENSES traz a íntegra das palestras e dos debates que ocorreram no evento.

Os processos que patologizam a vida constituem um dos modos de desconstrução de direitos historicamente conquistados. Daí decorre a opção de iniciar o Fórum com a conferência da deputada federal e ex-ministra da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário, que articulou a luta pelos direitos humanos com as lutas por saúde e educação de qualidade, e com lutas semelhantes que vicejam pela América Latina:

> O nosso continente já foi marcado de forma tão perversa pela conexão entre as ditaduras. Hoje temos aqui chilenos, uruguaios, e nós, brasileiros, estamos, talvez, começando a trilhar um caminho na área de memória, verdade e justiça como um direito; um nó na agenda de direitos humanos, que, desfeito, pode nos fortalecer também como sociedade na defesa de todos os demais direitos. Eu participo deste encontro como quem vê esse tema integrado ao que nos orienta quando falamos em direitos humanos. Toda a referência das democracias atuais, que são democracias constitucionais do Estado Democrático de Direito, é uma referência de direitos humanos.

Pensar os processos educacionais que se realizam no cotidiano da escola, patologizados ou não, exige desvelar a invisibilidade da criança nesse espaço, que ocorre pela superposição de uma criança ideal, que não existe, porém apaga a criança real. Para Maria Teresa Esteban, pedagoga, doutora em filosofia e ciências da educação pela Universidade de Santiago de Compostela e docente da Universidade Federal Fluminense,

> há um jogo de visibilidade e invisibilidade que vai dificultando a relação entre professores e estudantes, e entre os estudantes e entre os professores. O nosso processo vai sendo bastante atravessado por um conjunto de imagens, de percepções, de pensamentos, de identidades, que vão sendo produzidas à margem das pessoas que estão efetivamente ali. Em torno de um discurso que é normativo, que é, por princípio, excludente e que vai em oposição à garantia constitucional que nós temos do direito à escolarização e à educação para todos. Trabalha-se com a ideia de que os sujeitos são diferentes, o que significa que têm direitos a processos de educação diferentes. Porém, a diferença se apresenta em seus vínculos com a desigualdade, o que significa que as crianças têm direito a processos de educação diferentes, com qualidades diferentes.

A visibilidade/invisibilidade da criança foi discutida também sob outro olhar, o olhar médico, por dois profissionais reconhecidos por sua atuação na área: Maria Aparecida Affonso Moysés, pediatra, professora titular de pediatria na Unicamp, e Rossano Cabral Lima, psiquiatra, enfatizaram que não duvidam nem negam que as crianças sofram e que possamos falar de psicopatologias em crianças, e que até precisemos, para um mínimo de racionalidade científica, organizar algumas categorias.

> Não sei se essas categorias são as melhores, se precisamos ficar criando categorias, porque fica parecendo o que eu chamo de "armadilha nozoológica", parece que tudo que vai errado com uma criança merece uma etiqueta diagnóstica, o problema é que às vezes essas etiquetas ganham vida própria, elas acabam virando algo que a criança tem na sua cabeça, e, às vezes, esse deslizamento entre o que tem, que depois vira o que é — eu tenho TDAH, o meu filho é TDAH —, com consequências subjetivas, que no fundo são ruins.

Instigando os participantes a pensar fora dos limites impostos, foram colocadas algumas perguntas provocativas: Quanto uma criança pode ser sonhadora e viver no mundo da fantasia sem risco de ser enquadrada como portadora de déficit de atenção? Quanto uma criança pode ser agitada e ativa sem risco de ser enquadrada como hiperativa? Quanto essa criança pode ser desobediente e sem limites sem risco de ser enquadrada como opositora desafiante? Quanto uma pessoa pode sonhar com mundos futuros diferentes sem risco de ser enquadrada como doente mental? Quanto um jovem pode não gostar de estudar sem risco de ser enquadrado como portador de um distúrbio de aprendizagem? Quanto uma criança pode fazer birras, e em que intensidade, sem risco de ser enquadrada como portadora de transtorno disruptivo descontrolado de humor?

Os palestrantes ressaltaram que, nessa lógica medicalizante, as pessoas têm que ter sabedoria, saber até onde podem ir, quanto podem desobedecer, quanto podem se descomportar, ou questionar, ou sonhar; sabedoria para ter noção de quanto podem viver sem correr maiores riscos de enquadramento.

Na roda de conversa "Viver é preciso, controlar não é preciso", a interação primorosa entre os palestrantes ajudou todos a construir novos modos de olhar pessoas com sofrimentos psíquicos, escapando das armadilhas das instituições fechadas, que buscam controlar e não acolher, segregar e não incluir, tolher e não deixar viver. Daniela Arbex, jornalista, autora do livro *Holocausto brasileiro*, sobre o Hospício de Barbacena; Pedro Tourinho, médico sanitarista, professor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Luiz Fernando Tófoli, psiquiatra, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; Luiz Fernando Bilibio, educador físico, professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e trabalhador do Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, propiciaram a valorização da reforma psiquiátrica brasileira e a importância de defender seus princípios, algo extremamente importante no momento em que estão sendo atacados.

As distorções e usos que foram e continuam sendo feitos da genética, como campo científico, transformando-a em instrumento de legitimação de processos segregacionistas, racistas, chegando ao limite da eliminação física de pessoas e grupos étnicos, instrumento de legitimação de práticas ditatoriais e de processos que patologizam a vida, foram discutidas por Victor Penchaszadeh, médico, especializado em pediatria, genética médica, saúde pública e bioética médica:

> Existem dos deformaciones interesadas de la genética que han hecho mucho daño al desarrollo de esta ciencia. Una es el reduccionismo genético, que sostiene que la principal explicación de la salud, la conducta, los fenómenos sociales y los estilos de vida está en los genes, y que los fenómenos humanos pueden reducirse al efecto de genes. La otra distorsión es el determinismo genético, que pretende que los rasgos humanos influenciados por genes son características fijas y poco modificables por cambios en el medio-ambiente físico, biológico y social. Nada puede ser mas falaz que estas afirmaciones, que son hechas sin ninguna base científica ni apoyadas por ninguna evidencia. La realidad, por el contrario nos indica que todas las características humanas (morfológicas y funcionales, físicas y mentales, objetivas y emocionales, salud y enfermedad) resultan de la interacción permanente y la influencia recíproca de factores ambientales y genéticos.

Mas Penchaszadeh foi além das críticas e discutiu também possibilidades da genética como instrumento auxiliar dos direitos humanos, como o projeto em que assessorou as Abuelas de Plaza de Mayo, na Argentina, com a criação do Banco Nacional de Dados Genéticos, que permitiu identificar crianças desaparecidas durante a ditadura militar.

Gisela Untoiglich, docente da Universidad de Buenos Aires e membro do Fórum Infancias, da Argentina, discutiu, com base na história do menino Tobias, as consequências para as pessoas envol-

vidas, para a família, o entorno e toda a sociedade, da apropriação ilegítima de filhos de militantes políticos mortos pela ditadura militar. "Como elaborar uma história que ressignifica todo o passado, que reposiciona todos os participantes em outro lugar, que transforma os supostos pais (em alguns casos, já avós) em usurpadores? Essa não é uma história individual somente, são histórias subjetivas atravessadas por responsabilidades sociais, por um período histórico que as determinou, por um Estado que traiu os cidadãos e teve uma política de aniquilamento de todos os que pensavam diferente".

Luci Pfeiffer, pediatra, com formação em psicanálise, coordenadora do Programa DEDICA — AAHC (Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Associação Amigos do Hospital de Clínicas da UFPr), discorreu sobre tema extremamente delicado e violento: crianças e adolescentes em situação de violência, situação frequentemente negligenciada e desapercebida pelos profissionais de saúde. "As marcas podem estar à nossa frente, fáceis de ver, mas, às vezes, estão nas histórias e como é difícil podermos ter gente que escute realmente as crianças, que saiba interpretar os sinais e o que elas nos contam às suas maneiras. Não se tem tempo. Hoje se exige um comportamento uniforme, todos têm que seguir as mesmas normas, em que a suspeita da doença violência não está contida".

Na mesa "Táticas de produção e sustentação do humano em nós: por uma rede de cuidados despatologizantes", novamente aconteceu uma interação quase mágica entre os palestrantes: Daniel Becker, pediatra, autor do *blog* "Pediatria Integral"; Lígia Moreiras Sena, bióloga, doutora em farmacologia e em saúde coletiva, autora do *blog* "Cientista que virou mãe"; Nelson Aldá, filósofo, que trabalha há anos com crianças e adolescentes, vinculado às Varas da Infância e Juventude e à OAB; Carla Biancha Angelucci, psicóloga, doutora em psicologia social, com grande experiência no campo da educação especial. Repensar o discurso científico. A serviço de que e de quem ele está, quando não reconhece e sustenta a humanidade em nós, quando reifica profissionais e usuários, quando deixa de ouvir as pessoas. Quando deixamos de nos interessar pelas pessoas, deixamos de

perceber que há outras possibilidades de intervir, quando deixamos de ser sujeitos do trabalho e no trabalho. Quando a técnica reifica a relação, ela está reificando, coisificando não apenas a pessoa atendida, mas também o profissional.

Marcelo Viñar, psicanalista uruguaio, reconhecido internacionalmente por sua luta pelos direitos humanos, nos faz pensar sobre a disponibilidade dos seres humanos para as mudanças, o que constitui um umbral diferencial entre a inteligência animal e a condição humana, segundo ele, embarcada no furacão da história:

> Me asombra e ilumina esta disponibilidad de la especie humana para el cambio, en su contraste con la constancia o fijeza de las demás especies vivientes donde el cambio (si ocurre) es un acidente no una constante como en nuestra especie. Una abeja o una hormiga son semejantes a sus tatarabuelas. Nosotros nos parecemos o diferenciamos de ellos en una multitud de rasgos, de tal diversidad y complejidad que nos invita a la interrogación. Diversidad en la genealogía y diversidad en los perfiles culturales. En esto reside nuestra grandeza como especie.

Encerrando o evento, Alvaro Diaz Berenguer, médico, professor na Universidad de la Republica, no Uruguai, discorrendo sobre a constituição da medicina como campo científico, abordou possibilidades de atuação do médico que atuem no sentido de despatologizar a vida: "Las enfermedades estigmatizan, esto es, causan vergüenza, y quitan el honor. El poder que usa el médico contra el Mal, no debería dirigirse solamente a los fenómenos biológicos sino también a quitar la vergüenza y devolver el honor, porque ese poder permite mantener al individuo enfermo incluido entre sus semejantes, inserto en su mundo, en su entorno, protegido, esperanzado".

Temos certeza de que este Fórum, Construindo Vidas Despatologizadas, com todos os vídeos das palestras disponibilizados na internet, culminado com a publicação deste Caderno PENSES, constitui material riquíssimo sobre temas tão relevantes

quanto polêmicos, abrindo novas possibilidades a todos que se disponibilizem a reinventar suas práticas e concepções sobre o ser humano e sobre a vida.

PARTE I

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

MARIA APARECIDA DO ROSÁRIO – Pedagoga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com especialização em violência doméstica pelo Laboratório de Estudo da Criança da Universidade de São Paulo (USP). É deputada federal pelo Partido dos Trabalhadores desde 2003. Foi ministra-chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República entre 2011 e 2014.

O TRABALHO em direitos humanos não pode ser um trabalho governamental, tem que ser um trabalho de todas as instituições, de cada cidadão e cidadã, é uma mudança cultural necessária, e, quando está sendo realizado um fórum como este, que trata de direitos, direito à saúde, direito a viver sem a pressão de uma sociedade inteira pelo sucesso, pela disputa, quando pensamos nas crianças, nos jovens ou nas pessoas de todas as idades, tudo está engendrado e precisa ser percebido com base naquilo que nós acumulamos como humanidade e como democracia no nosso continente.

O nosso continente já foi marcado de forma tão perversa pela conexão entre as ditaduras. Hoje temos aqui chilenos, uruguaios, e

nós, brasileiros, estamos, talvez, começando a trilhar um caminho na área de memória, verdade e justiça como um direito; um nó na agenda de direitos humanos, que, desfeito, pode nos fortalecer também como sociedade na defesa de todos os demais direitos. Eu participo deste encontro como quem vê esse tema integrado ao que nos orienta quando falamos em direitos humanos. Toda a referência das democracias atuais, que são democracias constitucionais do Estado Democrático de Direito, é uma referência de direitos humanos. Mesmo a nossa Constituição sendo de 1988, é a primeira a incorporar os princípios de direitos da Carta de Direitos Humanos de 1948. Nós tivemos 40 anos de negação em termos de afirmação dos direitos humanos, com pequenas janelas democráticas de coincidência com os compromissos internacionais do Brasil. A partir de 1993, com a II Conferência Nacional de Direitos Humanos, em Viena, estabeleceu-se como princípio para direitos humanos a universalidade; portanto, todos os humanos têm seus direitos, e o preconceito não pode existir em nenhuma medida, porque ele é a essência da violação. Além da universalidade, a indivisibilidade, que é sobre o que vamos dialogar aqui ao longo destes três dias, vamos debater saúde, direito à saúde como Direito Humano, despatologização, medicalização, profissões diferenciadas e seu vínculo, porque estamos tratando de um ser que traz todos os elementos constitutivos em si, elementos da humanidade que se concentram em cada pessoa. A identidade de cada ser humano não é apenas o que aparece na cor da sua pele, na sua cultura, no lugar onde nasceu, onde vive, no idioma que fala, na sua identidade de gênero ou sexual. As nossas identidades são múltiplas na era em que vivemos. Reconhecer a complexidade em cada ser humano é dialogar com a diversidade, que necessita ser permanentemente protegida como um valor na própria humanidade.

Eu digo a vocês que hoje estamos trabalhando com o princípio da indivisibilidade, da universalidade, da inviolabilidade da pessoa humana, da dignidade da pessoa humana. Nos próximos dias, ao ouvir cada palestrante debatendo sobre cada tema, pensem que estamos trabalhando a dignidade humana, o direito de decidir, o direito de não

se transformar numa peça de consumo, o direito de viver mais devagar, de pensar sobre o que nos faz felizes, e não apenas em responder às expectativas institucionais da escola, do sistema de saúde, da televisão, do programa da moda, das estruturas que posicionam os corpos e os indivíduos com base em uma sexualidade produzida não pelo seu desejo real, mas pelos desejos que são produzidos como sexualidade também consumida. Todos esses elementos tratam dos direitos humanos. Este encontro trata da afirmação de um modo de ser e de viver no mundo contemporâneo, baseado numa identificação, numa constatação de que não há limites estabelecidos, claros, no âmbito dos programas das Políticas Públicas, mas, principalmente, numa perspectiva ética para o processo de patologização no qual todos nós estamos inseridos, quer utilizemos alguma substância ou não. Como vivemos de forma integrada, todos estamos mediados pela oferta e pela falta de determinadas substâncias que se banalizam no dia a dia da escola e da vida das pessoas.

Para enfrentar uma circunstância de dependência química, quanto de medicalização é produzido? Para enfrentar o insucesso diante dos padrões estabelecidos previamente para as crianças e os jovens, quanto se produz em busca de responder às dúvidas sobre um tempo tão natural de existir? A juventude, a adolescência, o contato com seu próprio corpo, o autoconhecimento, as decisões sobre sua sexualidade, questões que não são médicas e que passam a ser, que não estão no âmbito do sofrimento e passam a ser tratadas como sofrimento. Não se dá o direito, não temos mais o direito a um dia de tristeza, a uma alegria exacerbada, a dúvidas, a um tempo para nós mesmos, para ficarmos sozinhos, tudo está diagnosticado, tudo está catalogado como se as emoções humanas pudessem ser permanentemente tratadas, e como se isso fosse ser positivo para cada pessoa no encontro ela própria. Portanto, isso, de fato, não se encontra, no meu ponto de vista, em cada indivíduo, mas em uma pressão incrível sobre o modo de viver e de consumir da nossa era, uma era em que consumir significa a busca incessante do além no consumo, significa adesão a padrões de vida que não são coerentes com aquilo que verdadeiramente nós

construímos, algo que nos faça felizes por mais tempo que aquela compra ou aquela visita ao *shopping* naquele momento.

Minimizam-se, com a atitude médica ao longo dos anos, com a atitude no âmbito da biologia, da química, da genética, tantas vezes, normalizam-se os indivíduos, os grupos sociais e se diz o que é bom e o que é ruim, o que é positivo e o que não é, como sentir algo que possa ser considerado adequado em determinada idade, seja uma menina aos 14 anos, aos 17, aos 20, uma mulher aos 30, aos 40 e aos 50 anos, e sem dúvida, considerando que esse procedimento todo ocorre ainda mais na subjetividade feminina, nas dimensões de gênero, com o próprio controle dos corpos femininos, como algo que a agrada ou não, que está posicionado não para si, mas como parte dessa própria pressão sobre o consumo. A medicalização é, como vocês sabem, e nós somos convidados a debater, o processo pelo qual se transformam questões não médicas em médicas. Questões que não estão na ordem dos distúrbios, dos transtornos e das doenças.

Vê-se uma caminhada que se produziu no âmbito da Psicologia e no âmbito da Organização Mundial de Saúde para desdobrarmos as questões relacionadas à orientação sexual de qualquer vínculo com dimensão patológica. Vejam a pressão que tivemos ao longo de 2013 no âmbito da política, que é lugar de normatização também, de normatização dos corpos, das posturas, dos posicionamentos. Para afirmar-se foi preciso uma resistência fortíssima do Conselho Federal de Psicologia e um trabalho espetacular de resistência da própria sociedade para não permitir a ideia de cura de homossexuais e de transexuais, uma cura prevista diante do discurso subliminar, nem sempre escondido, da dimensão de orientações sexuais como doenças, porque o que prevê cura, o que se coloca em uma perspectiva de patologização é aquilo que é reconhecido como doença. Trata-se, portanto, de enfrentar essa lógica; do ponto de vista da orientação sexual, a lógica de que o que não é heteronormativo é patológico, ideologia que se tentou mais de uma vez estruturar com o desconhecimento ou o debate ideológico sobre os corpos e seu posicionamento no âmbito da Câmara dos Deputados e em vários Projetos de Lei, o que se tenta neste momento também.

Vejam o que vivenciamos no âmbito da saúde, quando ficam esmaecidos os contornos entre a vida dos indivíduos e as pressões sociais econômicas, e tudo passa a ser algo a ser tratado no ambiente da culpa e da responsabilidade individual, mais da culpa, talvez, do que da responsabilidade. Uma parcela grande das pessoas que sofrem violências se sente culpada pelo sofrimento, se sente culpada pelo incômodo que representa, porque essas pessoas se sentem pesadas diante do mundo, sem conseguir superar isso, e são levadas a um emaranhado de circunstâncias, com efeitos colaterais dos mais diversos, para os quais nem sempre foram alertadas no início, quando lhes foi prometida a cura imediata e instantânea dos seus males por uma pílula ou outra. Vejamos as crianças com dificuldade de aprendizagem, dificuldades na matemática, que muitos de nós tivemos, algo absolutamente corriqueiro para os educadores, mas agora, na verdade, cedemos à medicalização, aos Departamentos, que agora já não criam classes separadas, mas puxam todos os dias as crianças e os adolescentes de dentro da sala de aula e reclamam que eles caminham demais pelos corredores, conversam muito, não param quietos e, portanto, precisam ser contidos. Contidos para que sentem em suas classes e para que se cumpra uma pedagogia completamente destoante do mundo da comunicação instantânea, da rapidez da informação e de todas as coisas que lhes chamam a atenção permanentemente. A falência da educação, a falência pedagógica, é justamente abrirmos mão de tratar do conhecimento, da sua produção, da sua construção, do diálogo necessário para sua formação e cedermos a soluções falsas de problemas no âmbito da Pedagogia, orientados por indicações de que essas crianças estão doentes, de que elas têm distúrbios, de que elas têm transtornos. A cada dia, são vistas como transtornadas, carimbadas, excluídas, sem receber apoio no âmbito de suas famílias também, porque não são raras as crianças, no âmbito das escolas particulares, que dizem: "Eu preciso de medicamento, porque sem o medicamento eu não consigo ser aquele que atende e resolve as expectativas da minha própria família".

As famílias buscam nos dias atuais, no âmbito das famílias com maior poder aquisitivo, não apenas um filho, que certamente amam muito — não duvido em nenhum momento da capacidade de amor e de cuidado —, mas, além do amor, além do cuidado, buscam um filho que possam exibir, um filho que tenha boas notas, um filho que atenda às expectativas de aparecer diante do seu meio social como aquele que é capaz do sucesso, do que as pessoas consideram sucesso: as notas; a meritocracia; o tamanho da resposta que dá nos desafios de uma prova do Enem; o vestibular; o ingresso na Universidade; a classificação que aquele jovem teve. Se as classes médias têm essa pressão, nas camadas populares, com as marcas da miséria extrema e da fome superada por muitos — não por todos, porque estamos na travessia de inclusão no nosso país não concluída —, a presença das crianças nas escolas, como um direito democrático fundamental, começa a nos preocupar com questões importantes. Só quem supera a base principal dos desafios, de pensar no almoço de hoje, no jantar de hoje, consegue pensar no amanhã. Nós estamos construindo, como nação, um projeto de desenvolvimento que assegura às pessoas pensarem no dia de amanhã, pensarem além do hoje, terem planos; os planos estão nos seus filhos, mas quando seus filhos brincam na escola, quando não ficam sentados na sala de aula, quando se empurram no recreio, porque estão testando os próprios corpos — meninos e meninas se empurram —, quando escrevem nas paredes dos banheiros aquilo que não pode ser dito na sala de aula, aquilo que é maldito, quando tudo isso surge para essas crianças, logo alguém pensa "eles precisam dos medicamentos, então eu preciso que a rede pública ofereça esses medicamentos, porque aqui há um tipo de exclusão"; a exclusão que hoje já se reivindica que seja superada é a exclusão dos medicamentos, a exclusão de ser considerado também na perspectiva patológica.

Podem ter certeza, nós não estamos lidando com algo simples, porque o saber, o conhecimento com qual se estabelece e se difunde essa perspectiva é aquilo que Foucault nos indica quando fala que a partir da Revolução surgiu a Medicina como um mito, e a Medicina como

um mito organizou-se, de acordo com a perspectiva de Foucault, como algo que se assemelha ao clero. A Medicina assumiu a ideia da saúde do corpo, mas de um saber legitimado. O clero permanecia exercendo poder sobre a saúde das almas, as religiões, mas será que a especialização que produzimos, nas mais diversas áreas do conhecimento no âmbito da saúde, em alguma medida já não unifica e trata isso como corpo, como alma? De forma integral, mesmo que fragmentada, com o saber médico, com a especialização psiquiátrica, as instituições totais, a necessidade de superarmos os manicômios, vivenciamos outro tipo de instalação manicomial, em outros padrões, tais como comunidades terapêuticas. Hoje o que está ainda, no meu ponto de vista, absolutamente atual e a ser renovado e discutido na perspectiva de Foucault, quando ele fala desse mito, é que algo que é mito está além da possibilidade de desfazermos, está além do senso comum, está constituído como um saber. Como posso não dar à minha filha de 14 anos um medicamento que é indicado na escola como necessário e prescrito pela autoridade no âmbito da saúde, sendo que eu olho como dona de um saber que eu não tenho?

Quanto mais o conjunto de áreas da saúde e de suas especializações tratam e indicam esse caminho e se especializam, menos cada um de nós tem conhecimento sobre o próprio corpo. Alguma coisa as mães antigas sabiam de si; talvez alguma coisa nós soubéssemos de nós, até gerações anteriores, do que nós sentimos, de como nos sentimos diante de um determinado padrão alimentar, das reações que tínhamos num período de tensão pré-menstrual, da condição feminina anterior à menopausa, das circunstâncias de ser homem ou de ser mulher em cada momento da vida, de sermos meninos e meninas, enfim, algumas coisas nós sabíamos sobre nós, mas, talvez, na medida em que nos especializamos, e tiramos de nós também, e criamos um modelo externo de saber sobre os nossos corpos, nós não nos conheçamos mais e terceirizemos completamente o conhecimento sobre o que nós sentimos, sobre os nossos sintomas. Temos cada vez mais dificuldade de perceber aquilo que sentimos nos nossos corpos e aquilo que sentimos como espírito, como subjetividade; as perdas,

os amores que não se concretizam, as dores que nós temos, os filhos que se vão, a casa que fica vazia quando eles crescem, o processo de envelhecimento, cada momento diferente da vida é necessariamente diferente para ser vivido também.

Eu quero dizer a vocês que nós estamos desafiados a pensar o que são relações saudáveis, e a escola, por excelência, é um espaço de normalização, um espaço que ao longo de toda sua história implantou os hábitos, as rotinas, transmitiu conhecimentos, desvalorizou conhecimentos também, estabeleceu uniformes, padrões, disse o que era certo e errado, qual era a distribuição espacial, como as crianças deveriam sentar, como deveriam levantar a mão, como deveriam pedir para ir ao banheiro, como deveriam se comportar, qual a hierarquia fundamental. A escola operacionalizou normas determinadas de racionalidade e subjetividade e produziu um tipo de infância e construiu um discurso pedagógico classificando as crianças, separando as crianças e estabelecendo também uma infantilização da infância, uma tutela absoluta, como se eles não tivessem o que nos dizer, como se nunca houvesse algo de relevante no que as crianças nos dizem, no que os adolescentes nos dizem. Eu acredito que no período atual nós produzimos, de forma ainda mais aguda, alguns elementos de desempoderamento das crianças e dos adolescentes pela via da patologização, em vez de construirmos uma perspectiva pedagógica participativa que escute as crianças, os adolescentes e os adultos, com suas vivências, e que construa efetivamente um protagonismo dessas crianças e desses jovens sobre seu mundo e seu meio; nós construímos barreiras permanentes para que não sofram, para que não vivenciem, para que tenham sempre mediados os seus dramas, de forma que talvez estejamos elaborando menos os nossos sentimentos e precocemente nos protegendo de circunstâncias que também transformam adultos em pessoas menos respeitosas da diferença, do insucesso, do outro que é diferente.

Eu gosto de Bauman quando diz que a sociedade contemporânea produz os seus estranhos. Ao longo do trabalho em direitos humanos eu pude vivenciar isso, em várias intolerâncias, inclusive com os de-

fensores de direitos humanos, aos quais eu me somo como atingida pela intolerância também, por exemplo, quando enfrentamos a tortura existente nas delegacias e nos presídios nos dias atuais; nós somos atingidos como aqueles que defendem os bandidos, exatamente o contrário, porque nós defendemos a Lei, e a Lei é clara, o princípio da Lei não é um princípio de vingança, é o princípio do cumprimento de normas e da universalidade de direitos. Quando entrei em instituições socioeducativas de adolescentes, nos anos 1990, e lamentavelmente também ao longo dos últimos dois anos, me deparei com a realidade dura, em alguns motins no meu estado, Rio Grande do Sul, e mais recentemente em outros lugares do Brasil, de encontrar, na visita de inspeção da área de direitos humanos com a sociedade civil, adolescentes que não tinham mais a necessidade de uma grade, não havia mais uma grade, havia algemas químicas, ou seja, dopa-se alguém até o ponto em que não há nenhuma reação nas instituições fechadas. Estabelece-se uma medicação em alguns lugares do Brasil, e isso tem sido enfrentado pelos organismos de direitos humanos do país, pelo próprio Ministério Público, onde a prescrição é dada previamente, as receitas ficam guardadas, e ali é definido "se necessário"; "se necessário", o plantonista aplicará esta e aquela medicação; "se necessário" pode significar para um, alguém que se batia e colocava em risco a sua própria vida, ou alguém que respondeu de uma forma inadequada e não baixou os olhos em uma fila, porque isso estava estabelecido na norma e no regulamento daquela instituição. Como nós devolvemos essas pessoas ao convívio? Mais de 80% dos adolescentes em conflito com a Lei no Brasil já vivenciaram ou chegam a essas instituições com histórico de dependência química, lícita ou ilícita, o abuso de álcool, de drogas, e como nós ainda os tratamos nessas instituições?

Ainda que tenhamos profissionais com capacidade, vontade e coerência, e orientados com a clareza de que precisam enfrentar essa lógica das algemas químicas, da tortura e dos maus-tratos, a sociedade aqui do lado de fora diz o que sobre o conjunto dessas instituições? É a lógica do quanto pior, melhor, num ledo engano, num engano brutal, lamentavelmente, todos os dias repetido nos meios de comu-

nicação, que tentam e conseguem afastar aqueles que mais podem se beneficiar de princípios humanistas no plano do Direito, da defesa dos direitos humanos, quando a atitude de fora para dentro das instituições é, invariavelmente, a de exigir mais violências, mais torturas, mais punições, como se nessas características pudéssemos inverter a lógica da violência do lado de fora, aqui onde nós vivemos. O que, ao contrário, ocorre é que aqui nós produzimos mais violência a partir da violência estruturada nessas instituições.

Em Sorocaba, fizemos um trabalho conjunto com o Ministério Público, com os Conselhos de Psicologia e de Serviço Social, com a área médica consciente para enfrentarmos um núcleo de manicômios, absolutamente severo e violador dos direitos, onde encontramos pessoas sem referência de documentação, sem certidão de nascimento, outras que foram morrendo ao longo dos anos, sem que isso fosse devidamente notificado e estabelecido diante das autoridades, pessoas que deveriam estar ali dentro e não encontramos. Os horrores, portanto, sobre os quais Foucault nos alerta em *Vigiar e punir*, não mais do suplício público, mas de um outro tipo de suplício, que é a possibilidade de não reagir, porque não se sabe o que a pessoa quer fazer, se ela não pode mexer seus membros, se ela não pode gritar; não se sabe qual o sentimento de quem se encontra impedido de uma reação, impedido de ser como é pela banalização do uso de medicamentos. É certo que não estamos tratando aqui daqueles diagnósticos em que há absoluta necessidade de que sejam ministradas substâncias farmacológicas. Mas, sem dúvida, é preciso pensar: Por que nós estamos diante da segunda maior indústria em faturamento no mundo, que é a indústria farmacêutica? E pensar se as pressões que vivenciamos no nosso cotidiano não estão associadas mais ao consumo e à nossa participação nesse mercado consumidor do que, objetivamente, a encontrar soluções efetivas para os dramas que vivenciamos, que não se encontram nas próprias pessoas, mas sim na pressão que essas pessoas sofrem e na capacidade e na condição de podermos ajudá-las a superar essa situação. Portanto, eu quero dizer a vocês que o mais importante é buscar alternativas que percebam a dimensão humana

na sua pluralidade, que não transformem todos os dramas em patologias, todas as dores em algo que dependa de um médico ou de outro profissional da área de saúde.

Durante um tempo, os ortopedistas procuravam corrigir os pés de todas as crianças e determinavam que usassem certas botinhas, e a troca dessas botinhas pelos pés descalços, pela possibilidade de correr livre, de subir em árvores, de se misturar às brincadeiras em que todas as possibilidades de desenvolvimento estivessem mais igualitariamente asseguradas aos meninos e às meninas, salvou as crianças de terem seus pés e pernas aprisionados. Por um largo período, como a professora Cecília e a professora Maria Aparecida indicam, as crianças foram enfaixadas para terem um determinado padrão de pé, devido a uma crendice, colocada como saber, e isso também caiu num absoluto desuso, mas as crianças morriam quando se apertava a moleira por um determinado momento. Os temas da sexualidade garantiram separarmos, na modernidade, a vida infantil da vida adulta. Nós temos que nos perguntar e questionar, em alguma medida, autores como Postman e outros, que nos falam do fim da infância, recuperando, com a sexualidade, as fronteiras que devem existir como protetoras do que é ser criança e do que é ser adulto, porque há um "borramento" dessas fronteiras presente, há algum tempo, no processo de pedofilização cotidiana e constante, nos meios de comunicação, na arte, ou pseudoarte, porque arte é cultura em todos os sentidos — o que devemos questionar também, porque não está acima do bem e do mal.

As questões de direitos das crianças no âmbito de Direito não podem ser relativas, elas têm que ser absolutas, quando as defendemos. Portanto, se a era atual é a era dos direitos, é também uma era em que nos deparamos com novas violações da infância e dos seres humanos em todas as idades, das mulheres e das sexualidades. Apesar de eu ter muitas dúvidas, eu não tenho dúvida de que é fundamental recuperarmos as fronteiras entre a infância e a vida adulta no âmbito da sexualidade e recuperarmos também as fronteiras entre o que é infância e vida adulta no âmbito da patologização.

Há uma necessária diferença a ser pensada, porque se os processos de patologização são como banalização e transformação dos comportamentos em diagnóstico de doenças, e isso significa algo complexo e difícil de ser enfrentado nos seus efeitos na vida adulta, na vida infantil é o efeito devastador de uma geração. A banalização medicamentosa é devastadora da capacidade de uma geração em constituir-se com seus sentimentos verdadeiros, com seus medos, com seus contos de fadas, com aquilo que a constitui. Para tratar os nossos dramas, nós precisamos nos encontrar com seres reais. Nós precisamos de um olhar, nós precisamos recuperar a confiança. Quantas crianças não confiam mais nos adultos porque são vítimas desses adultos? A capacidade de confiar das crianças vai se desfazendo, à medida que os adultos não as atendem, não as escutam, não as compreendem e não lhes conferem poder relativo ao que elas nos apresentam.

Por isso eu quis participar deste encontro. Eu gostaria muito de poder ouvir o conjunto de apresentações que serão aqui realizadas. Espero que boa parte das questões que apresentei seja totalmente desequilibrada, porque diante de vocês eu não me apresento com muitas certezas, mas com uma pista de que nós devemos nos voltar para a educação, no sentido de recuperarmos a dimensão pedagógica da educação. O nosso principal desafio na educação é encontrar processos pedagógicos que respeitem a diversidade de infâncias e de juventudes com as quais convivemos no nosso dia a dia, no que diz respeito à aprendizagem e à construção das suas identidades e no que diz respeito às diversas áreas profissionais com as quais a escola não pode deixar de ter um diálogo proveitoso e positivo para as crianças, para os alunos, para os jovens de um modo geral. Outro desafio é fazer com que os saberes sejam igualados em poder; que, no âmbito da Pedagogia, não nos seja colocado o saber da Medicina, o saber das áreas médicas, ou dos conhecimentos do ambiente de saúde, como roteiro a ser seguido, mas que nós possamos influenciar, como aqui eu vejo que o trabalho das professoras Cecília e Maria Aparecida me parece que constitui uma síntese de diálogo entre a educação e a dimensão do direito à saúde. A educação como direito é a porta, é

o acesso; a educação é um direito em si e o caminho para todos os direitos, como caminho para o autoconhecimento e a participação na sociedade. A dimensão de saúde é fundamental como um direito também, para podermos nos estruturar sem intervenções, mas com a possibilidade de elaborarmos todos os medos que nós mesmos temos, como profissionais, inclusive do nosso insucesso, da não aprendizagem, da ausência de respostas, porque nós também estamos pressionados a ter todas as respostas. Nós não temos! É hora de este país, ao lado dos demais países, e especialmente pensando numa perspectiva universal e interdisciplinar de direitos humanos, articular e buscar de forma integrada essas respostas. Muito obrigada.

PARTE II

CONFERÊNCIA – "A QUEM SE ENSINA? QUEM APRENDE? A (IN)VISIBILIDADE DA INFÂNCIA NO COTIDIANO ESCOLAR"

MARIA TERESA ESTEBAN – Pedagoga pela Universidade Federal Fluminense, mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense, doutora em Filosofía y Ciencias de La Educación pela Universidade de Santiago de Compostela com pós-doutorado na Universidad Nacional Autónoma de México e na Universidade do Minho. Atualmente é professora da Universidade Federal Fluminense.

ANTES DE entrar na universidade, eu fui professora alfabetizadora e, quando passei a ser professora universitária, continuei trabalhando com as minhas pesquisas sobre esse período do processo de escolarização. Eu venho trabalhando mais diretamente com a questão da avaliação da aprendizagem, porque acho que muito da conexão das ações da escola com a produção do fracasso escolar vem por aí. O processo de avaliação vai dizendo quem é o quê, que valor tem e como pode fazer o percurso escolar. O nosso processo de avaliação, tradicionalmente, é um processo muito mais de nomear e classificar

as pessoas de acordo com seu desempenho do que de ir conhecendo, compreendendo o processo pedagógico e contribuindo para que todos aprendam. São duas perspectivas diferentes e me parece que, lamentavelmente, a primeira é que está mais consolidada, não só no cotidiano escolar, mas no modo como as pessoas pensam a respeito da avaliação.

Nesse contexto, trago como proposta discutir a quem se ensina, quem aprende, e esse jogo de (in)visibilidade da infância no cotidiano escolar. Quem é essa criança com quem nós estamos trabalhando todo dia na escola? Então, eu trago algumas situações vividas na escola, e também o discurso oficial sobre a avaliação das crianças nessa etapa inicial da escolarização. Obviamente, esse não é o único discurso da escola, mas é um discurso bastante importante na escola.

A primeira situação é uma reunião de professores, no mês de fevereiro. Aquela primeira reunião em que estamos recebendo nossas turmas, tendo algumas informações sobre elas. É importante dizer que no Estado do Rio de Janeiro, em geral, as redes municipais trabalham com o primeiro ciclo do Ensino Fundamental de três anos, não havendo possibilidade de reprovação no primeiro e no segundo ano; a criança só pode ser reprovada no terceiro ano, que é quando ela tem aproximadamente oito anos. Muitas vezes há uma grande expectativa que esse terceiro ano chegue logo para que as crianças enfim possam ser reprovadas. Há, por sinal, uma conversa, eu não quero generalizar, claro, mas estou sinalizando uma situação bastante comum, que é, no segundo ano, dizer para a mãe: "Olha, você não se preocupe, porque ele vai passar para o terceiro ano e no terceiro ano ele vai poder ser reprovado." Nós ficamos todos muito tranquilos com reprovação no terceiro ano e o que observamos é um deslocamento dos índices de reprovação do primeiro para o terceiro ano; não sempre, mas com muita frequência.

Então, uma professora, nessa primeira reunião, recebe uma turma de terceiro ano, acho que tinha em torno de 30 alunos, e ela queria reduzir o tamanho da turma. Na conversa a esse respeito, a pedagoga ia dizendo: "Não é possível, porque para reduzir o número de alunos

algumas crianças vão ficar sem aula. Elas já estão matriculadas, elas já fazem parte dessa turma, não tem possibilidade de mandarmos essas crianças para casa. O módulo é de 30." Esse era o sentido da conversa. No fim ela diz: "Bom, então deixe na minha turma só as crianças normais". Essa é a primeira fala que eu queria trazer para pensarmos como é que esse discurso vai entrando no cotidiano da escola. Não sei se é uma informação significativa, essa professora tem uma graduação em Fonoaudiologia. Não quero generalizar, mas, talvez, se fosse uma professora com outra formação que fizesse o mesmo discurso, tivesse outro efeito. É uma professora das séries inicias, fez concurso para esse nível de ensino. Porém ela traz todo um discurso em torno da necessidade do tratamento de determinadas crianças que não aprendem a ler, um discurso muito mais consolidado, porque é amparado em um conhecimento reconhecidamente científico e mais válido do que os que são elaborados no âmbito da Pedagogia.

O segundo relato é um pouco mais longo. É a história de um menino, também do terceiro ano — eu vou me concentrar muito no terceiro ano pelo motivo que eu disse: trata-se do momento em que se começa a viver mais efetivamente a reprovação, e, portanto, esse discurso ganha mais intensidade. Ele já está há três anos na escola, não domina o código escrito, mas é um menino assíduo. Aí temos as informações que a escola vai dando: a mãe é muito jovem e analfabeta; na certidão de nascimento não consta o nome do pai, embora haja para ele alguma referência à figura paterna; um homem que não consta como pai, mas a quem o menino chama de pai, é a pessoa que faz a matrícula, que a renova, que vem à escola. Esse dado tem certa importância, porque na escola há um discurso muito forte em torno da não aprendizagem das crianças em decorrência da desestruturação das famílias, o que vai levando à configuração de um discurso no sentido de que essa criança desenvolve patologias, que não sabemos muito bem quais são, em função de uma família desestruturada. Essa discussão em torno da existência ou inexistência do pai é uma questão relevante no modo como a escola olha para esse menino e como explica a suposta deficiência de aprendizagem dele. A família desse

menino é contemplada com o Bolsa Família, o que também é uma informação relevante, porque vai dizer do nível econômico da sua família. Uma observação: nessa escola especificamente, onde eu realizo a minha pesquisa, em torno de 40% das crianças são de famílias que recebem Bolsa Família. Então, estamos falando de um grupo, ao qual esse menino pertence, com condições econômicas, sociais, ou seja, de vida, bastante precárias. Como parte desse contexto, o menino havia sido uma das crianças identificadas com baixo peso, baixa estatura, em uma avaliação nutricional feita pela Fundação Municipal de Educação. A partir de então, recebia uma complementação na merenda, por conta dessa carência alimentar. Nós vamos vendo, então, uma criança com todas as explicações para não aprender. Vai ficando muito fácil explicar por que ele não aprende, e nenhuma das explicações vai levar em consideração o tipo de trabalho pedagógico que é feito com ele. As explicações são sempre dadas por elementos externos à escola. Elementos externos que provocam algum "tipo de doença" que não sabemos muito bem qual é: alguma síndrome, algum distúrbio, alguma lesão, alguma impossibilidade que nós não sabemos nomear muito bem — às vezes até achamos que sabemos —, mas que é sempre em função de ações externas que produzem a impossibilidade de uma ação efetiva da escola com esse menino.

Quando o menino estava no primeiro ano, no segundo semestre letivo, a professora, um dia, na reunião com professores, me perguntou: "Mas o que eu faço com o João?". E eu respondi: "Eu não sei, eu não conheço o João; estou ouvindo o que você diz a respeito dele, mas eu não o conheço. Você me autoriza a ir à sua sala para ver o João na sala de aula?" Ela me autorizou. A única coisa que ela pediu foi que depois eu não comentasse o que eu vi na sala de aula dela na escola, que eu comentasse apenas com ela, o que eu acho legítimo, na medida em que nem tudo é para ser explicitado. Então, eu fui à sala, e encontrei uma criança completamente invisibilizada pela professora e pela escola. Também não quero trazer essa professora como uma má professora; ela expressa um modo de compreender o processo pedagógico, um modo de olhar para a criança que não faz dela

uma professora pior do que tantas outras; é uma professora que vai trazendo para a sua sala de aula os conhecimentos que estão circulando com grande intensidade na sociedade.

Eu vejo uma criança que não é vista pela professora e, portanto, já está de certa forma deslocada daquele movimento. No entanto, eu vou olhando e vou percebendo que o menino é muito atento ao que é proposto, até mesmo com muito interesse por aprender a ler e a escrever. Duas situações que aconteceram nesse pouco tempo em que fiquei na sala me levam a essa conclusão: Primeiro, a professora propõe uma atividade para todas as crianças, menos para ele, e diz qual seria a atividade dele, começando imediatamente a procurar o material que ele usaria — uma caixa com tampas de garrafas, tampas de plástico coloridas. Ela começa a procurar e ele está sentado, olhando, e ela não acha, de repente, ele fala baixinho: "Está no armário". Realmente, a caixa estava no armário, ela havia pegado a caixa, aquela coisa automática que fazemos, outra criança a chamou pedindo alguma orientação, ela colocou a caixa no armário, foi atender a criança e esqueceu, o que vivemos fazendo. O menino estava atento, ele viu o que aconteceu e sabia onde estava a caixa; ele já devia ter feito aquilo tantas vezes que antes de ela dizer o que fazer, ele já sabia o que tinha que fazer e já estava fazendo. Eu encontro uma criança atenta ao trabalho e capaz de aprender.

Na hora no recreio, eu comecei a conversar com o menino e ele não quis merendar e brincar, ficou no quadro brincando comigo de escrever o nome dele, o nome do irmão, o nome da irmã, das pessoas da família; eu escrevia, ele dizia uma letra, eu colocava e víamos se era ou se não era. Então, eu encontro uma criança capaz de aprender, atenta ao que é proposto e interessada na aprendizagem da leitura e da escrita. No entanto, todos esses elementos são bastante invisibilizados na escola, em razão de uma compreensão que se tem desse menino que dificulta que ele seja visto como é, na medida em que não corresponde ao padrão do que ele deveria ser. Vai sendo produzida uma criança que não existe, ou várias crianças que não existem. A criança do padrão não existe, e aquela criança que existe também

deixa de existir, então vamos trabalhando com o discurso em torno de pessoas que não existem e, portanto, fica muito difícil estabelecermos qualquer tipo de relação de aprendizagem, de vida entre sujeitos que, de certa forma, não existem. Uma questão também interessante é que ele é considerado na escola como um aluno portador de necessidades especiais "sem laudo". Existe essa categoria nas escolas, os que têm problema com laudo e os que têm problema sem laudo.

Qual é a diferença entre o com laudo e sem laudo? Isso tem toda uma diferença administrativa. Quando a criança tem laudo, a turma pode ter o número de alunos reduzido; para cada criança portadora de necessidades especiais, a turma vai reduzindo eu acho que um ou dois alunos. Portanto, isso faz uma grande diferença para a professora, se o aluno tem laudo ou não; se o aluno não tem laudo, o tamanho da turma acompanha o módulo normal. Eu trouxe um levantamento, feito em 2013: das 14 crianças classificadas pela escola como portadoras de necessidades especiais, 8 tinham uma observação "aguardando laudo". Vamos vendo como esse discurso vai sendo incorporado nas práticas pedagógicas e tendo um papel bastante importante na orientação de como é que essas práticas pedagógicas se realizam cotidianamente; como é que essas crianças vão sendo percebidas, e que lugar vai sendo oferecido a elas nesse dia a dia, no âmbito das práticas escolares. À medida que as professoras vão observando que essas crianças têm um comportamento diferente do esperado, já as colocam nessa "categoria", que é uma categoria de espera. Não é a escola que vai atuar com elas, é preciso que alguém atue, que restabeleça a normalidade para que a escola possa então integrá-las ao trabalho. Então, aquela fala da primeira professora, que diz: "Então, por favor, só deixa os normais na minha sala", que é um pouco dura, pesada, até violenta de ouvir, na verdade expressa uma compreensão que vai sendo construída, não apenas no âmbito no magistério, mas também dentro de um conjunto de relações sociais.

Eu estou me lembrando de uma situação que me contaram recentemente. A mãe de uma criança pequena, de dois anos e pouco, que usa fralda para dormir, foi à farmácia comprar fralda, e a vendedora

perguntou: "Ah, é seu filho?" e começaram a conversar porque as duas tinham filhos na mesma idade, eram duas mães conversando enquanto uma comprava fralda. A vendedora pergunta: "Mas ele é muito levado?" e a mãe diz: "É, pois é, não para quieto.". Então, a vendedora diz assim: "Você dá um remedinho para ele". A conversa começa com duas mães de crianças que usam fralda, para vermos a idade das crianças. "Não, mas tem que dar um remedinho, porque olha, dando remedinho ninguém aguenta, se não der então, não tem quem fique com ele". Isso é assustador, porque já está se naturalizando a patologização na população. A atendente do balcão da farmácia age como se estivesse dizendo: "Está com dor de cabeça? Tome uma aspirina", ou qualquer coisa assim. É a naturalização da compreensão de que toda criança precisa tomar um remedinho para ficar mais calma, para ficar mais fácil de lidar com ela.

Faço essa referência para ressaltar o inevitável entrelaçamento entre as práticas escolares e as práticas que se instauram na sociedade. Eu quero ter muito cuidado porque não estou nem fazendo uma crítica que desqualifica essas professoras às quais aqui me refiro especificamente e nem quero fazer uma desqualificação da ação do magistério, porque nossa ação está dentro de um contexto mais amplo, que prevê, alimenta e propõe esse tipo de relação.

Eu vou voltar para o menino, que é quem eu trouxe nessa história. O menino tem esse comportamento na escola, a escola entende que ele tem um problema, mas ele não tem laudo. Para pensar as ações das professoras é preciso ver, também, como a Secretaria de Educação atua. As crianças que têm laudo têm uma complementação das atividades pedagógicas em uma sala denominada sala de recursos; as que não têm laudo não podem ir para a sala de recursos. Essa demarcação é relevante, porque a sala de recursos tem jogos, fantoches, brinquedos, ou seja, tem os recursos que toda sala de aula deveria ter. O problema é que, efetivamente, pelo menos nessa rede em que eu faço a minha pesquisa, a grande maioria das escolas tem esse material disponível para todos, em quantidade suficiente para fazer um trabalho pedagógico. No entanto, o próprio trabalho pedagógico não entende

mais que esse seja um material para todos; esse é um material para alguns ou então em "dia de festa": na Semana da Criança, num dia em que queremos fazer um trabalho diferente, na sexta-feira à tarde, por exemplo, "quando ninguém mais aguenta dar aula", então colocam-se as crianças para jogar. Quer dizer, muito distanciado do trabalho pedagógico que é regularmente feito. Então, como é que se trabalhava nessa rede naquele momento: algumas crianças iam para a sala de recursos, aquelas que tinham laudo; as que não tinham, na medida em que a escola justificasse, recebiam uma professora que ia três vezes por semana para fazer um trabalho específico, talvez de reforço escolar, com as crianças consideradas com dificuldade de aprendizagem.

Vamos vendo como esse discurso da patologização vai sendo o tempo todo reforçado. Em nenhum momento se perguntou que tipo de trabalho pedagógico se faz com essas crianças. O que essa criança sabe? O que essa criança aprendeu? O tempo todo nós estamos trabalhando com base numa certeza de que essa criança tem dificuldade para aprender e, portanto, isso é expressão de algum problema que não é de ordem pedagógica nem escolar. Toda essa história começa com uma pergunta: "O que eu faço com o João?". De acordo com o que eu vi na sala com o menino, com o que a professora propôs, com o que ela vinha propondo, eu, então, já que ela havia me perguntado, respondi. Com base nesse contato, eu proponho um conjunto de materiais e respondo a pergunta dela dizendo: "Olha, quem sabe você faz isso, usa esse material.". Eu disse: "Olha, eu sei que estamos muito sobrecarregadas...", o que é verdade, porque trabalhar com duas turmas de crianças pequenas das 7h da manhã às 5h da tarde não é brincadeira, sabemos disso. Então, eu disse: "Olha, se você tiver interesse, a minha bolsista prepara o material e você vê se isso te interessa, se realmente ajuda...". Propus que a minha bolsista de pesquisa produzisse o material por saber da possibilidade de que sua primeira resposta fosse: "não tenho tempo de preparar o material". A minha bolsista preparou o material, que nunca foi usado. Nem houve sequer a discussão sobre se o material serviria, se não serviria. Simplesmente, nunca foi usado. No entanto, no ano seguinte, eu conversei com a

pedagoga da escola e ela resolveu fazer um trabalho pedagógico com esse menino duas vezes por semana. Foi trabalhando no sentido de perceber qual é o processo de aprendizagem desse menino e quais seriam as atividades mais relevantes para ele. Resultado: começamos essa história em 2012, em maio de 2014 ele lê e escreve. Não tem laudo até então, não foi para a turma dos que têm laudo. Na semana passada eu conversei com a pedagoga, e agora a discussão sobre o menino é a seguinte: ele será aprovado ou reprovado? Porque sem dúvida ele aprendeu, mas não aprendeu, segundo a escola, o que deveria ter aprendido para ser aprovado para a outra série.

Essa longa história me parece que vai mostrando que há um jogo de visibilidade e invisibilidade que vai dificultando a relação entre professores e estudantes, e entre os estudantes e entre os professores. O nosso processo vai sendo bastante atravessado por um conjunto de imagens, de percepções, de pensamentos, de identidades, que vão sendo produzidas à margem das pessoas que estão efetivamente ali. Em torno de um discurso que é normativo, que é, por princípio, excludente e que vai em oposição à garantia constitucional que nós temos do direito à escolarização e à educação para todos. Trabalha-se com a ideia de que os sujeitos são diferentes, o que significa que têm direitos a processos de educação diferentes. Porém a diferença se apresenta em seus vínculos com a desigualdade, o que significa que as crianças têm direito a processos de educação diferentes, com qualidades diferentes. A relação entre diferença e desigualdade se sustenta, em grande medida, pela perspectiva da medicalização e da patologização. Quer dizer, há uma lógica e uma cultura que vão se interpondo às relações de tal modo que vão nos impedindo simplesmente de olhar para aquela criança específica, de olhar para nós mesmos naquela relação e de tentar entrar em contato com o outro que ali se encontra. Não é possível educar sem ter contato com o outro. Não é possível educar sem uma relação de afeto. Também não quero banalizar a ideia de afeto, numa visão romantizada das relações, que também não corresponde ao real; mas tomar o afeto como algo que produz intensidade na relação, que me permite perceber por que eu tenho dificuldade de lidar

com algumas crianças, dificuldade afetiva, por que algumas crianças me incomodam. Do meu lugar, tento perceber por que essas crianças me incomodam e como é que eu tenho que olhar para mim mesma, para minha prática e me colocar em outro lugar. É muito simples eu falar do menino, que vem para a escola sujo, com nariz escorrendo, cuja mãe não aparece na escola, e de tudo o que esse menino provoca em mim — porque provoca e pode provocar sentimentos bastante negativos —, em uma condição que é dele e não em uma condição que é para além dele, que faz parte da nossa relação.

Observamos que, nesse ano, o menino, cuja história estou relatando, é outro fisicamente. O nariz dele não escorre mais o dia inteiro, ele não tem mais uma postura curvada, ele cresceu, o corpo dele é outro, por conta de algo muito simples, alguém passou a olhar para ele e dizer: "Olha, você vai aprender, eu vou te ensinar". É simples assim.

É fácil para nós que estamos na sala de aula ensinar a todos? Não, não é, é muito difícil. É fácil dar aula, ensinar a todos é muito difícil, porque é preciso que haja processos de conexão com essa multiplicidade que compõe a sala de aula, inclusive com aquelas questões que me incomodam, que me perturbam, que me desestabilizam. É preciso que eu, deste lugar de professora, também me coloque a (im) possibilidade de olhar para as minhas "doenças". Porque o doente é sempre o outro, doente metaforicamente; o problema está sempre no outro. Quais os problemas que eu também levo para a relação? Quais são os problemas que essa relação produz? Como é que eu vou lidando com eles? Como é que eu vou trabalhando no âmbito pedagógico, no âmbito daquilo que me compete, que é como eu dou aula?

Uma análise um pouco mais profunda das situações aqui apresentadas mostra que essas duas professoras às quais venho me referindo não estão criando uma lógica perversa por elas mesmas, não estão atuando de um modo errado, elas estão agindo dentro do que é predominantemente pensado, dentro da lógica hegemônica, dentro, até mesmo, do que é disponibilizado para elas como processo pedagógico, para elas e para a maioria de nós. Para intensificar um pouco mais essa reflexão, eu fiz um recorte dos documentos relativos à Provinha Brasil. Como há

estrangeiros no evento, acho que vale explicar, Provinha Brasil é uma prova nacional que inicialmente era de escrita, e agora tem de escrita e de matemática, e é aplicada às crianças de oito anos. É a mesma prova para todas as crianças com oito anos do Brasil, e é ela que vai dizer o nível de aprendizagem que as crianças têm sobre leitura e escrita, e agora sobre matemática também. Quem está nas escolas, nas séries iniciais, recebe o *kit* Provinha Brasil e nele estão as provas e os documentos que orientam sobre o modo de aplicar a prova e o modo de interpretar os resultados da prova. Portanto, antes que as crianças respondam as questões das provas, já há o significado do que elas vão responder, e como aquilo tem que ser interpretado pelas professoras.

O que eu quero trazer aqui é o discurso em torno disso. Eu fiz um recorte do documento, que está na página do Inep [Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira], buscando ressaltar o modo como algumas palavras são associadas nele: "Evidencia-se, assim, o lugar de mediação do professor. A sua postura investigativa é o elemento central nesse tipo de avaliação: ele transforma a dificuldade em fonte de informação a respeito do que a criança pensa sobre a escrita ou sobre o que ela acha que a escrita representa." "A utilização de diferentes estratégias pode auxiliar o professor a orientar de forma adequada as famílias e possibilitar o repasse de informações sobre o processo de aprendizagem dos alunos por meio de [...]." Há uma série, eu separei: "Seleção de algumas capacidades nas quais os alunos apresentam maior dificuldade, com explicações paralelas sobre como elas são desenvolvidas em sala e com exemplo de atividades e sugestões de tarefas." O que eu quero ressaltar nesses trechos? Todo o discurso tem o sentido de mostrar a diferença como expressão de dificuldade, e que a dificuldade precisa ser prevista, tratada e sanada. Então, o documento já prevê quais são as dificuldades que as crianças têm. Nós estamos falando de todas as crianças do Brasil. O documento já prevê as dificuldades que a resposta errada indica e, para saná-las, já faz sugestões de tarefas para todas as crianças do Brasil que alcançaram o mesmo índice de desempenho e indica como as atividades devem ser desenvolvidas em sala de aula. Destaco,

na produção do documento citado, dois elementos fundamentados na ideia da homogeneidade: todos aprendem da mesma forma, e, como decorrência, os que não aprendem têm problema.

Quando a professora diz "só os normais, por favor.", ela está expressando uma perspectiva presente, inclusive do meu ponto de vista, nos discursos oficiais, nos documentos oficiais, que não usam essa palavra, mas alimentam essa ideia. Utiliza-se um discurso pedagógico tendo como referência essa ideia da homogeneidade que produz um padrão e sustenta a classificação como resultado da avaliação das aprendizagens — plural — com base em um padrão singular, quem se encaixa no padrão, ótimo, quem não se encaixa tem alguma dificuldade. O padrão informa o que deve ser; assim, o que é diferente do padrão é interpretado como dificuldade. Todo o documento vai falando de dificuldade de aprendizagem. Eu sempre me pergunto se algum de nós não tem dificuldade de aprendizagem. A mim parece que a dificuldade de aprendizagem é própria da condição humana. Não? Obviamente, não é disso que tratam os documentos com a expressão dificuladade de aprendizagem. Quando o discurso pedagógico assume essa expressão "dificuldade de aprendizagem", ela está muito atravessada por uma ideia de patologização. A dificuldade de aprendizagem é algum problema, é alguma ausência, é algo da condição desse sujeito que impede que tenham uma aprendizagem normal.

Por isso, no caso relatado, o João tem uma atividade que é para ele, que é de qualidade inferior à oferecida para o resto da turma — pelo menos na lógica da professora. As outras crianças iam fazer atividade de leitura e escrita e ele ia fazer classificação de cor com tampinhas. Não estou dizendo que essa não seja uma atividade interessante e necessária, mas naquele momento ela tem uma posição de inferioridade. Ele é menos capaz, então ele vai fazer uma coisa mais fácil, tão fácil que ele já sabia onde é que estava o material, era uma atividade que não precisava nem explicar, ele já sabia fazer. Nem isso faz com que ele seja trazido para o lugar da normalidade, ele está lá, está nesse lugar do qual não se move nem quando ele aprende.

Em outubro de 2014 se diz a seu respeito: "Ele aprendeu, ele aprende, mas ele pode ser aprovado? Não sei, vamos ver." Eu arriscaria dizer, tem horas que eu adoro me enganar, mas arriscaria dizer que em dezembro será dito: "É, realmente ele aprendeu, mas ainda não o suficiente. Não é?". Arrisco, tomara que eu esteja errada. Essa ideia da dificuldade como algo que traz uma falta, e uma falta que jamais será preenchida — eu também não gosto muito dessa ideia, porque todos nós vivemos com muitas faltas —, jamais será levada ao grau de suficiência, é sempre uma insuficiência, é sempre uma ausência, é sempre uma impossibilidade. Uma ideia muito marcadamente voltada para as crianças das classes populares. Porque o fracasso escolar no Brasil se concentra nas crianças das classes populares.

Aquilo que é diferente é entendido como deficiente, como algo que falta, como algo que impossibilita. Não é da ordem da ação pedagógica normal atuar com esses que são deficientes, é preciso outro trabalho normalizador para que esses deficientes possam entrar na sala de aula — eu estou usando palavras carregadas de preconceitos, que não estão no discurso explícito, mas, no meu ponto de vista, são as palavras que vão constituindo o significado daquilo que está sendo dito. Essa lógica da diferença, para mim, tem dois elementos que dificultam infinitamente o trabalho pedagógico: um é o que individualiza essa experiência, no sentido de que a responsabilidade é do sujeito, do seu grupo familiar ou do seu contexto. Nós não trabalhamos com a perspectiva de que essa situação se dá, também, pela impossibilidade de a professora ver quem é essa criança, ou de ela olhar para essa criança e dar visibilidade a elementos que expressam essa impossibilidade. Não são questões de âmbito individual, são questões que vão sendo constituídas na dinâmica social e que vão compondo o modo como os sujeitos olham para essa relação e se colocam nela. Essa individualização do processo dificulta que a percebamos como parte de uma dinâmica complexa e busquemos, então, processos que possam restabelecer ou trazer o resultado escolar para outro plano da discussão. Outro aspecto para mim igualmente relevante é que há uma intencionalidade de apagar, de reduzir, de despotencializar

a diferença, porque a diferença tem um potencial transformador. Eu aprendo de verdade quando me encontro com algo que eu não sei, com algo diferente do que o conhecimento que eu já tenho. Eu posso então pensar profundamente sobre esse conhecimento que eu tenho, sobre o conhecimento do outro e, na relação com o outro, produzir novos conhecimentos. Em diálogo produzimos o novo.

Toda essa produção de um apagamento e de uma invisibilização de modos outros, não só de aprender, mas de modos outros de aprender como expressão de modos outros de constituir a vida e as práticas sociais, de pensar sobre a vida e propor a vida. Esse conjunto de elementos vai dificultando a possibilidade de constituir a escola como espaço de trabalhar com o outro e não de trabalhar sobre o outro, não de construir uma escola para o outro. Acho que já caminhamos bastante para a democratização da escola. Temos hoje uma democratização do acesso à escola; as classes populares chegam à escola, as classes populares ficam na escola por mais tempo, estão chegando até aos cursos de Medicina, de Engenharia, de Direito, à Pedagogia sempre chegaram, mas estão chegando também às "áreas nobres" da universidade.

Essa me parece uma conquista que não pode ser reduzida e não pode ser desprezada. No entanto, parece-me que consolidar e aprofundar o processo de democratização é construir uma escola com as classes populares e não uma escola para as classes populares, porque quando eu falo em "para", estou tutelando o outro, e me parece que todo esse processo vai nos dificultando o reconhecimento do outro, o reconhecimento de nós mesmos, o reconhecimento da relação, e, portanto, vai dificultando essa possibilidade de atuar com o outro e de construir uma prática pedagógica nesse processo que é "com", que é coletivo, que é partilhado, e que, portanto, nos coloca também como professores em outro lugar, em um lugar efetivamente de reflexão, de proposição, de negociação, e onde essa expressão "dar aula" provavelmente não será mais possível, porque nós estaremos fazendo outras coisas que essa expressão não pode abranger. São essas as questões que eu trouxe. Obrigada e bom dia!

DEBATE – A QUEM SE ENSINA? QUEM APRENDE? A (IN)VISIBILIDADE DA INFÂNCIA NO COTIDIANO ESCOLAR

MARCELO VIÑAR – Eu sou uruguaio. Eu não sou pedagogo, mas todos somos professores, todos nós somos educadores; é o mais belo dos ofícios. Eu lhe agradeço por ter dito de forma tão sensível de problemas muito complexos. A respeito disso, fui surpreendido pela expressão "infantilização da infância"; na assimetria que há entre um adulto e uma criança, há uma relação de poder. Sempre pensamos que o adulto sabe e a criança é tonta. Parece a mim que se deve reverter essa relação e cooperativizar esse vínculo entre adulto e criança de uma maneira menos como uma forma oculta de escravidão. Quando eu era criança, meu pai, que era uma ótima pessoa, dizia: "Quando os adultos falam, as crianças se calam"; isso é próprio de uma época, é claro que no Brasil foi como no Uruguai. Hoje algo mudou, mas mudou a fundo, mudou a roupagem ou mudou a aparência? Minha pergunta é: Como a instituição escolar faz para criar um espaço, para olhar a si mesma como coletivo ensinante e poder ver que entre os acertos e erros de uma relação democrática há problemas? Eu trabalhei uma década como psicanalista, como assessor de violência escolar. A raiz a que chegávamos era que os atos de violência escolar sempre eram formas de protesto da violência contra professores, que eles não tinham outro modo de expressar, a não ser com o ato de rebelião antissocial. Seria muito longo contar, mas não era alheia à tradição sociopática de conduta senão como um ato de rebelião, um miniato revolucionário dos jovens contra o mundo adulto. Minha pergunta é: Como criar instâncias para que isso que você disse tão claramente seja patrimônio coletivo de seu grêmio, de sua população, para vencer a entropia do discurso conservador da assimetria, ou descobrir qual é a especificidade da assimetria entre o adulto e a criança no século XXI às dificuldades de aprendizagem que todos temos? Me agrada muito a música, o desafio, quando um

tem dificuldade para aprender, a sequela da dor, a sequela de ressentimento que está na autoinstrução pelo fracasso. Eu, cada vez que venho desfrutar cantando com meus amigos morro de inveja; imagino as crianças quando vão mal nessa prova, guardam um rancor e um ressentimento e há um espaço de catarse a esse rancor que pode levar a muitos atos destrutivos.

MAREN ULRIKSEN DE VIÑAR – Muito interessante sua exposição. Creio que há que pensar muito profundamente sobre o que se passa nas escolas, sobretudo nas escolas públicas. Eu tive a oportunidade de trabalhar avaliando escolas de contexto crítico, dado meu cargo na universidade; vou com os alunos fazer um estudo de uma escola em um lugar de pobreza, nas favelas de Montevidéu. Esse era um tema muito difícil, mas, mais adiante, nosso presidente anterior, que se postula hoje, Tabaré Vázquez, introduz o *Plan Ceibal*, que é *one laptop per child*: um computador para cada criança, computador que era pequeno, mas tinha um teto, não podia ir a outros lugares, que está no Laboratório de Tecnologia Uruguaia. O pequeno computador tem marcada a cédula de identidade da criança e o nome. Foi uma revolução, no sentido de que as crianças pobres — eu trabalhei nessas escolas marginais de Montevidéu — tiveram acesso a um computador que tinha desde jogos, nos recreios estavam todos com seus computadores jogando, até trabalhar com as professoras; dependia muito da professora, que possibilidade ela teria de, digamos, inventar coisas novas com o computador, porque era um computador, como disse, para a escola. Nessa escola de contexto crítico, que eu havia avaliado antes, as mães tinham um filho a cada dois anos; então, vem um quinto filho e já há quatro semiabandonados, vão à escola, comem ou não comem. Essas escolas ofereciam almoço. Na comparação da avaliação entre as escolas sem os computadores com essa, houve mudança, as diferenças existiam sempre, as crianças da pobreza, a possibilidade de fazer algo com o computador dependendo muito da professora; por exemplo, houve um concurso de teatro para os estudantes de todas as escolas de Montevidéu e precisavam fazer um teatro, e vi uma das

melhores professoras organizar — Mario Benedetti havia morrido — um café-teatro em homenagem a Benedetti; tudo o que conheceram, o que puderam saber de Benedetti foi por meio do computador; foi o uso desse *laptop* que permitiu também que uma professora doente, em casa havia quinze dias, trabalhasse com seus alunos. Logo vi a organização com que eles, que faziam o café-teatro, preparavam seus discursos de homenagem a Benedetti; todos com suas camisas brancas muito desgastadas, por ser uma área de pobreza, trabalhavam os varões, que haviam pintado, as meninas serviam café e iam trocando, digamos, os poemas de Benedetti, e fazendo alusões. Eles se apresentaram em um teatro e ganharam para ir ao Teatro Solis, que é no centro, um teatro antigo, e ganharam o prêmio, então todo o bairro, toda a zona de escolas públicas fizeram uma festa, porque essa escola havia conseguido chegar ao teatro mais antigo e importante de Montevidéu e ganhar um prêmio. Creio que isso possibilitou, esse instrumento, uma quantidade de coisas que dão às crianças com computadores um *status* de não pobres. Enfim, muitas coisas aconteceram depois, mas queria dar esse exemplo por ser uma medida democratizadora, e as crianças nas escolas de contexto de bom nível, todas já tinham computadores em suas casas, mas não numa rede como essa.

SALVADOR DÍAZ – Tenho mais algumas coisas que gostaria de dizer, repetindo alguns pontos fundamentais do que disse, "as dificuldades de aprendizagem são próprias da natureza humana" — pareceu formidável; "não é possível educar sem uma relação de afeto" — todos nós sabemos, mas não se faz; "o diferente tem poder transformador", eu te felicito, realmente, me parece formidável. Estava conversando com Marcelo aqui, dizendo que faltou, a meu ver, uma coisa. Há uma educadora argentina, chamada Noemí Allidière, que fala disso, dos baluartes narcisistas na sociedade contemporânea, e é difícil trabalhar com eles na educação; creio que o narcisismo contemporâneo é um problema sério; é capaz que você tenha algo mais a respeito para nos oferecer. Agradeço muito.

MARIA TERESA ESTEBAN – Marcelo, eu sempre acho que "como" não é uma pergunta para ser respondida, é uma pergunta para levarmos como objeto de reflexão. Mas eu fico pensando nas experiências que fomos conseguindo elaborar. Nesse momento, uma escola de periferia de uma cidade me convidou para fazer um trabalho de pesquisa, e é a primeira vez na minha vida que eu tenho a possibilidade de construir um projeto de pesquisa com a escola. Em geral, eu tenho o projeto de pesquisa e a escola tem interesse, mas o projeto já tem uma adaptação ou outra. Nesse caso nós construímos o projeto juntos e ele foi aprovado pelo CNPq. Foi escrito por um grupo de professores; tínhamos uma reunião com um pequeno grupo, escrevíamos e enviávamos para o coletivo da escola. O trabalho era revisto, ou voltava, era refeito. Ficamos uns quatro meses escrevendo coletivamente o projeto. O que eles me pedem é que ajude na construção de um processo de autoavaliação institucional. Essa é a questão que eles estão querendo enfrentar. É uma escola pequena, que trabalha apenas com crianças de 4 a 11 anos, que conseguiu avançar muito na democratização da gestão da escola; os conselhos de pais efetivamente funcionam, a articulação com as crianças é muito grande, mas ainda se mantém um índice, em torno de 20%, de crianças que não se alfabetizam. Portanto, eles estão querendo pensar a escola, e a nossa proposta é fazer um processo de avaliação da escola do qual participem os professores, os funcionários, as famílias e as crianças. Então, como é que as crianças também vão participar desse processo de avaliação da escola, e não de uma autoavaliação do tipo "se eu me comportei, se eu não me comportei?" Então, o "como" eu acho que é o que vai nos movimentando no sentido de pensar, porque a sala de aula é o lugar do fazer; nós temos que chegar cada dia e fazer; algumas coisas acertamos, erramos muito, mas temos que fazer. Eu acho que esse "como" é o que nos mobiliza. Só para dar um exemplo do grau de relação que essa escola tem, ano passado houve uma grande greve de professores no Rio de Janeiro, ficaram muito tempo em greve, com muitas manifestações de rua, e a reação da polícia — todo mundo viu, como em São Paulo — foi muito violenta. Haveria uma manifestação, a escola iria,

como sempre, partilhando com a comunidade. Encheram um ônibus e foram para o local da manifestação. Chegando lá, havia muita polícia, muito armada, então a escola recuou com as crianças: "vamos voltar para o ônibus". E as crianças não quiseram entrar no ônibus. Eu fico muito emocionada, porque as crianças se recusaram a entrar no ônibus e disseram: "Não, nós vamos ficar aqui também. Eles não vão bater em nós porque somos crianças." Uma menina de 9 anos para em frente ao policial e diz a ele: "Quando você era criança, na sua escola tinha tudo o que você precisava para aprender? Porque na minha não tem. Você está vendo que eu estou de chinelo? Eu não posso fazer educação física de chinelo, mas eu não tenho tênis." Disseram que o policial foi abaixando a cabeça. Eu acho que isso mostra um trabalho, do meu ponto de vista, muito bem feito; mas ainda temos coisas por fazer. A tecnologia nos ajuda? Sim, ajuda, são meios, são recursos. Quando o professor pode se apropriar da tecnologia como elemento do seu trabalho, é fantástico, desde a caneta, o lápis, a lousa (a antiga, não essa de agora). São tecnologias que — quando o professor ou a professora pode se apropriar delas, claro — ajudam a trabalhar melhor. Me parece que o grande risco é que, com muita frequência, nós estamos de certa forma sendo apropriados pela tecnologia, e os computadores, muitas vezes, já vêm com o tipo de exercício que a professora tem que oferecer, tem que propor, e eles acabam, muitas vezes, se tornando um objeto que amplifica o controle sobre os professores, porque há uma central que pode controlar se aquele exercício foi feito ou não naquele dia, naquela manhã, naquele horário. A tecnologia é fundamental, nós seres humanos vivemos com a tecnologia, precisamos dela, por isso a produzimos, mas sempre é preciso esse cuidado que você traz: Como é que eu me aproprio e então faço uso da tecnologia com os meus estudantes, uso isso como meio de ampliação do conhecimento? Me assusta, por exemplo, que hoje as bibliotecas estejam postas nem sei em que plano, porque o Google nos responde tudo. Ora, o Google responde ao que responde. Por que as bibliotecas estão, muitas vezes, abandonadas? Também lá há conhecimento, há informação, há processos específicos de busca. Muitas vezes eu

vejo, com as minhas alunas da Faculdade de Pedagogia, como nós vamos construindo desde crianças processos qualitativos e mais intensos de busca, de apropriação da informação e de trabalho com a informação para que ela possa se transformar em conhecimento. O trabalho às vezes é muito superficial, vou lá e coloco o que eu quero, encontro, aí copio, não vou incorporando como o exemplo que você traz, do que eles se apropriam, o que eles produzem nessa relação. A escola, felizmente, não está à margem da dinâmica social, e nós estamos cada vez mais nessa sociedade em que o sujeito tem que se projetar como um sujeito de sucesso o tempo inteiro. As redes sociais são muito esse espaço; ninguém tem um dia que não tenha sido bom, todos os dias são lindos, maravilhosos. Eu acho que temos uma experiência sobre a qual, do lugar de educadores, nós precisamos pensar mais. Nós precisamos pensar mais sobre como estamos incorporando essa dinâmica no processo escolar. Recentemente eu estava assistindo a uma conferência de um colega que trabalha com currículo, o Carlos Eduardo Ferraço, e ele estava dizendo isso, como agora na escola também, o tempo todo, tem que ter festa, feira, exposição, tem que produzir fotografia, produzir filme, colocar na rede, e isso, muitas vezes, vai servindo como elemento que muito mais distancia os sujeitos do que os aproxima, que distancia desse tempo de reflexão, dessa lentidão que é necessária para que o conhecimento vá se produzindo. Nós tínhamos um geógrafo, temos a sua obra, o Milton Santos, que vai falar sobre a importância do tempo lento. A escola demanda um tempo lento, um tempo de aproximação, de negação, de apropriação, de transformação. Eu acho que essa é uma questão muito mais para nos alertar sobre como é que estamos de certa forma incorporados nessa lógica. Talvez, querendo fazer uma aproximação com a experiência cotidiana dos nossos estudantes, estejamos caindo em uma armadilha que dificulta para nós o ato de pensar um pouco mais sobre o que essas experiências estão produzindo.

PARTE III

"QUEM AVALIA? QUEM SE (DES)COMPORTA? A (IN)VISIBILIDADE DA CRIANÇA"

AVALIAÇÃO: INSTRUMENTO DE SUBMISSÃO OU DE RESPEITO

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e membro do Despatologiza.

VAMOS CONVERSAR agora, sob outro olhar, o olhar médico, sobre as questões da visibilidade e invisibilidade da criança. Como vocês sabem, exige-se que os médicos, ao falarem, ao fazerem apresentações ou publicarem, declarem seus conflitos de interesse; como eu sempre digo, infelizmente, há de ter motivos para isso. Então, declaro que não tenho conflito de interesses com a Novartis, nem com a Janssen, nem com a Shire, com nenhuma indústria, com nenhuma editora, nenhum interesse financeiro nesta discussão; eu sou professora em tempo integral na Unicamp e vivo do meu salário, não tenho nenhum outro interesse, nenhum conflito ético nessas discussões. Mas tenho, sim, esses compro-

missos que são radicais e intransigentes, os quais são inegociáveis, pois princípios não se negociam, não se transigem: compromissos com a ciência ética e a vida de crianças e adolescentes, de homens e mulheres, e também de outros seres vivos, às vezes até de alguns objetos inanimados.

Agora, quero colocar alguns dados do NIMH (Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos) e de outros países, para situar de que estamos falando aqui. E prestem atenção, são dados divulgados, sem a menor crítica, como verdades absolutas, incontestáveis. Segundo o NIMH, 26,2% dos estadunidenses maiores de 18 anos teriam algum transtorno mental e 46% dos estadunidenses preenchem critérios de diagnósticos de algum transtorno mental. Em 2011, 38% dos habitantes da Europa Ocidental tinham algum transtorno mental; segundo o Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos Estados Unidos, em 2013, de 13% a 20% das crianças americanas experimentaram um episódio de transtorno mental; nos Estados Unidos, entre 1994 e 2003, diagnósticos de transtorno bipolar em crianças e adolescentes aumentaram 40 vezes; também nos Estados Unidos, 10 mil crianças abaixo de 2 anos recebem psicoestimulantes para tratar "tempo cognitivo lento"; o número de crianças levadas a médico em busca de tratamento para transtorno mental aumentou 35 vezes entre 1997 e 2007 nos Estados Unidos; o dado que temos do Brasil é da Associação Brasileira de Psiquiatria e foi apresentado como resultado de uma grande pesquisa, mas na verdade é um dado produzido por um levantamento de opinião feito pelo Ibope (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) com mães de adolescentes. A partir desse, insisto, levantamento de opinião, concluíram que aproximadamente 12,6% — eu acho ótimo o "aproximadamente 12,6", pois é um contrassenso esse grau de "precisão aproximada", eu aprendi e creio que vocês também, que usamos aproximadamente quando se faz um arredondamento do número, como "aproximadamente 10%" ou "aproximadamente 15%"; 12,6% não tem nada de aproximação, mas revela a falta de rigor da coleta e da divulgação dos dados — dos brasileiros entre 6 anos e 17 anos apresentavam sintomas de transtornos mentais importantes.

Para começar a discutir, quero enfatizar que não nego que existam pessoas com esses comportamentos, que vêm sendo cada vez mais descritos como patológicos; existem essas pessoas, elas apresentam esses comportamentos, porém a discussão é outra, é se esses comportamentos são sinônimos de doença mental. Também não nego que, em muitas pessoas, esses comportamentos possam ser expressão de problemas. Também não nego que essas pessoas sofram, elas e seus familiares; aliás, sofrem até muito mais pelo estigma que vivenciam, por serem discriminadas, por serem consideradas anormais, do que pelo modo de se comportar em si.

Vejam que só estamos falando em comportamento, todos esses transtornos falam exclusivamente de comportamento; e eu devo revelar uma idiossincrasia minha: eu não gosto dessa palavra "comportamento" e dos significados que ela traz em si, prefiro "modos de se portar com os outros", mas na verdade, prefiro a expressão "modos de levar a vida", cunhada por Georges Canguilhem. O modo de levar a vida é uma construção histórica e cultural, em um corpo biológico, que interage com o entorno, modificando-se e modificando o entorno; não é algo inato, pronto, e vou ter até o fim da vida, não é isso — nem cor de cabelo é assim, imaginem modos de levar a vida. Então, modo de se relacionar, ou modo de existir no mundo, de construir e ocupar o seu espaço no mundo, é essencialmente uma construção histórica e cultural, que acontece, sim, neste corpo biológico — tudo acontece neste corpo biológico —, tudo na minha vida se realiza, se concretiza no corpo, o que não quer dizer que seja biologicamente determinado. Quando eu namoro e sinto prazer, alteram-se os meus neurotransmissores associados ao prazer, mas eu não namorei porque se alteraram os neurotransmissores. Essa inversão tão divulgada é que confunde as pessoas e constrói a base desse determinismo biológico, dessa concepção inatista. O neurotransmissor mudou porque eu estava sentido prazer, e isso acontece neste corpo, neste corpo que é, sim, um corpo biológico, que, como todo corpo biológico vivo, interage com o mundo, e interage com o mundo se modificando a cada instante; eu não sou a mesma que eu era ontem, por exemplo, depois da

conferência da deputada Maria do Rosário — quem teve o privilégio de ouvir —, somos outros. Eu me modifico e modifico o mundo onde eu vivo, onde eu estou inserida. Isso são *modos de levar a vida*, não é algo inato, com o qual eu nasço e vivo até o fim; *modo de levar a vida* é um produto social, que traz em si as marcas da minha inserção no tempo e no espaço, que expressa meus desejos, conflitos, sofrimentos, sonhos. Afinal, o que é um *modo de levar a vida normal*? O que é um *modo de levar a vida anormal*?

Vejam, se em Medicina discutimos com os alunos as dificuldades que existem para construir o padrão de normalidade, por exemplo, para uma dosagem de uma substância no sangue, pois tudo que temos é acesso a uma normalidade estatística, jamais à normalidade individual, com uma grande reflexão sobre o que é normal ou anormal, quando entramos no campo de *modos de levar a vida* e de *modos de aprender*, parece que isso é tranquilo, fala-se com muita tranquilidade de normalidade e anormalidade nesses campos, exatamente onde é muito mais difícil, porque são os campos de maior complexidade e maior diversidade nos seres humanos, porque é exatamente aquilo que nos caracteriza como sujeitos. Se falar em normal e anormal já é difícil em qualquer campo, quando falamos de *modos de levar a vida* e *modos de aprender* é ainda muito mais complicado, pois são exatamente os campos de maior diversidade, sofisticação e complexidade no ser humano, o que nos constitui como humanos, o que nos constitui como sujeitos. Campos sofisticados e complexos, em que avaliar é ainda mais difícil.

Avançando um pouco, quem avalia? E quem avalia, avalia o quê? Com quais concepções de mundo, de sujeito e de ciência? Como é construído esse seu olhar? Esse olhar é construído portando quais concepções? Em que ideário é construído? Em que inserção social se constrói o olhar de quem vai avaliar? E esse olhar vai buscar o quê? Ele vai buscar os defeitos, as carências, o que está sobrando, o que está faltando, tudo aquilo que me indica problemas? Ou vai buscar aquilo que a pessoa tem, que ela sabe, que ela pode, vai buscar possibilidades? São concepções não apenas diferentes, mas opostas, e

isso se relaciona com as concepções que eu tenho; o meu olhar é informado pelas minhas concepções teóricas, políticas, científicas e até religiosas. Não é um olhar neutro, e é esse olhar, com essas concepções sobre o mundo, o ser humano, a ciência, que vai buscar possibilidades, ou problemas.

Quais são as normas de quem avalia? Quem constrói as normas? Como se constroem as normas? Quem define a normalidade? Como se define a normalidade? Alguém aqui já foi consultado sobre normas? Aliás, alguém aqui já participou de alguma pesquisa eleitoral? Eu não, nunca. As normas caem, como se elas caíssem de um objeto não identificado, um sistema, um objeto voador, que paira em cima de todos nós, cai de um cosmos divino, ou quase divino, porque são impregnadas de um *cientificismo divino*. Vejam, essas normas, todas as normas, todos os conhecimentos científicos, a própria ciência, são construídos por seres humanos que portam concepções teóricas, políticas e ideológicas e religiosas, mas essas normas são apresentadas a todos nós como normas neutras, coisa que, em absoluto, elas não são, e é assim que nos perdemos na discussão, quando caímos na armadilha dessas normas.

Algumas perguntas para pensarmos. Quanto uma criança pode ser sonhadora e viver no mundo da fantasia sem risco de ser enquadrada como portadora de déficit de atenção? Quanto que uma criança pode ser agitada e ativa sem risco de ser enquadrada como hiperativa? Quanto essa criança pode ser desobediente e sem limites sem risco de ser enquadrada como opositora desafiante? Quanto uma pessoa pode sonhar com mundos futuros diferentes sem risco de ser enquadrada como doente mental? Quanto um jovem pode não gostar de estudar sem risco de ser enquadrado como portador de um distúrbio de aprendizagem? Quanto uma criança pode fazer birras, e em que intensidade, sem risco de ser enquadrada como portadora de transtorno disruptivo descontrolado de humor? Vejam que as pessoas têm que ter uma sabedoria, para ter noção de até onde podem ir, quanto podem desobedecer, quanto podem se descomportar, ou questionar, ou sonhar; sabedoria para ter noção do quanto podem viver sem correr maiores riscos de enquadramento.

Como profissionais, será que vocês podem acreditar e conseguir fazer com que quase todos acreditem que o questionário Snap IV (Swanson, Nolan e Pelham — versão IV) seja um instrumento científico, capaz de diagnosticar TDAH em crianças e adolescentes? Vejamos as 18 perguntas que compõem esse famoso questionário:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas?
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer?
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele?
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações?
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades?
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado?
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex.: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)?
8. Distrai-se com estímulos externos?
9. É esquecido, em atividades do dia a dia?
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira?
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado?
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isso é inapropriado?
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma?
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"?
15. Fala em excesso?
16. Responde as perguntas de forma precipitada, antes de elas terem sido terminadas?
17. Tem dificuldade de esperar sua vez?
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas, jogos)?

Como profissionais, podem acreditar e conseguir fazer com que quase todos acreditem que essas 18 perguntas, absolutamente imprecisas, frouxas e mal formuladas, consigam diagnosticar um transtorno neurobiológico que se afirma ser de origem genética? Não estou falando de criança sem limite, criança mal-educada, criança birrenta, não, isso é o que dizem ser um transtorno neurológico, isso é o que dizem caracterizar e diagnosticar um transtorno neurológico. Como pode a sociedade acreditar, como é que profissionais e familiares podem ser capturados por um discurso que afirma que essas perguntas são capazes de identificar uma doença neurológica? Como é que essas perguntas podem circular tão tranquilamente sem questionamentos? Acho que é isso que estamos discutindo aqui.

E o que dizer quanto ao ASRS-18 (Adult Self-Report Scale), destinado a rotular adultos como portadores de TDAH, criado com base em alterações nessas 18 perguntas, tornando-as ainda mais imprecisas e frouxas, piorando ainda mais um instrumento ruim? Aqui estão as perguntas que afirmam identificar a doença neurológica em adultos:

1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade, depois de já ter feito as partes mais difíceis?
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?

8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho à sua volta?
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?
10. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?
11. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações em que deveria ficar sentado (a)?
12. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?
13. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?
14. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?
15. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?
16. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?
17. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações em que cada um tem a sua vez?
18. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?

Como isso pode circular, tão tranquilamente, sem questionamentos, convencendo a quase todos, capturando quase todos nesse discurso cientificista, tão obviamente desprovido de qualquer embasamento científico?

Acho que é isso que estamos discutindo aqui, e quero lembrar que normas impostas patologizam a vida. A imposição de normas patologiza a vida. Cada um de nós, o corpo e a mente de cada um de nós, tem sua normatividade, temas são normas próprias do corpo e da mente, uma normatividade autonomamente construída, que frequentemente é desrespeitada, são normas do sujeito. Normas impostas, inclusive normas biológicas, arrebentam o corpo, patologizam a vida. Então, lembro-me de uma frase que acho fantástica, que só poderia

ser de João Ubaldo Ribeiro, "O problema não é a ciência decretar que, de uma forma ou de outra, somos todos malucos. Isso todo mundo pensa às vezes. O problema é quando decidem qual é nossa maluquice e nos forçam a uma 'normalidade' que não queremos e não temos por que aceitar". É essa a questão, não podemos nem dizer "sou louco", não, não podemos mais fazer essa brincadeira, há um risco muito grande, com aqueles dados internacionais que eu mostrei para vocês no início, além dos dados apregoados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, talvez ainda mais perigosos, se é que isso é possível. Vivemos o risco de *Leitos de Procusto* contemporâneos. Estamos vivendo em uma época em que se recuperaram os *Leitos de Procusto*, ou as caixas de *Procusto*. Recordando, o que são leitos ou caixas de *Procusto*? Essa expressão remete a uma lenda de que na entrada de uma cidade existia uma cama, ou uma caixa, e que quando a pessoa chegava àquela cidade, para poder entrar, ela tinha que se deitar na cama e ser do tamanho exato da cama; se fosse menor, ela era esticada para preencher a cama, não era a cama que era cortada, a pessoa era esticada; se fosse maior, ela era cortada para caber na cama. É isso o que normas impostas fazem, e quando falamos em imposição de normas, falamos em *Leitos de Procusto*. Quando eu estava preparando esta fala, é algo que vinha muito para mim, como imagem da deformação que sofremos quando temos de nos enquadrar/ser enquadrados em *Leitos de Procusto*. Eu preciso avisar, eu sou de Sertãozinho, uma cidade pequena no interior de São Paulo, da região canavieira, então eu cresci vendo o cortador de cana, o chamado "boia fria", e via na zona rural, gente carregando lata com água, não sei se vocês já viram pessoas levando lata d'água. E se já perceberam que a lata fica absolutamente estável, não cai uma gota d'água, mas o corpo se arrebenta, porque o corpo precisa entrar em um *Leito de Procusto*, ele precisa se deformar, para que a lata fique certa.

Abaixo, inserimos algumas fotos do vídeo apresentado, para que possam mergulhar, mesmo que muito rapidamente, nos sentidos e conexões do momento da apresentação. O vídeo, intitulado "Normas artificiais deformam", é acompanhado por um trecho da música "A

força que nunca seca", de Chico César e Vanessa da Mata, cantada por Maria Bethânia.

Foto: Reuters

Foto: Ricardo Cardoso/*Veja*

Foto: Sebastião Carvalho Leme

Já se pode ver ao longe
A senhora com a lata na cabeça
Equilibrando a lata vesga
Mas do que o corpo dita

Que faz o equilíbrio certo
A lata não mostra
O corpo que entorta
Pra lata ficar reta.

Faz o equilíbrio certo
A lata não mostra
O corpo que entorta
Pra lata ficar reta

Eu, de novo, lembro de Georges Canguilhem, quando afirma que "não se ditam cientificamente normas à vida." Qual é a concepção de quem fala de uma vida tão artificial, tão normatizada, tão padronizada, uniformizada? Fala-se muito que é uma concepção biologizada da vida; eu lancei um movimento um tempo atrás, reivindicando que a biologia é nossa, porque isso não é biologizar a vida, porque a biologia trata da vida, e a biologia sabe o quanto a vida é irregular, imprevisível e incerta. Isso que se fala não é de corpos vivos, é de corpos mortos, e falam com um dogmatismo estranho ao campo da biologia, ao campo da vida. Não é nem mesmo química, nem física, porque a física quântica me diz que, agora, os átomos do meu corpo estão interagindo com os átomos deste microfone, com os átomos de todos vocês; em termos de átomos, eu não sou a mesma a partir do momento em que entramos nesta sala, a partir do momento em que eu segurei este microfone. Eu não sou mais o mesmo conjunto de átomos, vocês também não são mais os mesmos conjuntos de átomos. Poderíamos dizer que essa seria uma *concepção atomizada* de comportamento e de aprendizagem; mas penso que nem isso dá, isso seria empobrecer o que se conhece sobre os átomos, seria empobrecer

os próprios átomos. Realmente não gosto dela, não me filio a essa corrente. Eu assumo e defendo outra concepção teórica, que fala de modos, em *modos de levar a vida*, *modos de aprender*, *modos de se desenvolver*, *modos de constituir linguagem*, *modos de pensar*, *modos de se subjetivar*, que se articulam com nossas inserções no mundo, e em quais espaços e tempo estamos inseridos.

Lembrando, a imposição de normas patologiza a vida e reinventa o higienismo. Há muitas pessoas novas aqui, que talvez não lembrem exatamente do higienismo. Foi uma *política científica* implantada na transição do século XVIII para o XIX e que instaurou a polícia médica, que tomava conta de tudo na vida de todos. Médicos, e não mais a polícia, organizavam, normatizavam, vigiavam e controlavam costumes, higiene, vacinação, sexualidade, patriotismo; se você questionasse algo sobre a pátria, era passível de ser enquadrado em uma doença pela política médica, porque o antipatriotismo era considerado uma doença. Vencemos essa fase do higienismo. Aliás, todo mundo teve aula disso, talvez não lembrem, mas a Revolta da Vacina foi um movimento no Brasil contra a polícia médica, que obrigou toda a população a se vacinar, sem a menor explicação do que era aquilo; eles se revoltavam e não tomavam a vacina, e foi preciso a polícia ir lá, de verdade, junto com a polícia médica, para conseguir vacinar. Pensávamos que essa fase havia sido superada, estava na história, mas na transição do século XX para o XXI, a polícia médica retornou e o higienismo foi reinventado, olhando os afetos, a sexualidade, o comportamento, os costumes, o patriotismo, a aprendizagem, tudo aquilo que faz parte da vida; tudo aquilo volta a ser controlado por esse higienismo e por essa polícia médica. Um higienismo e uma Polícia Médica *cientificizados* e *glamourizados,* agora somos controlados por profissionais do campo *psi* e da neurologia. E aqui, preciso fazer um parêntese, quando eu falo em polícia médica ou em método clínico, enfim, quando falo aqui em medicina, estou falando de fundamentos epistemológicos constituintes da medicina. A medicina foi o primeiro campo de saber sobre os seres humanos constituído no paradigma da ciência moderna e dela derivam todas as outras áreas

da saúde, que compartilham das mesmas raízes epistemiológicas. Então, a psicologia, quando é fundada em um paradigma positivista, também tem os mesmos fundamentos e age desse modo; a fonoaudiologia, todas as áreas, até a pedagogia positivista, todas são fundadas nesse método clínico e trazem resquícios da polícia médica. Então, quando estamos falando em medicina aqui, estamos falando de uma raiz epistemológica de campos de conhecimento, fundada em um paradigma positivista.

Quando falo em higienismo reinventado, estou falando do momento que estamos vivendo, estamos sendo invadidos, afogados, tsunamizados —- não sei mais qual seria a melhor expressão — por um mar de moralina. Moralina é uma expressão cunhada por Nietzsche para falar de um produto subjetivo tóxico, um tipo de chorume, que drena de uma moral dos que negam a realidade da vida como ela é; é um produto tóxico que drena essa moral, drena essas pessoas, e é isso que mantém esse higienismo, entre outras coisas, como essa onda fascista que estamos vivendo. Esse produto subjetivo, essas pessoas que produzem esse produto tóxico colocam seus valores e preconceitos acima da vida das pessoas, dos sofrimentos das pessoas, dos seus sonhos; não, a sua moral é o que vale e é o que importa, e pior, a moralina inspira ações estratégicas para enquadrar os diferentes. Esse conceito de Nietzsche é sobre uma moral hipócrita e superficial, e que se infiltra no tecido social e nas estruturas do Estado como expressão de ódio, sede de vingança contra os diferentes de mim. Quando falo em "expressão de ódio e sede de vingança", a maior parte de vocês é de Campinas e vivemos recentemente um brutal assassinato de uma transexual — que foi algo assustador —, que foi novamente brutalmente violentada pela mídia, que insistia em chamá-la pelo seu nome de batismo, o nome do gênero masculino, quando ela havia assumido a sua transexualidade, e seu nome era Géia, Géia Borghi. Esse é um exemplo dessa expressão de ódio e vingança contra todos que são diferentes ou que ousam dizer que podem ser diferentes de mim, é uma manifestação desse produto subjetivo tóxico, a moralina.

Os testes padronizados são instrumentos privilegiados da moralina e do higienismo, porque trazem em si o mito de neutralidade e objetividade, que não apenas não existem, mas que são irrealizáveis para o ser humano; eles portam, ainda, a pretensão de que possibilitariam acesso privilegiado a algo, qualquer coisa, inteligência, coordenação, desenvolvimento, afetos, o que você sente, o que você pensa. Um teste padronizado se afirma capaz de perceber tudo isso. Eles estão permeados, aliás, permeados não, eles são o próprio valor de classe, e são artificialmente transformados em uma pretensa hierarquia neurológica, ou psicológica, ou psiquiátrica. E assim, eles justificam, ao longo da história da humanidade, desde o início da ciência moderna, as desigualdades sociais, o racismo, a eugenia. Eles tiram a vida de cena. Quando se usa um teste padronizado, quando uma pessoa é avaliada por um teste padronizado, a vida fica fora da sala onde está sendo feita a avaliação, a pessoa fica fora, o sujeito e a sua subjetividade ficam fora, abstraídos da cena, da pretensa avaliação, do resultado. Isso é higienismo, isso é moralina.

Mas eu queria dizer para vocês que outros mares são possíveis, não precisamos nos afundar, nem nos afogar na/pela moralina. O fato de existir este Fórum hoje, o fato de uma universidade como a Universidade Estadual de Campinas investir intensamente em discussões de assuntos polêmicos, assuntos controversos, e dizer para a sociedade "esses assuntos têm que ser discutidos", que é o grande objetivo do Fórum PENSES; o fato de termos hoje a 4ª edição de um fórum da Unicamp discutindo este tema, discutindo os processos de medicalização e as possibilidades de despatologizar, tudo isso mostra que estamos, sim, podendo enxergar outros mares, e que podemos nadar em outros mares.

"A força pode esconder a verdade, a tirania pode impedi-la de circular livremente, o medo pode adiá-la, mas o tempo acaba por trazer a luz. Hoje, esse tempo chegou." Neste contexto, neste tempo que estamos vivendo, essa frase, eu acho que diz muito; ela foi dita pela presidente Dilma Rousseff, quando instalou a Comissão da Verdade em 2012, logo após citar Galileu Galilei: "A verdade é filha do tempo e

não da autoridade". Cito aqui a fala da presidente porque acho que é isso, há possibilidades, esse tempo chegou, temos que construir esses outros mares, e navegar em outros mares, e levando as pessoas, mostrando a elas que existem outros mares. Como podemos fazer isso? Como achamos esses mares, como participamos de suas construções? Temos que começar divulgando o que não se costuma divulgar. Há um texto que eu tenho divulgado muito, que é uma pesquisa de meta-análise feita pela Universidade McMaster, de Ontário, no Canadá, pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências da universidade, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment", preparado para a Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. É a única meta-análise feita sobre o tratamento de TDAH; analisaram tudo o que foi publicado ao longo de 30 anos, e o que eles encontraram foi que, dos famosos 10 mil *papers* de que tanto se fala, quando submetidos a um crivo científico independente, sobraram 12, uma dúzia, não é forma de expressão; foram 12 trabalhos, em 30 anos, todos os outros foram considerados não científicos e foram descartados. Nesses 12, o que se constatou foi que o fundamental é a orientação familiar. Quando falamos em orientação familiar, ninguém está dizendo que a família é culpada, mas que essa pessoa, essa criança, esse adolescente e a sua família precisam ser acolhidos, para que se identifique o problema real e eles possam receber tudo aquilo de que precisam. O resultado com o uso de remédios era muito ruim; esse resultado eu já divulguei bastante, depois eu posso passar a referência para quem quiser.

Saiu na Nature, um dos periódicos científicos mais conceituados no mundo, em fevereiro de 2014, um texto que tem uma figura em destaque, um frasco de remédio com os seguintes dizeres: "Fatos da droga: O uso dá um alívio temporário de comportamento disruptivo incessante; reduz a reflexão; alivia a perda de foco; e a inibição é diminuída. Alerta: Essas drogas não vão melhorar o rendimento acadêmico, não melhoram o ajuste social em longo prazo e não vão te

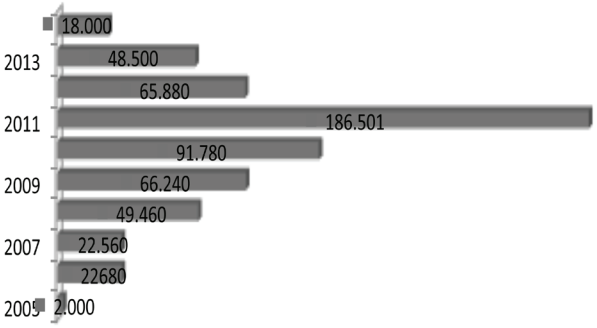
colocar em uma universidade melhor". Esse texto afirma que apenas uma em cada quatro crianças medicadas apresenta um resultado em curto prazo próximo do que poderia ser chamado de um bom resultado; mas, em longo prazo, os benefícios dessa uma em quatro se desvanecem ou diminuem as proporções sem significado clínico. E o periódico continua, "estão se acumulando evidências cada vez mais fortes e frequentes de que a medicação para o TDAH não faz diferença para desempenho acadêmico e social". Isso é algo que vem se construindo, mas não vem sendo divulgado, então divulguemos, para irmos para outras praias.

Fonte: Nature

Outro modo de irmos para outras praias é atuar no campo das políticas públicas. Ontem foi falado da experiência de Campinas, da Secretaria de Saúde de Campinas, que estabeleceu normas para dispensação de metilfenidato, em 2012. É interessante porque é um aparente paradoxo, as pessoas que pretendem aplicar normas para tudo na nossa vida são contra normas científicas aplicadas na rede de saúde, especialmente na rede básica. Toda vez que a rede básica tenta padronizar um tratamento, surge a acusação de estar fazendo economia em cima dos pobres, como se a medicina não tivesse que ser — e tem que ser, para ser científica — sistematizada, com padronizações baseadas em conhecimentos científicos. Ninguém questiona uma padronização de cirurgia, ninguém questiona que o cirurgião tenha um fio padronizado e um tipo de sutura para cada órgão, e ninguém diz

que está arrebentando a autonomia médica, porque autonomia não é fazer o que eu quiser, mas, quando se padroniza antibiótico, quando se faz um protocolo para dispensação de metilfenidato, dizem que se está fazendo economia. Aqui em Campinas não houve acusação de tentativa de economia, a rede teve uma ótima adesão, e eu quero mostrar para vocês o resultado.

Dispensação de Metilfenidato na rede pública de Campinas/SP



Vejam a curva de dispensação de metilfenidato na rede pública de Campinas até 2011; na metade de 2012 o protocolo foi implantando, e foi essa redução, até chegar a 2014, com 18 mil comprimidos até julho de 2014. Nenhuma família, nenhum médico gritou em Campinas, o protocolo teve adesão dos profissionais de Saúde, a rede educacional também aderiu, as famílias aderiram, porque perceberam que os filhos estavam sendo cuidados integralmente; em vez de só receber um remédio, eles passaram a ser acolhidos e cuidados por uma equipe, e eu devo lembrar que uma equipe é mais cara do que dar um remédio. Em Campinas esse processo foi e está sendo tranquilo. Este ano, a Secretaria de Saúde de São Paulo editou uma portaria inspirada nesse protocolo e foi um horror, o que vocês viram na mídia, com acusações de estarem negando tratamento, de estarem fazendo economia, enfim, tudo aquilo que já conhecemos. Atuamos em políticas públicas para buscar esses outros mares.

Finalizando, eu queria lembrar que as crianças se desenvolvem, elas aprendem, elas se comportam e, principalmente, elas se descomportam, e é isso que queremos que elas façam, porque elas vivem. E quem se descomporta?

Este é um clássico descomportado, com um grande risco de ser enquadrado em hiperatividade;

Esta, que era eu quando criança, tem grande risco de ser enquadrada como opositora desafiante e ser medicada com Risperidona.

Este que está pensando, sonhando, com certeza o risco é de déficit de atenção;

Com essa impulsividade que nada controla, sem dúvida Emília tem mais de um transtorno, são as famosas comorbidades.

E também se descomportam as crianças das quais se falou ontem, na conferência da Maria do Rosário, que são as crianças vítimas de violência, para o que todos os profissionais da saúde, de todas as áreas, da educação, do serviço social, estão com uma venda nos olhos, e esqueceram que comportamento é manifestação de *como eu estou no mundo*; diante de crianças com mudança de comportamento, em vez de perguntarmos o que ela está me dizendo e o que ela está sofrendo, rapidamente essas crianças vítimas de violência têm frequentemente recebido o diagnóstico de que *elas* têm um transtorno, e recebem psicotrópicos. Essa questão vai ser discutida em uma mesa amanhã. Pior, depois que elas vão para o abrigo, já identificada a violência, elas continuam recebendo o diagnóstico. Temos ainda crianças que têm doenças psiquiátricas, ou neurológicas reais, mas que não são detectadas, porque rapidamente caem em um gavetão de um transtorno, especialmente o TDAH, que é o da moda. Algumas crianças, um número muito pequeno, têm alguma coisa, e ainda não sabemos o que é, e a Medicina não está investigando para saber o que é isso que não é conhecido, porque também cai no gavetão do TDAH.

Além desses modos de buscar outros mares, como podemos despatologizar a vida dessas crianças e adolescentes? Acho que é também evitando um dos instrumentos do *mar de moralina*, não vamos usar testes padronizados. Que tal subverter as avaliações? O que é

subverter as avaliações? É respeitar a criança, o mundo em que ela vive, respeitar a vida dela, aquilo a que ela tem acesso, lembrando que a criança é dona da história dela, ela tem sua própria voz; é avaliar o que ela sabe, o que ela pode, partindo do que ela gosta e do que ela sabe fazer, e não buscar seus defeitos, o que falta ou está em excesso. Quando eu falo em subverter, é porque nós profissionais temos que transformar o que a criança faz em desenvolvimento, em vez de querer que a criança faça aquilo que eu sei avaliar, porque se ela não sabe fazer o que eu sei avaliar, eu digo que ela tem problema. Há um texto lindo sobre isso chamado "Os desbicicléticos", não sei se vocês conhecem, que diz que, se eu puser como teste padronizado para equilíbrio e coordenação andar de bicicleta, quem não sabe andar de bicicleta tem uma "desbicicletemia". Uma menininha linda, após me dizer "para me avaliar, vocês precisam me ouvir, me enxergar, compreender minha vida e o mundo em que vivo", pediu que eu desse este recado para vocês: "Nos respeitem, não nos etiquetem." Obrigada.

SOBRE MEDICALIZAÇÃO, NORMALIDADE, PSICOPATOLOGIA E INFÂNCIA

ROSSANO CABRAL LIMA – Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora, com residência em Psiquiatria e Psiquiatria Infantil pelo Instituto Municipal Philippe Pinel — RJ, mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com doutorado sanduíche no Instituto Max Planck de História da Ciência (Berlim, Alemanha). Foi Professor Visitante do NUPPSAM/IPUB/UFRJ e atualmente é professor adjunto do Instituto de Medicina Social da Uerj (Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

EU VENHO de uma instituição, o Instituto de Medicina Social, da Uerj, que é uma instituição transdisciplinar. Boa parte dos meus co-

legas não vem do campo da saúde, mas do campo das ciências humanas e sociais, e isso é uma riqueza, porque, de fato, tem sido difícil sustentar esse tipo de debate no campo médico, mais especificamente no campo psiquiátrico; a maior parte das parcerias no campo médico eu tenho encontrado no campo pediátrico, e não no campo psiquiátrico. No campo psiquiátrico, o próprio fato de dizer que nós estamos discutindo e tratando de temas controversos já inviabiliza o debate, porque isto é o que as pessoas mais entusiasmadas com esses diagnósticos dizem: "Não, controversos para vocês, para nós são temas muito bem estabelecidos na literatura médica, vocês é que teimam em teimar." Continuando, embora nossas teimosias sejam diferentes, cada um tem a sua, vamos teimando.

Os meus pontos de partida, alguns dados que a Maria Aparecida Affonso Moysés já apresentou, um dado do Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos Estados Unidos, com essa estimativa que ela falou de que, nos Estados Unidos, pelo menos 10 mil crianças de 2 a 3 anos estão medicadas para TDAH em algum momento; de acordo com os próprios critérios, mesmo se você for se apegar aos critérios tradicionais do diagnóstico, isso não é possível. O dado do Brasil, que foi divulgado este ano, diz que entre 2003 e 2012 houve um aumento de 775% nas vendas do metilfenidato; mas não se trata só de metilfenidato, às vezes até focamos muito no metilfenidato, mas antidepressivos e antipsicóticos também têm experimentado aumento; segundo um dado do jornal britânico de Medicina, no Reino Unido, entre 2000 e 2002, um período curto de tempo, houve um aumento de 75% na prescrição de antidepressivos para crianças e adolescentes. Ou seja, isso já apresenta uma questão que não é puramente local; essa discussão que estamos tendo aqui é uma discussão que vem sendo feita em boa parte do mundo, pelo menos boa parte do mundo Ocidental, e não só do mundo Ocidental, porque esse tipo de questão vai avançando por China, Japão, Coreia e outras áreas do mundo. O mais interessante é que as vozes críticas que antes se limitavam a pessoas meio *outsiders*, hoje estão também dentro do sistema — vou citar aqui três pessoas; algumas das pessoas

que criticaram os riscos implicados na nova edição do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais), o DSM 5, o Manual da Associação Psiquiátrica Americana, os riscos principalmente de excessos de medicalização, foram o editor do DSM 3, Robert Spitzer, o editor do DSM 4, Allen Frances; o Allen Frances inclusive reconhecendo: "Eu e meu grupo fomos responsáveis por três falsas epidemias, a epidemia de TDAH, a epidemia de autismo e a epidemia de transtorno bipolar", inclusive em crianças, mas não especificamente. Outra figura importante da pesquisa neurobiológica sobre esquizofrenia nos Estados Unidos, Nancy Andreasen, também foi uma pessoa que há algum tempo publicou um artigo intitulado "DSM: A morte da psicopatologia na América", dizendo que, de fato, depois desse modo fácil de fazer diagnóstico, vendo se o paciente preenche os critérios, os psiquiatras americanos e dos países satélite começaram a achar que não precisavam estudar psicopatologia, que estudar psicopatologia era isso, ver se se preenche o número mínimo de critérios. Em um evento recente em Minas Gerais, onde Andreasen esteve, há mais ou menos 2 meses, ela disse que nesse momento achava que os Estados Unidos precisavam de um plano Marshall ao contrário, ou seja, a Europa ensinando a psicopatologia de volta à América; podíamos também entrar nesse plano Marshall, nos dois sentidos, para aprender e para ensinar.

Quando falamos desses temas, alguns conceitos aparecem, e já apareceram; eu vou basear minha apresentação nesses conceitos, para que depois a gente possa discutir. O primeiro conceito é, sem dúvida, a noção de medicalização. É claro que existem várias noções de medicalização, que colocam mais ênfase aqui, mais ênfase ali, algumas mais militantes, outras mais analíticas, eu gosto da noção desse sociólogo da Medicina, Peter Conrad, que diz que a medicalização é um processo pelo qual fenômenos sociais ou subjetivos passam a ser descritos em linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se passíveis de abordagens terapêuticas; nesse sentido, podemos falar de medicalização de problemas na infância, de problemas escolares, mas também de medicalização de problemas sexuais,

de problemas estéticos, medicalização do parto, da morte, isso tudo está implicado nesse processo que leva esse nome.

Então, uma das coisas que podemos concluir, pelo menos no meu campo, o campo da Psiquiatria, é que medicalização não é um processo exatamente novo; na verdade, se formos rigorosos, a medicalização foi o que permitiu que a Psiquiatria surgisse, havia o fenômeno social da loucura, foi preciso medicalizá-lo — para o bem e para o mal, podemos ficar o dia inteiro aqui discutindo — para surgir um saber médico, instituições médicas sobre a doença mental, não mais o fenômeno da loucura. No campo da Psiquiatria Infantil, mais ou menos a mesma coisa, embora seja um campo de constituição mais recente, foi preciso construir, no nosso caso não foi exatamente a loucura, a psicose, a mania, a doença mental, foi muito mais; com base em duas figuras, historicamente falando, foi a noção de idiotia, depois transformada em retardo mental, deficiência intelectual, e o fenômeno da delinquência, transformado em transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial etc.

Algo importante, que também o próprio Conrad fala em outro livro, é que existem algumas populações, alguns grupos que podem ser considerados população de risco para esse processo de medicalização, e as crianças, em geral, são grupos mais frágeis socialmente, e representam um grupo, um exemplo desses grupos, exatamente porque a própria possibilidade de construir uma ideia de infância atribuiu à infância algumas características — inocência, dependência, falta de autonomia —, fazendo com que as crianças sejam consideradas uma população que merece ser alvo de proteção, alvo de tutela, ou seja, que acaba tendo pouca voz em vários níveis — isso também acaba aparecendo na clínica, como a Maria Aparecida Affonso Moysés mostrou, para falar em nome próprio; tem outro que fala em nome dela, e que classifica, nomeia aqueles comportamentos diferentes que ela vem apresentando.

Pois bem, quando falamos de medicalização, uma pergunta que precisamos sempre nos fazer — e é uma pergunta atual, porque a resposta nunca é igual em todo lugar, em toda época — é quais

são as forças que estão por detrás desse processo de medicalização. Tradicionalmente, as forças que apontamos com mais facilidade são aquelas que estão mais associadas, vamos chamar assim, ao complexo médico farmacêutico, porque elas são mais facilmente identificáveis, então o poder e o saber médicos, a introdução de uma série de tecnologias, por exemplo, as tecnologias de imagem, no campo da Medicina, a indústria farmacêutica e todo o seu poder de ter se transformado, coisa que não era antes, de indústrias locais e regionais em grandes multinacionais, a chamada virada biológica na psiquiatria a partir dos anos 1980, tudo isso ajudou a configurar esse campo, que é o campo que chamamos de medicalização ou de psiquiatrização de problemas humanos variados. Mas cada vez mais, ao lado desses fatores, tem-se enfatizado a importância de certo — isso apareceu na apresentação da Maria Teresa Esteban quando ela deu o exemplo da conversa de duas pessoas da fralda descartável etc. — papel ativo, certa busca ativa de pacientes que se transformam em consumidores de serviços, em torno de explicações biológicas para os seus problemas de vida, ou para os problemas dos seus filhos, e para intervenções medicamentosas, de preferência rápidas, baratas, nem sempre baratas, mas aparentemente rápidas, para lidar com problemas cotidianos que nem sempre foram abordados com medicamento.

Eu acho que essa é uma mudança importante no modo de abordar a medicalização, e coloca desafios para nós. Medicalização não está só mais do lado de lá, está do lado de cá também, ou seja, há uma busca das famílias, das escolas, da mídia, da sociedade de uma maneira geral, de todos nós, em algum nível, por essas explicações biológicas a respeito de comportamentos; quando tentamos fazer a crítica desse movimento é exatamente para tentar encontrar fissuras, tentar dizer "não, não é bem isso, não é exatamente assim." Mas isso está muito disseminado, ou seja, a concepção de subjetividade de hoje, das pessoas — estou falando agora mais de adultos do que de crianças, mas ela chega às crianças também — é uma concepção diferente daquela de algum tempo atrás, o próprio vocabulário cotidiano traz isso, as pessoas falam menos em conflitos, e mais em *stress*, por exemplo,

as pessoas falam menos "estou com problema", "a minha mente", e falam mais "o meu cérebro"; então, há essa difusão do processo de medicalização não mais exclusivamente imposto, de cima para baixo, mas também demandado, de baixo para cima; precisamos nos dar conta disso, se quisermos de fato ter uma abordagem mais interessante desse processo.

Outra discussão, já que eu quero chegar à discussão desses diagnósticos, dessas novas patologias, é a discussão sobre normalidade e patologia. Aparece de novo nosso herói intelectual, o Georges Canguilhem, porque de fato não houve ninguém depois dele, é claro que há os pós-canguilhemianos, as teses dele são contestadas, mas de fato ele marcou um campo, porque esse era um tema, um desses certos implícitos, pouco pensados, ou não pensados; parece que Deus desceu ao mundo e disse em um daqueles dias, pode ser no primeiro ou no sétimo: "Olha só, a partir daqui é normal daqui para cá, é patológico, preservem um lado e estudem o outro, para tratar." O que Canguilhem mostrou é que não é nada disso, e ele não estava falando de coisas aparentemente etéreas, como transtornos mentais e psicológicos, ele estava falando das teses dele, para abordar problemas clínicos, físicos da cardiologia, pediatria, endocrinologia etc., mostrando como há sempre — acho que há dois argumentos fortes na obra do Canguilhem e que são úteis para nós — um elemento valorativo envolvido no julgamento do que é normal e do que é patológico, ou seja, não estamos no registro do fato, algo que eu identifico, porque está na natureza, e é patológico, estamos no registro do valor, e esse valor não é só social, para Canguilhem esse valor é vital; a própria vida, diferente dos seres inanimados, é uma atividade de preferir algumas coisas e excluir outras, a vida nunca é indiferente. O segundo elemento é um fator relacional no julgamento do que é normal e do que é patológico; o que Canguilhem diz é que o ser vivo e o meio, considerados separadamente, não são normais ou patológicos, é a relação entre eles que os torna normais, um em relação ao outro.

Se seguirmos isso e admitirmos que há um elemento valorativo e um elemento relacional, quando pensamos em problemas mentais

em crianças e adolescentes isso tem várias consequências, vou destacar duas: primeiro, isso mostra que a fronteira entre normalidade e patologia não é fixa, essa fronteira está em mutação; as situações que não faziam parte do cardápio da Medicina e da Psiquiatria passam a fazer, e outras que faziam, deixam de fazer. Talvez o principal exemplo no nosso campo seja o poder patogênico que era atribuído ao onanismo, à masturbação, em toda a Medicina do século XIX e início do XX, e o quanto de certa maneira isso desapareceu. Essa fronteira entre o normal e o patológico não vai ser dada exclusivamente pelos movimentos internos ao campo médico, às vezes isso nem é o mais importante; o mais importante, muitas vezes, são os movimentos sociais e culturais, como se a gente dissesse que é a própria sociedade que demanda do campo médico quais as patologias, quais os quadros que vão fazer parte, e quais os que vão sair do campo da patologia; esse exemplo da masturbação é um bom exemplo, porque não foi nenhuma grande descoberta médica de que não fazia mal, não, foi uma mudança de postura em relação à sexualidade, inclusive em relação à sexualidade infantil, depois de Psicanálise, Feminismo etc.

Se admitirmos de novo que há um elemento valorativo e um relacional, outra consequência que aí, sim, vai de encontro ao modo de pensar transtorno mental na infância hoje é admitirmos que falar de psicopatologia infantil implica levar em conta não exclusivamente a criança, mas a criança na sua relação com o meio o tempo todo, é preciso enfatizar bastante. Isso está sendo excluído do modo de pensar psicopatologia hoje em dia. Na verdade, nem dá para chamar de psicopatologia, daqui a pouco eu vou colocar psicopatologia entre aspas quando formos falar desses diagnósticos, porque eles desconsideram, ou seja, o que eles apresentam é uma criança radicalmente deslocada do seu contexto, uma criança sem história, uma criança cujo sintoma não tem nenhuma possibilidade de ter algum sentido para ninguém, porque ele fala por si próprio. Saímos, até certo ponto, do paradigma *blame the mother* [culpe a mãe] para o paradigma *blame the child and the child's brain*, ou seja, culpe o cérebro da criança

pelo problema, não é mais a mãe, mas é o cérebro da criança — nenhuma das duas soluções é boa.

Eu vou fazer alguns poucos comentários. A partir principalmente dos anos 1990, há uma mudança importante na psicopatologia, no estudo dos transtornos mentais na criança, e uma mudança que não dependeu tanto do amadurecimento do campo da Psiquiatria e da psicopatologia infantil, ele foi meio capitaneado pelo surgimento de uma série de diagnósticos; o principal diagnóstico, a Maria Aparecida Affonso Moysés já falou, é o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Foi na esteira dele que vários outros foram avançando. O TDAH, que hoje em dia, basicamente ou particularmente, se transformou, ou quase isso pelo menos, em um diagnóstico escolar, ou seja, basicamente as crianças nos chegam para avaliação porque algo em relação a desempenho, eficácia na escola, em comparação com os pares, não está como a escola espera, ou como os pais esperam, ou como todo mundo espera. Há um elemento muito importante, que, na verdade, eu só conheci quando li o livro de Allen Frances, coordenador do DSM 4, um livro que ainda não está traduzido para o português, chama-se *Saving Normal*, no qual uma das coisas que ele diz é que 70% do diagnóstico de TDAH atinge aquelas crianças que são mais novas na turma, ou seja, se tenho um filho que faz aniversário em janeiro, ele é um dos mais velhos da turma — algumas crianças vão fazer aniversário só em junho. O que ele mostra é que aquelas crianças que, por motivos de desenvolvimento perfeitamente normais, têm certa discrepância, porque são as mais novinhas da turma, têm 70% de chance de serem diagnosticadas com TDAH, o que poderia ser evitado esperando-se mais uns meses para colocá-las, mas quem é que aguenta esperar mais uns meses hoje em dia? O diagnóstico que em geral vem junto com o TDAH, a Maria Aparecida Affonso Moysés falou, é de comorbidade, que virou uma moda também. A minha impressão é de que o melhor clínico é aquele que faz o maior número de diagnósticos *per capita*, porque, se você faz um só, você comeu alguma mosca, não tem criança com um só transtorno, elas têm vários; TDAH com TDO (Transtorno Desafiador

Opositivo), 50% de comorbidade, se você pegar transtorno bipolar do humor também, outro tanto. Ou seja, será que o problema é da criança, ou o problema é nosso, dos adultos, que classificam, ou querem classificar os problemas das crianças?

Outro tópico que também mereceria uma discussão enorme é a ampliação do diagnóstico de autismo com base nos diagnósticos de transtorno invasivo do desenvolvimento e Transtorno do Espectro Autista; é claro, há sempre um lado positivo, você tem uma visibilidade social maior hoje em relação ao autismo, fazendo com que as crianças que seriam antes consideradas retardadas, hoje possam ter melhor avaliação, mas de fato, há uma ampliação, um quadro que atingia até os anos 1980 0,04% da população, você tem hoje estatística de uma criança para cada 80, uma criança para cada 60, uma criança para cada 40, e a gente precisa estar atento a isso.

Outro diagnóstico, que também experimentou uma expansão preocupante, é o diagnóstico de transtorno bipolar na infância; nós, que fizemos faculdade, não precisa ser Medicina ou Psicologia, até o início dos anos 1990, pelo menos no Brasil, aprendemos que transtorno bipolar era uma coisa que raramente existia nas crianças, e de repente, em um período de 10 anos, entre metade dos anos 1990 e metade dos anos 2000, nos Estados Unidos, houve um aumento de 40 vezes no diagnóstico desse quadro. Nesse momento aconteceu um fenômeno curioso, a Maria Aparecida Affonso Moysés já citou esse diagnóstico, as próprias pessoas que propuseram o diagnóstico de transtorno bipolar na infância começaram a fazer uma *mea culpa* de que haviam exagerado, entre outras coisas, porque essas crianças, à medida que iam crescendo, não apresentavam, na adolescência e na vida adulta, um padrão típico de transtorno bipolar na infância; para esse diagnóstico "colar", mudaram-se os critérios de diagnósticos, foram incluídos irritabilidade, raiva, episódios de explosão, sendo que não é exatamente isso que é um quadro maníaco. Essas pessoas reconheceram esse exagero, mas, para corrigi-lo, apresentaram na última versão do DSM, o DSM 5, outro diagnóstico, que vai ser a nova letrinha na sopa de letrinhas da Psiquiatria

Infantil, o TDDH (Transtorno Disruptivo de Regulação do Humor), um diagnóstico que se inicia nas crianças entre 6 e 10 anos, crianças que têm explosões emocionais, quebram coisas, agridem fisicamente, verbalmente, e entre os episódios apresentam um humor irritável, raivoso ou triste.

A pergunta que vale a pena a gente fazer, voltando ao tema da normalidade, caminhando para o fim da minha apresentação é, se somarmos então, um exercício de aritmética, se somarmos o positivo ao desatento, ao bipolar, ao hiperativo, ao explosivo, ainda há criança normal? Qual é o critério? Isso coloca em xeque inclusive o critério estatístico de normalidade; Canguilhem já criticava isso, dizendo "olha, não é a partir da estatística que vamos chegar à conclusão se algo é normal ou patológico." Mas mesmo isso não garante que consigamos identificar quais crianças são normais e quais crianças não são. Então, eu estou propondo, para encerrarmos, que, como exercício de reflexão, possamos pensar: Qual é a noção de normalidade que está implícita nesses diagnósticos? Canguilhem falava algo muito fundamental: "O *pathos* precede o *logos*." Ou seja, a experiência da doença, do adoecimento, do sofrimento é que está no início, depois é que começamos a querer tratar disso, começamos a pensar o que é normalidade, saúde; se não existisse essa experiência do *pathos*, ao perguntar como é que está sua saúde, você iria ouvir "O que que é isso, saúde?" Se houver um planeta onde ninguém adoece, não faria sentido alguém chegar lá e falar "E a saúde de vocês? Vocês têm Ministério da Saúde?" Eles diriam: "O que é saúde?" É a experiência da doença, do *pathos* que está na origem.

Vamos ver se isso nos ajuda. O que eu proponho: vamos inverter os critérios de diagnósticos de alguns desses transtornos. Estou propondo um suposto diagnóstico, um quadro, que chamaríamos de síndrome da criança normal — eu chamei de síndrome, porque síndrome pode ou não ser um transtorno. O que seria a síndrome da criança normal, pelo inverso desses critérios? Seria uma criança que preencheria pelo menos 15 — eu inventei esses 15 — desses sintomas, entre aspas, por pelo menos 6 meses. Então, com base no inverso dos crité-

rios de TDAH, de Transtorno Desafiador Opositivo, e do novo TDDH, parece que uma criança normal é aquela que: está sempre atenta a detalhes; não comete erro por omissão em atividades escolares, ou outras; não desacata nem se recusa a obedecer a solicitações ou regras dos adultos; não abandona sua cadeira em sala de aula, ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentada; tem facilidade para organizar tarefas e atividades; não tem problemas para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; nunca adota um comportamento deliberadamente incomodativo; não evita, não demonstra ojeriza, nem reluta em envolver-se em tarefas que exijam um esforço mental constante, como tarefas escolares, ou dever de casa; não costuma mostrar-se suscetível ou irritar-se com facilidade; escuta com atenção quando lhe dirigem a palavra; não perde coisas necessárias para tarefas e atividades (brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); sempre consegue manter a calma; assume seus erros, não responsabilizando os outros por seu mau comportamento — cada um lembre da sua própria infância, principalmente quem tem irmão menor —; não dá respostas antes de as perguntas terem sido completamente formuladas; segue instruções e termina seus deveres escolares ou tarefas domésticas no tempo esperado; brinca em silêncio e não se envolve ruidosamente em atividades de lazer; não discute com adultos; não agita as mãos e os pés, nem se remexe na cadeira; fala sempre na medida certa, nunca em demasia; não apresenta esquecimento nas atividades cotidianas; não se mostra rancoroso ou vingativo. Esses são os critérios que eu só inverti, eu só coloquei um "não" na frente, ou tirei o "não" da frente, eu não inventei.

Quem conhecer crianças que preencham esses critérios, ok. Parece que os critérios nos informam de uma criança aparentemente normal, ou então podemos dizer que é o transtorno da hipoatividade, do excesso de atenção, da harmonia excessiva, da incapacidade de se colocar e se confrontar em relação à opinião do outro. Eu vou terminar por aqui, temos que nos perguntar, então: Qual é esse ideal de normalidade que está por detrás dessas patologias? O que estamos exigindo e esperando das nossas crianças, para que precisemos de tantos diagnósticos? É

como vocês viram, um vai se desdobrando em outro, que vai se desdobrando em outro...

Para finalizar, algo que a Maria Aparecida Affonso Moysés falou logo no início, que eu costumo dizer também, eu não duvido que as crianças sofram e que possamos falar de psicopatologias em crianças, e que até precisemos, para um mínimo de racionalidade científica, organizar algumas categorias — todo saber tem, a Psicanálise tem, outros saberes têm as suas categorias. Não sei se essas categorias são as melhores, não sei se precisamos ficar criando, porque fica parecendo o que eu chamo de "armadilha nozoológica", parece que tudo que vai errado com uma criança merece uma etiqueta diagnóstica, o problema é que às vezes essas etiquetas ganham vida própria, elas acabam virando algo que a criança tem na sua cabeça, e às vezes é esse deslizamento entre o que tem, que depois vira o que é — eu tenho TDAH, o meu filho é TDAH —, com consequências subjetivas, que no fundo são ruins. Isso não quer dizer que queiramos negar diagnóstico para crianças em que achamos que é pertinente, muito menos negar medicação. O que eu acho, essa é a minha proposta, por exemplo, em relação ao TDAH, na contramão da maré, é que TDAH é um diagnóstico que merecia ser considerado de exclusão, ou seja, depois que eu investiguei de maneira adequada, se aquele comportamento da criança pode ser explicado por outras variáveis, inclusive variáveis pedagógicas, variáveis afetivas, relacionais, reativas etc., naquelas crianças que eu digo não, não consegui, ok, eu pensaria nessa possibilidade de diagnosticar como TDAH. O problema é que hoje o raciocínio é exatamente o inverso. Obrigado.

DEBATE – QUEM AVALIA? QUEM SE (DES)COMPORTA? A (IN)VISIBILIDADE DA CRIANÇA

INTERLOCUTORA NÃO IDENTIFICADA – Eu sou psicóloga e mestranda de Saúde Coletiva na FCM (Faculdade de Ciências Médicas). Como

psicóloga eu sofri muito, enquanto estava fazendo a clínica, com a questão da medicalização. É uma grande luta, principalmente quando você tem pais e professores que levam as crianças; como que você fala para eles que não precisa medicar? Eu acho que essa deve ser nossa discussão, porque é uma questão que vai além de uma posição positivista, como se explicou muito bem, é muito hegemônica ainda, que as próprias famílias e as escolas, como também foi explicado, já estão tão enraizadas nessa cultura de medicalizar, portanto, fica difícil você atender uma pessoa e não dar nenhuma recomendação psiquiátrica ou médica; para ela você é uma má psicóloga ou uma má psiquiatra. Como é que fazemos isso? Obrigada.

MARCELO VINÃR – Creio que é a mesma pergunta, segundo o que me diziam. Tem me ocorrido que quando tratamos de proceder, como brilhantemente fazia o colega, nos atiram na lixeira e buscam outro como cúmplice; como sair dessa armadilha?

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Eu acho que é o seguinte: realmente os pais chegam, os professores chegam, profissionais também fazem o diagnóstico, mas eu acredito que não dá para entrar em um raciocínio maquiavélico de achar que as pessoas fazem isso por mal, pelo menos a imensa maioria não o faz, eu acho que alguns formuladores das coisas têm uma situação um pouco diferente, porque sabem o que estão fazendo, mas não é disso que eu estou falando, estou falando de pais, de professores, de psicólogos, de médicos que fazem esses diagnósticos, eles são capturados por esse discurso, um discurso extremamente cientificista, aparentemente neutro, e que, como disse o Rossano Cabral, desqualifica toda crítica e toda tentativa de controvérsia, desqualifica e até ameaça quem faz a crítica; na verdade, é assim que as coisas funcionam. Mas o que eu vejo é que os pais são capturados, eles acreditam que os seus filhos têm um problema e, quando buscam o diagnóstico e obtêm medicação, acreditam piamente que estão fazendo o melhor para os seus filhos. Eu acho que é uma

tarefa difícil, mas compete a nós desconstruir isso, e eu acho que conseguimos em muitos casos; em alguns não conseguimos, mas, na minha experiência, conseguimos muito. Eu brinco que exageraram na dose e se criou uma reação contrária, hoje temos um espaço na mídia que divulga as críticas à medicalização, sendo que há pouco tempo não havia nada; este evento, por exemplo, está sendo bastante divulgado na mídia, o que também não acontecia; quando houve essa questão da portaria da cidade de São Paulo sobre o metilfenidato, a mídia abriu espaço para profissionais se posicionarem defendendo a portaria, profissionais da Psiquiatria, da Pediatria, houve um espaço. Então, acho que há um espaço que precisamos conquistar, e eu acho que precisamos atuar coletivamente, por isso existe o Despatologiza, porque quando você parte sozinho, você se arrebenta. O Instituto de Medicina Social tem uma linha de pesquisa que eu acho fantástica, que é exatamente isso, de trabalhar com ideário das pessoas que recebem os diagnósticos, dos seus familiares, e eu acho que esse é o grande desafio que temos que enfrentar e construir, que é como vamos nos aproximar; eu acho que é divulgando, nas consultas, é discutindo, até porque, quando uma família chega para o Rossano Cabral, por exemplo, ou para mim, já temos também uma experiência viciada. Mas cada vez mais é mais gente procurando, então eu acho que há um espaço bastante grande para atuarmos, eu acho que o Rossano Cabral pode até falar mais.

ROSSANO CABRAL LIMA – Acho que nesse campo, como a Maria Aparecida Affonso Moysés falou, a vantagem é que hoje em dia, este espaço é um exemplo disso, há um debate aberto a respeito disso, ele não entra em todos os espaços, em todos os níveis, mesmo na universidade. Eu acho que há dois níveis de disputa, principalmente respondendo à questão da colega, eu acho que é uma disputa para ser feita, claro que esses níveis não se excluem, mas é uma disputa para ser feita no nível da produção de conhecimento; são essas questões, podermos divulgar, na contramão desses consensos, "olha, não

é bem assim", o que não implica demonizar medicamento. Mesmo essas portarias de Campinas e de São Paulo são um exemplo disso, não são portarias que visam eliminar o metilfenidato da sociedade, ao contrário, o próprio fato de existir a portaria é, de certa maneira, pelo menos do meu do ponto de vista, pode haver discordâncias aqui, uma maneira de reconhecer que há espaço para o metilfenidato, porque, simplesmente, se não fosse assim, se diria que está proscrito, ao invés de prescrito, o metilfenidato desses municípios; então, isso é um reconhecimento de que o recurso farmacológico é um recurso que tem o seu lugar, ou tem o seu tempo, no tratamento de uma criança. Estou falando, até para ser minimamente coerente com a minha prática clínica, em que tenho algumas crianças que são medicadas, de alguma maneira digo "olha, isso não pode ser de qualquer maneira". Eu acho que há esse debate, no campo acadêmico, de produção de conhecimento, e acho que todo mundo que está trabalhando no tema tem o dever de tornar pública essa discussão, exatamente para, como os dados da Nature, ou de outras revistas, mostrar que esses remédios têm o seu lugar, mas não são essa maravilha que estão dizendo, não. Em outro nível — eu acho que é essa a questão de vocês —, que é um nível mais difícil, há um debate na cultura de uma maneira geral, ou seja, o debate com as famílias, o debate com as escolas. Sobre aquele com as escolas, não sei se é mais fácil ou mais difícil, mas a nossa mensagem para as escolas — eu acho que tem a ver também com a primeira conferência da manhã — é dizer que as escolas precisam voltar a se autorizar, a ter um discurso a respeito de crianças que não vão bem, sem obrigatoriamente recorrer aos diagnósticos psiquiátricos; o campo da educação tem potencial para isso. Isso talvez seja um pouco mais complicado em relação aos pais, mas eu acho que é possível fazer também. Como vocês notaram, a dificuldade é que esse discurso às vezes aparece como um bloco de Verdade, com V maiúsculo, e parece não haver brechas, como estratégia clínica. Algumas vezes, eu até acho — eu estou falando mais em relação às famílias do que às escolas — que quando você encontra famílias que já têm uma posição muita dura em relação a isso — "Não, ele tem TDAH, e vai continuar

tomando remédio." —, algumas vezes a melhor tática é deixar um pouco essa questão de lado, ao invés de ficar em um embate interminável com os pais, "tem, não tem, tem, não tem, toma, não toma, dá, não dá", e poder exatamente dar conta daquilo que o diagnóstico de TDAH, e outros diagnósticos, e a medicação não dão conta: outros aspectos da vida da criança que acabam ficando completamente de lado quando o foco é só na etiqueta do diagnóstico. Eu acho que são algumas estratégias que permitem furar isso que parece ser um bloco, um monólito sem fissura, há fissura.

GISELA UNTOIGLICH – Meu nome é Gisela, eu sou da Argentina, e tenho um transtorno que eu quero compartilhar com você, psiquiatra, eu tenho TOI (Transtorno de Otimismo Incorrigível), e estes encontros pioram o transtorno, está ficando grave já. Eu quero parabenizar a mesa e todos os encontros, eu estou comovida com tudo que está acontecendo aqui, e acho que essa é a forma, começar a questionar as bases dessas coisas, encontrar gente de distintas disciplinas, discutir, tudo isso que você falava. O monólito da verdade não está assim, nós não temos certezas. As pesquisas que a Maria Aparecida Affonsos Moysés trazia para demonstrar que não eram todos os 10 mil *papers* que falavam a verdade. Então, acho que a questão é essa: de pouco em pouco, e na escola, como a Maria Teresa Esteban falava, da escola que pediu que fossem trabalhar lá; uma família, uma criança que muda, que tem o jeito diferente, e de um em um. Se quiser que façamos essa tarefa, mas acho que é possível, mesas como estas dão conta disso. Obrigada.

JULIANA – Sou pedagoga, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Unicamp, e queria ouvir vocês falarem um pouquinho sobre um tema que sempre me preocupa, que são as verdades que caem, novas, e viram verdades absolutas, e ficamos nessa dinâmica, sem questionar o processo em si. Quando você fala que o coordenador do DSM diz "errei", e tudo bem, e ele dá outro nome, e tudo bem, e todo mundo continua usando sem chacoalhar um pouco a estrutura,

sem repensar essa lógica, me dá uma aflição e uma tensão, e eu não consigo ser otimista, dá vontade de enlouquecer junto, com essa loucura que vivemos na prática cotidiana. Então, eu queria entender um pouco mais, se for possível, sobre como é que isso é tão inquebrável, por que essa lógica é tão inquebrável, e por que um fato que devia ser tão relevante, como a própria pessoa que resolveu cunhar uma coisa dessas, assumir que não é bem aquilo, não tem repercussão? Como é que, ainda assim, essa lógica permanece inabalada?

ROSSANO CABRAL LIMA – Juliana, nós vamos falando meio rápido, então, só para esclarecer um detalhe, o Allen Frances, esse que participou do DSM, foi o coordenador do DSM 4, e fez toda essa autocrítica, mas não participou do DSM 5, então esse novo diagnóstico não foi uma proposta dele; por sinal, ele é crítico em relação a isso, mas no restante o teu raciocínio está correto, é só para fazer essa correção. Eu fico me perguntando se isso é muito diferente em outros campos do saber, as coisas vão, você tem um movimento interno de crítica, e outro saber se coloca etc., ou seja, eu acho que há uma lógica que vai se produzindo, que tem a ver com essa noção muito naturalizada a respeito de transtornos mentais, em crianças ou em adultos, ou seja, que transtornos mentais são coisas que podem ser objetivamente descritas, e que estamos simplesmente afinando o nosso instrumental. Então, "não, olha, essa classificação não correspondeu", é toda essa discussão de quanto a nossa linguagem pode retratar, pode corresponder de maneira fiel à realidade. É como se eles dissessem "olha, estamos aprimorando a nossa classificação, para corresponder exatamente aos transtornos que as crianças têm." Eu acho que, de fato, é uma lógica um pouco mais difícil de quebrar de dentro, a tendência dela é meio que ir se reproduzindo. A possibilidade de quebrar de dentro é um pouco isso, é mostrar que mesmo em estudos usando a metodologia, que é a metodologia mais valorizada por esse campo, a chamada Medicina e Psiquiatria baseadas em evidências, de evidência todo mundo gosta, mas nesse campo algumas evidências valem muito, outras evidências não valem; a evidência do caso a caso, por exemplo,

dentro dessa lógica, não vale nada, o que vale são estudos controlados, com um N de participantes enorme, mostrar que mesmo estudos dentro dessa lógica não corroboram várias dessas verdades. Isso de dizer que todos esses transtornos são transtornos neurológicos — no final o discurso é esse —, quando você vai para as evidências científicas, encontra uma diversidade de achados que não são generalizáveis, eles no máximo correspondem a um subgrupo — dos autistas, dos TDAH etc. —, você encontra mais ou menos a mesma coisa, ou seja, tem uma mistura de ideologia e ciência nesse campo, sem que ninguém se preocupe muito; eu acho que não tem só ideologia, tem ciência também, mas está tudo tão misturado, que esse discurso vai sendo reproduzido em vários níveis, desde o chefe do DSM 5 até o psiquiatra que está chegando hoje ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que está começando em Brasília, e que vai ouvir de gente de fora, de gente de dentro. O conflito de interesses do pessoal que está em Brasília não é igual aos meus — eu nem mostrei os meus conflitos de interesse, porque não faz sentido, porque não existem —, é aquele monte de laboratório mesmo, e isso de fato, para não dizer que não falamos também de laboratório farmacêutico, não dá para só falar disso. Colocou-se isso como uma regra: "olha, para esse campo ficar menos promíscuo, os médicos, quando publicam artigos, ou apresentam palestras, têm que fazer a sua revelação de conflitos de interesses", mas ninguém está nem aí, se uma pessoa chegar amanhã, no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, um pesquisador nacional ou de fora do país, e mostrar que recebeu dinheiro de todas aquelas indústrias que a Maria Aparecida Affonso Moysés não recebeu, isso vai ser um *slide*, ele vai passar o próximo *slide*, ou seja, o fato de a produção do conhecimento ser, hoje em dia, patrocinada por quem tem interesse comercial que determinado tipo de conhecimento seja divulgado e o outro menos, é como se não fizesse muita diferença, mas, de fato, faz. Então, quebrar o consenso de dentro é mais difícil, acho que de fora é mais possível.

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Acho que estamos lidando com uma questão de "ok, tem um conhecimento científico", mas o embate

não é no campo científico, é em outro campo, é no campo ideológico, no campo político e no campo financeiro, é disso que estamos falando. Eu sempre falo, quando apresento meus conflitos de interesses, que não basta declarar; o que temos que exigir é que não existam conflitos de interesses, porque a questão se naturaliza. Eu acho que essa questão, Juliana, passa exatamente por essa naturalização, é natural que seja doença. É um ideário que vem sendo construído, o que tem a ver com o modo como se ensina Química na escola, no ensino fundamental, o conhecimento científico é apresentado em todos os níveis de ensino como natural, não há divergências quanto a isso; sempre aprendemos a história dos que venceram naquele momento, mas não houve conflito, não houve teorias de por que perderam, é natural, é absolutamente reificado e naturalizado, como se não fosse uma construção histórica, feita por homens, plena de todos os valores e de todos os conflitos dos seres humanos, você tem essa reificação do conhecimento mesmo quando ele não é conhecimento, e pesa muito. Tem a coisa de desqualificar, e você tem um espaço de mídia muito grande, então, quando o Allen Frances criticou, a resposta que deram, por sinal aqui no Brasil, foi: "Bom, mas ele está criticando porque não foi convidado". Quer dizer, é sempre a história de você desqualificar a crítica. Por exemplo, quando o DSM, ou quando a CID (Classificação Internacional de Doenças) muda os critérios, eles lançam um transtorno novo na praça — parece produto de supermercado —, mas com base em quê? É naturalizado. Quer dizer, tem essa doença, mas por quê? Quando tira uma, quando põe outra, por quê? É exatamente essa coisa de naturalizar e reificar que permite que continuemos nesse plano da maquiagem, e é isso que acontece; acontece também nos periódicos científicos, quer dizer, publica-se a mesma coisa que a indústria está financiando nos congressos, isto é, você não publica qualquer coisa, tem nos periódicos científicos, tem nos comitês, e é sempre o mesmo grupo, tem nos nossos primos no campo científico — eu vou explicar o que são os nossos primos. Eu dizia que os nossos pares, quando iam para as agências de fomento, viravam ímpares; acho que eles são número primos, eles nunca foram

pares e não são ímpares, eles são primos, números primos, aqueles que são eles e ponto, por isso que não nos identificamos nem com os congressos, nem com as agências, e isso dificulta. Mas eu acho que podemos tentar combater por dentro, o que é muito difícil, mas eu não tenho dúvida de que vai ser por fora, e eu tenho que lembrar e prestar uma homenagem ao nosso querido Victor Valla. Ele era um professor muito querido, um historiador, que militava no Rio de Janeiro, era norte-americano e veio para o Brasil — brincávamos com ele, dizendo que ele havia vindo para cá porque não existe pecado abaixo do Equador. Ele era um grande educador popular, trabalhava com a educação popular, tinha histórias fantásticas, e a grande característica do Victor é que ele conseguia colocar imagens, coisas maravilhosas, dizia tudo, só aquilo já dizia; tem um livro texto dele lindo, sobre a questão de alimentação, em que discute a questão do salário mínimo, o texto intitula-se "Três bananas para quatro pessoas." Se você fizer o cálculo da cesta básica, para uma família de quatro pessoas há três bananas por dia, então o título é: "Três bananas para quatro pessoas." O Victor dizia, falando da educação, que uma pessoa que chega em casa, mexe no interruptor, acende a luz e não funciona, o que ela faz? Ela reclama, porque pagou. Com a água, começaram a reclamar tarde, porque as pessoas não sabiam que estava faltando, só agora é que estão sabendo. Você paga e tem direito ao serviço; ele dizia que a educação só iria mudar quando as pessoas entendessem que saúde e educação são serviços básicos pelos quais já pagamos, e que, portanto, têm que ter qualidade; isso tem que ser uma mobilização de fora da sociedade, e o nosso papel é fazer isso, fomentar essa mobilização, para pressionar, porque de dentro vai ser muito difícil.

PARTE IV

VIVER É PRECISO, CONTROLAR NÃO É PRECISO

O HOLOCAUSTO BRASILEIRO

DANIELA ARBEX – Formada em Comunicação Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora, iniciou a carreira no jornal Tribuna de Minas, do qual atualmente é repórter especial. É uma jornalista premiada por suas reportagens sobre direitos humanos e autora do livro *Holocausto brasileiro*.

VOU DIVIDIR com vocês um pouco dos bastidores, do que foi a construção desse livro, *Holocausto brasileiro*, que, na verdade, nasceu de uma série de matérias que publicamos no jornal em que eu trabalho há 19 anos, a Tribuna de Minas, de Juiz de Fora. Ele conta a história, acho que de um dos capítulos mais dramáticos da história do país, que foi a morte de 60 mil pessoas dentro de um dos maiores hospícios no Brasil, localizado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, que, entre 1930 e 1980, viveu uma história de extermínio. Esse hospital foi projetado inicialmente para ter 200 vagas, mas alcançou a marca de 5 mil pacientes em 1960; milhares de homens, mulheres e crian-

ças morreram de fome, diarreia, tortura, eletrochoque e frio, no lugar onde homens e mulheres eram mantidos sem roupa, mulheres foram violadas e seus bebês foram doados ao nascer.

Os pacientes eram enviados para esse hospital de todos os cantos do Brasil, existe uma estimativa de que 70% deles não sofriam de doença mental; eram negros, pobres, militantes políticos, meninas que haviam perdido a virgindade antes do casamento, homossexuais, todos os tipos de indesejáveis sociais, inclusive os chamados "insanos". Esses pacientes eram encaminhados para esse hospital da mesma forma que os judeus eram encaminhados para os campos de concentração nazistas, em vagões de carga; essa expressão "trem de doido" foi criada pelo escritor Guimarães Rosa para referir-se ao caminho para a morte na colônia, esse trem era o único trem do Brasil que fazia viagem sem volta. Eu encontrei, no Arquivo Público Mineiro, documentos que mostram que não havia nenhum tipo de critério médico para internação dessas pessoas; houve o caso, por exemplo, em 1911, de uma brasileira chamada Maria de Jesus, de 23 anos, que foi internada porque tinha como sintomas "tristeza" e "calma", esse foi o motivo pelo qual a Maria de Jesus foi despachada para lá, como outros tantos milhares de brasileiros.

Como é que foi o meu primeiro contato com essa história? Foi em 2009, quando fui fazer uma pesquisa com um psiquiatra da minha cidade, que na época era vereador, hoje é Secretário de Saúde, José Laerte, e no meio da entrevista ele falou: "Daniela, antes que eu me esqueça, você precisa ver isso". Ele tirou da gaveta um livro, que foi editado em 2008, pelo governo do Estado, com a ajuda de alguns médicos e pessoas ligadas a Barbacena, que se chamava *Colônia*, e continha parte das fotos feitas dentro do hospital, em 1961, pelo fotógrafo da revista *Cruzeiro*. Eu fiquei completamente impactada quando virei a primeira página, pelo fato de que eu não havia visto nenhuma daquelas imagens no hospital; todas as fotos me remetiam a um campo de concentração, e eu fiquei mais impactada ainda pelo fato de que a minha geração não conhecia absolutamente nada sobre essa história, e eu falei: "Meu Deus, não é possível que uma coisa aconteceu debaixo do nosso nariz

e não saibamos nada sobre isso"; a primeira coisa que me veio à cabeça foi que eu precisava saber se alguém havia sobrevivido a tudo aquilo. Essa foi a minha primeira ideia quando tive contato com essas imagens.

A minha busca começou pelo fotógrafo que fez as fotos, que está vivo, felizmente, mora em Niterói, o fotógrafo Luiz Alfredo, um dos mais importantes do Brasil nas décadas de 1950 e 1960. Esse encontro com ele foi fundamental, porque as memórias dele deram um pontapé inicial para a minha busca. O que eu acho mais impressionante na história do Luiz Alfredo é que ele guardou esses negativos por quase 50 anos, e durante muito tempo, ele esteve para vender essas fotos para bancos de imagens do exterior, mas ele intuía, para nossa sorte, que essas fotos contavam um pouco da história da saúde mental no Brasil e que elas eram importantes, eram uma memória importante para a história. Felizmente, ele guardou esses negativos, e a Fundação Municipal de Cultura de Barbacena comprou os seus direitos, e depois acabou cedendo para o livro *Holocausto brasileiro*. Ele me contou, em uma entrevista emocionada, como foi registrar as imagens mais dramáticas da carreira dele: "Muitas vezes, saímos para uma pauta sem saber o que vamos encontrar. Foi o caso de Barbacena. Tive a sorte de estar lá e só precisei clicar a máquina, porque o horror estava ali. Lidamos com muitas tragédias, vemos muitas mortes, mas aquilo não era um acidente, era um crime, um assassinato em massa".

Com as fotos do Luiz Alfredo nas mãos, fui para Barbacena, na esperança de poder contar com a ajuda dos moradores e de funcionários e ex-funcionários do hospital, para localizar sobreviventes que haviam sido fotografados por Luiz Alfredo. O mais impressionante é que dezenas de pessoas folhearam essas fotos centenas de vezes, começaram a me ajudar a olhar, e então falavam: "Eu acho que esse aqui é o fulano de tal, que está na residência terapêutica 10"; eu chegava lá, não era. Foi dessa forma, artesanal mesmo — era a única forma que tínhamos, só podíamos contar com a memória e a lembrança das pessoas —, que chegamos a 20 sobreviventes inicialmente. O Machadinho foi um deles, ele foi despachado para o Colônia na década de 1960, acu-

sado de ter colocado veneno no café de alguém, algo que nunca foi confirmado, e ele foi condenado à prisão perpétua. Machadinho é um sobrevivente do holocausto, continua internado nesse hospital, há mais de 50 anos institucionalizado, e lá, infelizmente, é o local onde vai morrer, como outros 200 sobreviventes desse período.

A Sônia é uma das pacientes que foram mais violadas dentro desse hospital, ela tem uma história muito trágica, mas também muito emocionante dentro do hospital. Uma das coisas que mais me marcou na história dela, uma funcionária me disse, e depois ela confirmou, foi que um dia a Sônia, grávida — ela também teve seu filho doado ao nascer —, apareceu no pátio com a barriga cheia de fezes, e as pessoas falaram: "Mas por que você está fazendo isso? Você com a barriga cheia de fezes" e ela disse assim: "Porque esse aqui é meu repelente humano; suja assim desse jeito, ninguém vai fazer mal para o meu bebê". Foi assim que ela conseguiu proteger a gravidez, e depois que ela teve o filho, ele foi doado.

O Cabo tem uma história incrível também, ele foi mandado para lá aos 25 anos. Queria ler só um trechinho da história dele: "Antônio Gomes da Silva, 68 anos, foi um dos pacientes encaminhados para o hospital aos 25 anos". "Há poucos registros sobre o passado de Cabo, como Antônio foi apelidado, o que se conta sobre ele é que o desemprego se somou à bebedeira e ao descontrole dos negócios, como Antônio diz, resultando em sua prisão. Hoje, passados mais de 40 anos do episódio, o Cabo não sabe mais o motivo pelo qual foi mandado para o Colônia pela caneta de um delegado: 'não sei por que me prenderam, cada um fala uma coisa, mas depois que perdi meu emprego tudo se descontrolou, da cadeia me mandaram para o hospital, onde eu ficava pelado, embora houvesse muita roupa na lavanderia, vinha tudo em um caminhão, mas acho que eles queriam economizar. No começo, incomodava ficar nu, mas com o tempo nos acostumávamos. Se existe inferno, o Colônia era esse lugar.' Antônio fala baixo, quase como se não quisesse lembrar, tem o rosto apoiado nas mãos, e apesar da estatura alta, parece querer esconder-se de si mesmo. Dentro da unidade, manteve-se calado durante 21 dos 34

anos em que ficou internado, considerado mudo, soltou a voz um dia, ao ver a banda de música do 9º Batalhão da Polícia Militar. 'Por que você não disse que falava?', perguntou um funcionário da unidade, surpreso com a novidade. 'Uai, nunca ninguém me perguntou'." Esse é só um trechinho da história do Cabo.

O Silvio é uma das 33 crianças que foram enviadas para o Hospital Colônia na década de 1970, e a história dele é muito impressionante, primeiro pela imagem, que foi feita em 1979, pelo fotógrafo Napoleão Xavier, que também está vivo, é de Belo Horizonte. Ela é muito impactante, dá a impressão, e deu a impressão para o autor da imagem, que ele estava fotografando um cadáver, e na verdade, não era um cadáver, era um menino, que nessa foto está usando um vestido, porque foi criado na ala feminina do hospital. O Silvio foi uma das 33 crianças enviadas para lá de outro hospital psiquiátrico mineiro, chamado Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira. É muito impressionante a história desses meninos, porque até os 10 anos, quando eles foram encaminhados para Belo Horizonte, por determinação de um diretor que assumiu o hospital na década de 1980, eles não haviam recebido nenhum tipo de estímulo, o que comprometeu ainda mais a deficiência deles. Hoje, dos 33 restam 3 vivos, o Silvio é um deles. Localizei o Silvio em um abrigo, em Belo Horizonte, e eles são atendidos por uma mulher, que eu falo que é uma missionária, chamada Irmã Mercês, que assumiu a causa desses meninos de Barbacena e faz um trabalho fantástico.

Ainda em Barbacena, eu comecei a procurar testemunhas dessa história, pessoas que viram, que participaram, ou que não quiseram participar, mas sabiam, para me ajudar a compor essa história. Eu localizei uma personagem importante, que foi a Marlene Lauriano, contratada pelo Estado em 1975 como atendente psiquiátrica, embora ela não tivesse nenhuma formação para isso. Uma das funções da Marlene era colocar o capim em que os pacientes dormiam para secar no dia seguinte. Vamos ver o que ela fala sobre isso: "Todas as manhãs, eu tirava o capim e colocava para secar, também dava banho nos pacientes, mas não havia roupa para colocar. Tinha um pavilhão

com 300 pessoas para alimentar, mas só tinha o suficiente para 30. Imaginem." A foto do Luiz Alfredo, felizmente, existe para provar que eles dormiam sobre o capim; eu acho que se essas fotos não existissem, talvez fosse muito difícil contar essa história.

Esse documento é um documento público, era até o livro ser publicado, porque agora ele foi retirado, assim como outros objetos, do Museu da Loucura, que, segundo a Fhemig (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), passa por uma reforma. Esse documento, que estava lá, que era público e visível, mostra que o governo de Minas Gerais adotou o leito-chão como política pública. O que é isso? A substituição de camas por capim, como política pública? Sugeria-se nesse documento oficial, assinado por um chefe de departamento do governo mineiro em 1959, que os outros hospitais psiquiátricos de Minas Gerais adotassem o leito-chão, como um modelo altamente bem-sucedido no Hospital Colônia.

Sobre a venda de cadáveres, é o seguinte: na matéria da revista *Cruzeiro*, em 1961, o autor já falava em venda de cadáveres nesse período, e depois, em 1979, Hiram Firmino, um jornalista que teve uma participação muito importante nessa história, com uma série de denúncias vigorosas; a matéria, chamada *Os porões da loucura*, também falava em venda de cadáveres, mas será que os cadáveres eram vendidos mesmo? Quantos eram vendidos? Para quais faculdades de Medicina? Em qual período? Conseguimos reunir documentos que provam que 1.853 corpos foram vendidos para 17 faculdades de Medicina do Brasil, entre 1969 e 1980. Nesses documentos constam vendas para a UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), para várias faculdades, para a Faculdade de Medicina de Vassouras; os documentos têm o número de peças e o preço, e um deles tem os nomes dos cadáveres e a procedência.

Algo interessante porque, depois que o livro foi publicado, muita coisa aconteceu, eu até fui procurada por um médico que se formou no triângulo mineiro, e que me disse que, quando era acadêmico, ele fez uma foto, na aula de anatomia, com um cadáver — vejam que ideia! Ele me disse que a imagem desse cadáver sempre vinha

à mente dele e, quando viu uma foto que está publicada no livro, associou o paciente ao cadáver com que ele fez aula de anatomia na faculdade de Medicina em que estudou, que também era uma compradora de cadáveres do Colônia; não sabemos se é realmente a mesma pessoa, mas como ele é um médico, e é o testemunho dele, temos que respeitar.

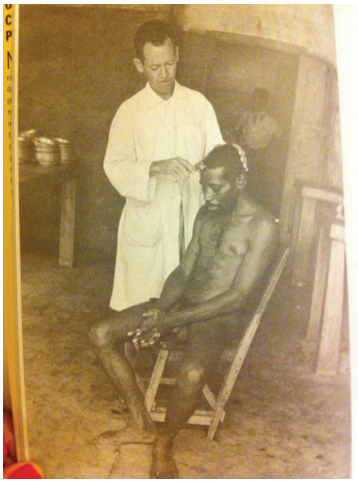


Foto de pacientes do Hospital Colônia e do cadáver utilizado em aula de anatomia.

O Cemitério da Paz é onde as ossadas estão enterradas; na época da série de matérias eu fiquei muita impressionada, porque o cemitério estava em péssimas condições, e eu percebi o seguinte: que essas pessoas não alcançaram o respeito nem na morte, porque havia até mesmo ossadas expostas. Depois da série de matérias e depois do livro, pelo menos o cemitério está podado, está fechado, enfim, tem certa maquiagem.

A Débora é um dos bebês que foram doados ao nascer dentro do Hospital Colônia, e eu consegui localizá-la, com a ajuda do antigo diretor do hospital; cheguei até ela, que estava morando em São João Del Rei. Ela é filha de Sueli Rezende, uma das pacientes mais complexas do Hospital Colônia, e também uma das mais divertidas, mais inte-

ligentes. É impressionante a história dessas duas mulheres, porque a Débora não sabia que era filha da loucura, até os 25 anos ela não sabia que era filha de uma paciente do Hospital Colônia; ela foi adotada por uma funcionária do hospital — que conveniente! —, e a Sueli, por sua vez, segundo os prontuários médicos dela — um dos poucos prontuários a que eu tive acesso —, era impressionante, todo ano a Sueli se lembrava do aniversário da filha, que foi retirada dela, e falava assim: "hoje a minha filha morena faz 1 ano, hoje a minha filha morena faz 5 anos, hoje a minha filha morena faz 15 anos, hoje a minha filha morena faz 21 anos". "Uma mãe nunca se esquece de uma filha", era o que ela dizia pouco tempo antes de morrer. Eu conto a história dessas duas mulheres, que nunca se viram e sempre se amaram, porque a Débora, quando descobriu que era uma filha da loucura, foi em busca dessa mãe; a saga dessas duas mulheres também é contada na série de matérias, mas muito mais no livro.

Em Belo Horizonte, encontramos algumas das pessoas que haviam dado depoimento no livro *Colônia*, editado pelo governo de Estado em 2008; eu fui atrás dessas pessoas para ouvir as histórias que tinham para contar, e uma dessas pessoas é o Paulo, que fez aula de anatomia com os cadáveres de Barbacena, ele é da UFMG e conta que, naquela época, ele não tinha a dimensão da tragédia. O Francisco Paes Barreto é um psiquiatra conhecido em Belo Horizonte, perseguido pelo CRM (Conselho Regional de Medicina) porque foi um dos primeiros que passou a denunciar as atrocidades ocorridas naquele hospital. Ele foi duramente perseguido pelos seus pares, mas depois que a história veio à tona, em 1979, percebeu-se que as denúncias dele eram pequenas em relação à realidade.

O Antônio Soares Simone foi um dos responsáveis pela vinda de Franco Basaglia ao Brasil; ele convidou o Basaglia para conhecer Barbacena, e foi impressionante a reação do Basaglia: quando voltou de Barbacena, ele voltou mudo, completamente impactado com o que havia visto, embora ele conhecesse essa realidade muito bem. Basaglia reuniu a impressa em Belo Horizonte e disse: "Estive hoje em um campo de concentração nazista, em lugar nenhum do mundo

eu vi uma tragédia como essa", e a voz do Basaglia, que já tinha muito peso internacionalmente, ecoou, e a situação do hospital então foi exposta para o mundo inteiro.

O psiquiatra Ronaldo Simões foi demitido do Estado, quando denunciou no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, em Belo Horizonte, as violações ocorridas dentro do hospital. Ele foi um dos cicerones de Michel Foucault no Brasil, e o que este conta sobre o hospital? "Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves."

Hiram Firmino é o jornalista que eu apresentei para vocês, que eu falei que tem uma história importante em relação à abertura desses porões, porque, em 1979, a denúncia mais vigorosa contra as atrocidades desse hospital foi feita por ele, ele foi muito corajoso, e então ele tem uma parte muito importante nessa história.

Helvécio Raton, cineasta, é o autor do documentário *Em nome da razão*, que eu acho que a maioria de vocês conhece, e ajudou também a jogar luz sobre a necessidade de humanização do modelo de atendimento. Eu batizei esse grupo de Os Insurgentes, porque juntos eles ajudaram a promover a reforma psiquiátrica em Minas Gerais, movimento que alcançou outros Estados brasileiros. Em 2001, foi aprovada a Lei de atenção ao portador de transtorno mental no Brasil.

A primeira matéria da série, publicada em sete matérias, foi intitulada "Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição" e foi capa do jornal *Tribuna de Minas* do dia 20 de novembro de 2011. Eu fiquei muito feliz com o impacto da série, porque eu não sabia como é que as pessoas iam receber essa história, e percebi, felizmente, que as pessoas ainda têm a capacidade de se indignar como eu, e isso me deixou feliz. Qual foi o efeito imediato da publicação? O governo mineiro reconheceu oficialmente a culpa pelas mortes em massa, mas reconheceu como? Assim: "Olha como nós somos ótimos, porque a Saúde Mental era assim em Minas, olha só o que nós fizemos". Então, esse foi o reconhecimento. Propôs-se a construção de um

memorial de rosas, uma coisa que seria fantástica, se conseguissem transformar o cemitério em um espaço de visitação, preservando os túmulos, resgatando, como uma forma de homenagear as vítimas, mas isso ainda está no papel, infelizmente. A parte que mais doeu ao governo mineiro foi que milhares de famílias puderam conhecer o destino de seus pacientes, e muitos buscam hoje reparação judicial. Talvez isso explique a reforma do Museu da Loucura, a retirada dos aparelhos de choque, dos documentos, enfim, porque isso está incomodando bastante.

O *Holocausto brasileiro* foi lançado no Brasil em 2013, e este ano em Portugal. Eu queria terminar esta conversa citando um trechinho de uma carta que o psiquiatra Francisco Paes Barreto escreveu para Sorôco, personagem de Guimarães Rosa, do conto *Sorôco, sua mãe e sua filha*, que diz mais ou menos assim: "Meu querido Sorôco, esteja onde estiver, quero que ouça o que tenho a lhe dizer. Estive hoje no lugar onde morreu sua mãe, onde morreu sua filha, onde morreram os pais, as mães e os filhos, de um incontável número de pessoas, sabe o que eu encontrei lá? Um centro de atenção psicossocial, uma escola, um hospital de clínica médica e cirúrgica. Do que havia do antigo hospital resta apenas um edifício imponente, chama-se Museu da Loucura, está lá, para lembrar uma época, para não deixar esquecer. É um templo dedicado à loucura, não à loucura de pessoas como sua mãe e a sua filha, mas à nossa loucura, Sorôco, a loucura dos chamados normais." Obrigada.

CONSTRUINDO UM LEGISLATIVO DESPATOLOGIZADO

PEDRO TOURINHO – Médico com residência em Medicina Preventiva e Social. Na pós-graduação foi eleito membro do Conselho Nacional de Saúde pela Associação Nacional dos Pós-Graduandos. Professor da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas e vereador por Campinas.

É TÃO importante começar a fazer o diálogo em torno desse tema, Viver é preciso, controlar não é preciso, começando com a questão da reforma psiquiátrica brasileira e dos sentidos que isso representa para nós como sociedade. A primeira pergunta, que eu acho que de alguma forma norteia tudo o que eu tenho vontade de falar agora, é esta: Como é possível que aceitemos — não estou falando das pessoas que estão aqui, provavelmente todas consideram isso uma situação abjeta —, como é que nós, sociedade, aceitamos que isso aconteça durante muitos anos, e continue acontecendo hoje, cotidianamente? Não precisamos ir muito longe, não; quem quiser conhecer uma experiência bastante parecida com essa, a 70 km daqui, em Sorocaba, vocês vão ver isso acontecendo de uma maneira muito parecida com o que tivemos em Barbacena e continuamos tendo em diversas outras situações.

Eu acompanhei, há uns 4 ou 5 anos, o fechamento do Hospital Alberto Maia, que era o maior hospital psiquiátrico de Pernambuco, e me lembro — nunca vou esquecer — de uma moça que havia sido internada aos 14 anos — ela estava com 46 — porque havia tido relação sexual com o vizinho dela, e o pai ficou indignado, porque aquilo "não era coisa de menina direita, devia estar com o capeta no corpo"; fomos olhar a ficha de internação dela, no dia em que a tiramos do manicômio, e esse era o motivo da internação de 32 anos dessa moça no manicômio. Isso, para mim, é emblemático, porque, na verdade, representa as nossas limitações como sociedade, como conjunto de valores que produz um determinado vetor, um determinado resultado, em termos de ação política e social; isso nos mostra que temos uma dificuldade muito grande de lidar com as divergências, lidar com a diferença, de conseguir reconhecer naquele que é totalmente distinto do que entendemos como o que é portador de valor, aquilo que é portador até mesmo de direito, não conseguimos, de certa maneira, tratar disso.

Se sairmos desse contexto extremo, mas onipresente, da questão da luta antimanicomial, particularmente, e da manicomialização, começamos a ver vários outros exemplos que se dão no cotidiano, de

forma discreta, sutil, mas que, de certa forma, têm origem no mesmo jeito de enxergar as coisas. Temos um diálogo muito constante, até mesmo no mandato em Campinas, com a discussão da medicalização na infância; temos a questão da Ritalina, por exemplo, como uma verdadeira epidemia, uma situação de abuso total na prescrição, na utilização, na autoprescrição pelas famílias, é um exemplo. Não estamos internando as crianças em um manicômio e tudo mais, mas, de certa forma, estamos cerceando a vida dessa criança, tirando dela uma série de direitos, o de ser como ela é, por exemplo. Eu não estou dizendo que as pessoas não podem ter problemas, ou que não têm que ter seus problemas tratados; quando existe a possibilidade de um cuidado, elas precisam de cuidado, mas eu digo que o que fazemos é abordar a questão do comportamento infantil hoje de uma perspectiva médica, de uma perspectiva medicamentosa, na verdade. Temos uma infinidade de crianças que utiliza Ritalina hoje, pelos motivos mais diversos; eu não sei se as pessoas aqui já tiveram a oportunidade de ler quais são os critérios para diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, é curioso, porque nos *sites* em que você pode consultar, se você for na sociedade, nas associações de TDAH, você vai sempre ver uma propaganda do Concerta, da Ritalina, que vai estar logo ao lado, porque é uma relação causa e efeito, entendem? Se a criança é impulsiva, se não presta atenção na escola, é uma série de critérios que eu, quando tive contato com isso, na minha época de estudante de Medicina, quando ainda achava que tudo que estava escrito nos livros era verdade, era fato, não tinha ainda a dimensão do que é uma produção cultural, nem da produção de valor que temos; e falei: "Poxa, eu tinha isso e não sabia"; eu quebrei meus quatro dentes da frente, umas vinte e poucas vezes quando era criança e adolescente, eu era agitado. Então, não sei por que minha mãe não me deu Ritalina, teria economizado muito com dentista. Depois de vivenciar a prática profissional, construí outro olhar, na questão do cuidado, fui percebendo que existe, na verdade, todo um mecanismo de produção de valor instituído, constituído, que opera no cotidiano, nas redes de relações, com base em

um suposto saber, em uma suposta propriedade do que é verdade em certos meios de produção de conhecimento, particularmente na Universidade, mas não em todos os setores da Universidade, particularmente em alguns setores da mídia, das grandes mídias, em alguns setores do campo religioso. Esses valores que são produzidos atravessam todo o nosso comportamento, da mesma forma que eu estou falando da questão da Ritalina, eu poderia estar falando, por exemplo, da questão da homofobia.

Nós tivemos recentemente um amplo debate nacional sobre a cura *gay*, não tivemos? Um amplo debate nacional sobre a cura *gay*, do que nós estamos falando? Senão, justamente, mais uma vez, de remetermos ao universo da Medicina, ao universo do contexto biomédico, uma questão que, primeiro, não é um problema *a priori*, e segundo, a relação que se estabelece com a questão da homossexualidade é uma relação que é estabelecida culturalmente, mas você vê imensos setores da sociedade que não só toleram como reforçam a necessidade de debater algo tão bizarro — perdão se alguém acha que é preciso debater isso, mas na minha opinião, tão bizarro — quanto a cura *gay*. É interessante, porque tenho para mim uma pergunta, eu nessa função de legislador e vivendo o que é uma Câmara de Vereadores — estou no meu primeiro mandato — eu me pergunto sempre assim: Como é que se dá a transição entre um campo de valores que está difuso operando na sociedade, em disputa, que tem gente que compra aquilo ali, tem gente que não compra, tem gente que acredita, tem gente que não acredita; como é que se dá essa transição para o universo da política pública? Porque isso era uma política pública, a internação compulsória, hoje nós temos o governo do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin e companhia, fazendo disso uma bandeira de propaganda política; isso não é só uma proposta de construção da internação compulsória como política pública de Saúde, o que já é um vexame sob qualquer ótica, mas é mais do que isso, é uma operação de *marketing* político. Como é que isso se transforma, então, como é que de repente começamos a nos incomodar com a questão do *crack*, e de repente tem alguém

que representa a vontade das pessoas e está no lugar de poder, e que consegue transformar, e transforma isso em política pública.

Eu acho que esse, para nós que estamos em outro campo de pensamento, é um dos grandes desafios, até porque temos que reconhecer que acabamos de eleger um Congresso horrivelmente conservador, que, aconteça o que acontecer, no dia 26 de outubro, a possibilidade de termos coisas como a redução da maioridade penal, que é outro gesto que caminha — está tudo na mesma linha, redução da maior idade penal, a volta dessa discussão sobre a cura *gay*, essas coisas —, a probabilidade de isso acontecer, eu lamento informar, para quem não sabe disso ainda, é muito alta, mas é muito alta mesmo. Quando vamos nos perguntar como se produz esse valor, e como é que isso se transpõe para o universo da política pública, rapidamente começamos às vezes a falar: "Ah, isso é porque a indústria farmacêutica da Ritalina está chegando aos psiquiatras, e está dando dinheiro para os psiquiatras repetirem isso", e isso é verdade, mas isso é só em parte verdade, porque as mães estão querendo, estão pedindo Ritalina também, as pessoas estão pedindo na rua, as pessoas, de alguma forma, sabem que existe uma suposta solução para poder pegar aquele sujeito que de alguma forma incomoda, que de alguma forma diverge, e colocá-lo na norma, na regra.

Como é que isso acontece? Em movimento social, há uma discussão ampla sobre isso, entende-se que a mídia de massa tem um papel muito grande nisso hoje; quando vemos a discussão do Dr. Dráuzio Varella, no Fantástico, é fundamentalmente medicalizante, ela praticamente só dialoga dentro dessa ótica, e sabemos o impacto que isso produz nas pessoas, porque, de alguma maneira, assumimos tacitamente, no nosso universo, que certos meios e certas formas de produção da informação são também detentoras do estatuto da verdade. Então, o que você vê é o que de fato está acontecendo, e acreditamos, de alguma maneira, em certa neutralidade, certa imparcialidade, certa boa vontade, acreditamos que as informações ali passadas sejam confiáveis, verdadeiras. Portanto, existe uma plataforma muito grande de fazer uma reforma pela democratização da mídia. Eu não tenho

como fazer uma discussão sobre o enfrentamento dessa onda de controle, que, na verdade, não é só de agora; eu, que venho da discussão de Saúde Pública, sei que a Saúde Pública, por exemplo, sempre foi um grande instrumento de controle, com a criação de novas doenças, com o estabelecimento de normas; isso já vem de muitos anos, dezenas, até centenas, talvez. Mas o fato é que isso, nesse contexto atual nosso, assume um caráter bem mais capilar, bem mais presente na vida das pessoas, então achamos que deve haver uma reforma que democratize a mídia — e quando eu falo em democratizar, estou falando da democratização econômica, jamais regular conteúdo, isso não é uma discussão, regular conteúdo seria um imenso equívoco; ao mesmo tempo, não faz sentido seis famílias no Brasil deterem 85% dos meios de comunicação, tudo que consumimos de informação, praticamente, vem de seis famílias, quer dizer, o conteúdo está mais do que controlado, ele está hipercontrolado e, de alguma forma, dialoga, mais ou menos de forma homogênea, com alguns setores, alguns campos de pensamento, de visão de mundo, de valor, e são esses campos que acabam sendo fortalecidos.

A discussão passa muito mais por uma perspectiva de democratização, no plano econômico, de quem é proprietário, e você pode começar a pensar em uma mídia libertária, em uma mídia popular, em uma mídia plural, que permita que a sociedade efetivamente disponha de campo mais plural, de formação de valor, e de visão de mundo. Eu, pelo menos, tenho um entendimento de que temos um campo muito restrito de formação de valores; não é por acaso que certas pautas garantidoras de direitos, que em diversos países do mundo, em outros momentos históricos, avançaram — apesar de que hoje está quase tudo regredindo —, no Brasil nunca conseguimos que caminhassem. Eu tenho certeza de que isso vai ser falado aqui, pelos próximos palestrantes, porque eu sei do que eles vão falar, não conseguimos caminhar. Quando você vai ver, é isso, sai uma pesquisa na *Folha de S. Paulo* afirmando que 94% dos paulistas são a favor da internação compulsória, sem que saibam muito bem do que se trata. Algo que por si só já é surpreendente, porque é um debate sobre uma estratégia que, em tese, deveria ser marginal,

apenas para os usuários que já fizeram todas as outras tentativas — isso é o que está na lei, não é o que eu defendo não — de cuidado. Quer dizer, em tese, não seria uma política aplicada nem para 100 pessoas no Estado de São Paulo, se ela fosse ser aplicada efetivamente, ou pelo menos 100 pessoas em situação de abuso de *crack*, como o caso específico da Cracolândia, que suscitou essa discussão. Por que isso está na capa da *Folha de S. Paulo*? Que tipo de valor está sendo produzido? Que tipo de visão de mundo estamos fortalecendo?

Então, para nós, esse é um olhar indispensável, até porque esse tipo de formação de valor opera muito nessa transição que eu falei, da visão que as pessoas têm do mundo para aquilo que se torna a política pública. Eu tive algumas experiências de fazer o debate na Câmara de Campinas sobre, justamente, a questão do autismo e da Ritalina, e vamos olhar os vereadores que não têm história de atuação na área da Saúde, ou na área da educação, eles vão lá, veem esse projeto, ouvem algumas mães dizendo que é um negócio bacana e legal, e decidem protocolar o projeto. Quando você vai fazer a discussão com as pessoas, você se encontra com uma verdadeira muralha, estabelecida por um lugar-comum, que não está embasada em nada, senão em uma sensação, uma coisa subjetiva, de que aquilo está certo. Foi um trabalho enorme para conseguirmos, por exemplo, evitar que alguns desses projetos passassem, mas há vários outros que passam nessa mesma linha, que não conseguimos impedir, porque há uma barreira estabelecida, que nem sempre é intermediada por um agente econômico, nem sempre tem uma indústria farmacêutica, embora, muitas vezes tenha, comprando um parlamentar, mas nem sempre tem isso, às vezes as pessoas efetivamente partem disso como um valor, como algo que está correto, e da mesma forma, a questão manicomial.

Tem muita gente que não tem a oferta de outra perspectiva de intervenção para a Saúde Mental. Você vai falar de todo o modelo de atendimento de atenção psicossocial que temos, da rede, da atenção psicossocial, e você começa a ver uma perspectiva, mas estamos fazendo um trabalho de formiguinha, estamos falando, temos alguns milhares de militantes falando com alguns milhares de pessoas, en-

quanto outras dezenas de militantes estão falando com alguns milhões de pessoas o oposto do que estamos falando. Então, acho que a discussão sobre as formas de controle que querem usar para normatizar a nossa vida é talvez uma das mais importantes do século XXI, em que a genética, a farmacologia e toda a questão do poder sobre os corpos vão assumindo uma dimensão cada vez mais precisa, cada vez mais capaz de oferecer supostas soluções para problemas e situações específicas, detalhadas, temos cada vez mais medicamentos específicos para transtornos específicos; hoje em dia se fala inclusive de singularização da questão dos medicamentos, o que pode ser muito interessante para o tratamento de um determinado tipo de problema de saúde, um tumor, por exemplo, ou seja lá o que for, mas nem sempre vai ser, porque o pessoal fala disso para comportamento também. Então, para nós, nesse momento, temos a tarefa de desenvolver as estratégias na academia, no universo político, no universo cultural, para que consigamos fazer esse enfrentamento e garantir alguns planos de resistência e, quiçá, de avanços, para que não tenhamos, no futuro, apenas criancinhas, todas com a mesma carinha, paradinhas, nas filas, e adultos fazendo exatamente a mesma coisa, porque a ideia não é só para as crianças, é para os adultos também, e eu acho que isso não é nenhuma ficção. Muito obrigado.

A IMPRECISÃO DA VIDA E A PRECISÃO DO CONTROLE

LUIZ FERNANDO TÓFOLI – Psiquiatra e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

FERNANDO PESSOA escreveu o seguinte: "Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa: 'Navegar é preciso; viver não é preciso'". Não sei como vocês se sentem quando ouvem essa frase, mas a mim ela sempre causou um agradável incômodo. É o mesmo sentimento que tenho quando medito sobre outras frases paradoxais e com diver-

sas camadas de significado, como "Vai devagar que estou com pressa" ou "Te perdoo por te trair".

Diferente do que muitas pessoas pensam, a frase não é de autoria de Pessoa. Plutarco atribui a Pompeu, general e líder romano, o dito *Navigare necesse est, vivere non est necesse*, que literalmente significa "Navegar é necessário, viver não é necessário". Pompeu teria dito isso em um momento em que suas tropas temiam embarcar no mar revolto. Mas o angustiado e genial Fernando verte "necessário" em "preciso", e aí se multiplicam as possibilidades de essa frase nos afetar.

Viver não é preciso. Viver é lançar-se nas possibilidades e estar preparado para a existência em aberto, em um arco de desventuras e bem-aventuranças. Vivos, singramos no exílio breve de estarmos presentes no mundo, antes e depois das eternidades de onde viemos e para onde voltaremos. Finda a vida, estará finada também a imprecisão. A biografia — como explica o escritor e filósofo Juliano Garcia Peçanha — é esse fio secretado pela aranha que se chama homem. Mas a palavra "biografia" só pode ter seu significado enunciado — escrita da vida — quando a história do ser vivente está cerrada. Enquanto estamos vivos, somos mais abertura do que história, somos mais o mapa das nuvens do que o hieróglifo na pedra.

Navegar é preciso. Apesar de a tecnologia ingênua da bússola e o enigma do funcionamento do astrolábio nos assombrarem hoje como terrivelmente inexatos, em um mundo cuja superfície já foi completamente cartografada, fotografada, mensurada e empossada, a conquista do mar sem-fim dos portugueses só poderia ser viabilizada se tudo que existisse além da certeza da imprevisibilidade estivesse sob a tutela do mais firme controle.

Diferente do século XVI, vivemos em um mundo onde a possibilidade desse controle atingiu níveis tão sutis como insuportáveis. Sutis, porque nós mesmos — e este que aqui vos fala é o primeiro a confessar este pecadilho — nos sentimos na obrigação de rastrear os nossos próprios passos e torná-los públicos. Insuportáveis, porque nos tornamos completamente aversivos a tudo aquilo que não esteja devidamente esquadrinhado e marcado nos eixos das coordenadas

cartesianas que recebem diversos nomes, como "projeto de vida", "plano de saúde" e "meta de aposentadoria".

Não é surpreendente, porém, que estejamos hoje discutindo até que ponto a noção de doença se adentrou no cotidiano do que antes era tido como o reino da normalidade. Não é à toa que vemos, na prática, situações em que pessoas, em geral bem-intencionadas e voltadas a uma determinada forma de cuidar, são capazes de usar de estratégias de atenção que irão reduzir os graus de liberdade existencial de outras pessoas. Essa não é uma questão fácil. É muito mais fácil apontar como culpados dela uma determinada categoria profissional, ou um determinado ideário, ou uma determinada ferramenta.

Nesse processo, por vezes, acabamos por agir em nome de elementos preconcebidos e moldados e, portanto, atuar de forma nada mais do que preconceituosa. "A culpa é do DSM 5". "O problema são os médicos". "O ECT é tortura e tem que ser proibido". "Há uma epidemia de uso de Ritalina". Não há demônio a ser exorcizado na busca de "despatologizar" o viver humano, a não ser que esse demônio seja o próprio ser humano e os rumos que ele vem tomando.

Vejam, sou o primeiro a admitir que a minha categoria profissional é, no mínimo, problemática na hora de interagir com a esfera pública. O histórico das passeatas de jaleco de meados de 2013 e a campanha do Dia do Médico deste ano de 2014, na qual o Conselho Federal de Medicina condiciona que o país ter que "investir [...] principalmente na valorização dos médicos" para haver "mais humanidade" (*sic*) no tratamento, por exemplo, nos apontam certa dificuldade em dialogar com as expectativas, se não de toda a população, pelo menos de sua maioria.

Mas, ainda que melhorasse imensamente a capacidade dos médicos de dialogar e criticar o cenário da medicalização em seu sentido mais estrito, que é converter em questão de saúde algo que é da natureza da cultura (e isso não acontece); ainda que o uso de metilfenidato e da eletroconvulsoterapia se restringisse aos casos em que tivéssemos a melhor evidência possível de que os benefícios irão superar os malefícios (e isso não acontece); ainda que pudéssemos compreender

quais são as forças que levam à redação de manuais como o DSM 5 e o CID-10 e entender que sua utilidade deveria ser limitada à burocracia e à pesquisa (e isso não acontece); ainda que tudo isso acontecesse, como por mágica, ainda assim a sociedade clamaria por controle.

O ambiente devassado e perfeitamente previsível da "matrix" em que o mundo brada por se tornar contrasta com a enorme e palpável realidade de que o clima está se transformando de forma tão avassaladora que a mudança se tornou perceptível ao curso de uma vida humana — e que agora nem precisa ser uma vida tão longa. Lá fora a terra está seca, tanto pela má gestão estadual dos recursos hídricos quanto pela irresponsabilidade do governo federal em compreender que comprar a pauta do agronegócio é seguir no sentido da autodestruição — inclusive do próprio agronegócio.

Isso tudo torna, para mim, impossível não pensar em dois pensadores que foram, literalmente, amantes: Hannah Arendt e Martin Heidegger. Ontem, 14 de outubro, Hannah Arendt estaria completando 108 anos. Muitos de vocês devem estar familiarizados com o conceito arendtiano de "banalidade do mal", uma formulação que aponta que a mais profunda maldade nasce mais comumente da inconsciência do reconhecimento da sacralidade que é o acontecimento humano do que por qualquer influência externa. Arendt retira, nessa operação, a necessidade de um demônio tentador e mostra que está aqui dentro, no âmago, a fonte do mal.

Toda vez que se fala do uso inadequado de Ritalina eu me lembro de uma palestra TED proferida por Ken Robbins, um especialista britânico em criatividade. Nessa palestra, que recebeu o título instigante de "A escola mata a criatividade", ele conta que entrevistou pessoas que tiveram grande destaque em suas carreiras como pessoas criativas. Uma delas foi Gillian Lynne, coreógrafa de grandes sucessos da Broadway, como *Cats* e *O Fantasma da Ópera*.

Gillian conta que, quando criança, era muito inquieta, estava o tempo todo se movimentando na escola, e foi recomendado que sua mãe a levasse — nos anos 1930, quando ainda não se havia "descoberto" ou "inventado" o TDAH — a um especialista, porque ela poderia

ter algum distúrbio de aprendizagem. O doutor ouviu atentamente o que Gillian e sua mãe tinham a dizer, levantou-se e convidou a mãe de Gillian a conversar um pouco do lado de fora do consultório. Ao sair, ligou o rádio. Do lado de fora, o médico e a mãe viram, pela janela de vidro da porta do consultório, que Gillian começou a se divertir, dançando a música que tocava. O médico olhou então para a mãe e vaticinou: "Senhora Lynne, Gillian não está doente. Ela é uma dançarina. Leve-a a uma escola de dança". Deu no que deu, graças a um profissional com uma incrível escuta e a uma mãe que soube ouvi-lo.

Sempre que conto esta história eu me emociono, talvez porque eu também tenha uma menina em casa que precisa processar a vida pelo seu corpo para poder chegar a suas maravilhosas e criativas imaginações. Porém acho que parte da emoção vem também da tristeza que me toma por ver que cada vez menos médicos — e, em outras medidas, os demais profissionais de saúde também — percebem que parte da prescrição necessária é deixar viver. Viver não no sentido de sobreviver, mas no rumo de poder expandir as potencialidades em sua forma mais plena. Mas para isso é preciso estar atento a essas "acontecências", é preciso estar consciente. Na melhor das intenções de sanar e zelar, pais, mães e profissionais são capazes de zerar a vida de milhares de crianças. E, acreditem, na minha opinião, muito maior do que o perigo dos efeitos orgânicos de um metilfenidato é o risco de anular uma existência dentro da formulação de uma palavra: "doente".

Por outro lado, gostaria que vocês entendessem que eu não nego a utilidade das ferramentas. Sou um dos que acreditam que a ausência de assistência para crianças que poderiam se beneficiar do recurso medicamentoso do metilfenidato é tão grave quanto — ou talvez até mais do que — medicar quem não precisa de remédio. As duas questões não passam de duas faces da mesma moeda. O problema mais amplo é tornarmos nossa existência sujeita às ferramentas.

E assim, falo do outro pensador e amante que me vem assolar: Martin Heidegger, filósofo venerado e odiado do século XX, principalmente em seu pensamento que nasce na segunda metade do século XX, no pós-guerra. Em uma conferência chamada "A Questão

da Técnica", ele explica que uma usina hidrelétrica só pode subjugar um rio se nós compreendermos que esse rio é desprovido de valor como um rio em si e se torne somente ferramenta da técnica. Isso, de certo modo, determina uma relação que temos com a natureza, que é de dominação e apoderamento. A derrota da natureza é a vitória da determinação e do controle da técnica sobre a fera. Repetidas, inúmeras vezes, é mais ou menos como o deus babilônico e masculino Marduque continuando a derrotar e a matar eternamente Tiamat, a deusa-dragão sumeriana do caos e da geração, que antes estava no poder. Só que, diferente do caso dos mesopotâmicos, que acreditavam que o mundo era construído pelo corpo de Tiamat, nós não temos mais ninguém para colocar no poder a não ser uma força transcendente, masculina e que odeia a matéria.

Um dos riscos apontados por Heidegger — um risco que ele mesmo não percebeu quando, de forma irrefletida, filiou-se ao Partido Nacional-Socialista — é o da transformação do ser autorreflexivo, a chamada existência, em um ente, uma coisa. E se formos coisa, estaremos passíveis de sofrer o efeito de ferramentas. As neurociências vivem uma tensão incrível, hoje em dia, para definir onde pode terminar o olhar do homem como mente e como ele pode ser entendido como máquina. Essa talvez seja a maior questão da ciência humana.

Bem, posto tudo isso, eu gostaria de chegar mais perto de um tema que tem me tomado a mente há algum tempo. Ao receber o mote desta apresentação, "Viver é preciso, controlar não é preciso", foi este assunto que imediatamente me veio à mente quando comecei a improvisar minha glosa.

Após esse percurso um pouco errático e angustiado que eu fiz com vocês, queria chamar a atenção para a questão do uso de drogas psicoativas nesse contexto todo. Quando falamos de uso de drogas, é preciso entender que a própria palavra "droga", como a entendemos agora, é uma definição curta e rasa, em comparação ao histórico da relação humana com as substâncias psicoativas.

O assunto é eivado de erros conceituais e pressupostos morais. Por um lado, há camadas e camadas de compreensão, desde aqueles que

entendem como inocentes as drogas legalizadas até os que desejam ou desejaram controlar grupos sociais que fazem do uso de determinadas drogas ilícitas parte de sua cultura. Por outro, há a advocacia do direito ao próprio corpo, que coloca — pela direita ou pela esquerda — como absurda a doutrina de que o estado possa controlar o que cada um irá inserir em seu próprio corpo. Nesse cenário, os usuários não problemáticos de determinadas drogas, que — é bom lembrar — são a maioria dos usuários de substâncias psicoativas, lutam pelo direito utilizá-las de forma recreativa, curativa ou religiosa. Os mais organizados são os que elegem como seu "barato" a maconha e os psicodélicos. Adicione-se a isso a visão que a mídia traz ao tratar o assunto de forma irresponsável e temos aí um enorme novelo a desfiar.

No entanto, como o tempo é curto e necessariamente teremos que abordar o tema com algum recorte mais enxuto, gostaria de refletir com vocês, até o final desta exposição, sobre a questão dos usuários problemáticos de substâncias ilegais, em especial os que orbitam as cenas de uso urbano de *crack*, os chamados mocós e as Cracolândias. No Brasil, nenhuma droga desfruta de maior exposição e desconhecimento. *Crack* não vicia necessariamente na primeira tragada; a maioria dos usuários problemáticos aceita ajuda e não vive do roubo; os problemas sociais e relacionais parecem antecipar em muito o uso mais mórbido da substância; e o destino do usuário contumaz de *crack* não é inevitavelmente a morte. Desculpem por essa ladainha, se vocês já a conhecerem, mas me vejo na obrigação de repetir isso em toda apresentação que faço sobre o tema, porque há sempre alguém se surpreendendo com algumas dessas evidências.

Não consigo pensar em nenhum outro grupo em que a questão do viver e do controlar é exercida de forma mais essencial. Eles vivem o paradigma do consumismo em sua vertente mais radical, consumindo a si mesmos, vivendo alternadamente, na brisa breve e na pesada realidade. Pode-se, assim, ter a impressão de que essas pessoas vivem no mais pleno descontrole, mas isso não é preciso — e aqui estou usando a palavra tanto no sentido de exatidão quando de necessidade. Aliás, muito ao contrário. Embora o usuário de rua de *crack* seja visto como

a mais pura antítese do "cidadão de bem" — e talvez, de fato, o seja — a Antropologia nos auxilia a compreender que existem diversas maneiras de controle no uso problemático de substâncias.

Por esta altura talvez já tenha ficado claro, mas eu vou precisar enunciar: humanos são viciados… Viciados em regras. Elas sempre existirão, em qualquer sistema social. Cada grupo terá sua forma de lidar com os inadequados e recalcitrantes, e os mesmos desajustados irão delimitar suas próprias normas tácitas ou explícitas. Isso não é diferente do que acontece na Cracolândia, um espaço especialmente organizado e pleno de códigos que se apresentam por meio de palavras. Na "Cracô", polícia é a "loura", criança é "anjo", e os "sintonias e disciplinas", cargos na hierarquia da organização criminosa paulista Primeiro Comando da Capital (PCC), estão lá, a mando das forças que vetam crimes maiores na área — e essa força não é só a da lei — para organizar o fluxo dos "noias" — nome dado aos consumidores de *crack*. O controlar da Cracolândia é, mais uma vez, em seus dois sentidos, preciso.

A coisa muda um pouco de figura se nesse caso pensamos na precisão de viver. O "cracudo" segue um ritmo "bicho-solto", como que abraçando a imprevisibilidade, ainda que a temendo e tendo com seu modo de viver uma relação que muitas vezes é incômoda para si e, não raro, plena de sofrimentos — não os ignoremos. Para o "noia", viver é ao mesmo tempo necessário e inexato. Por mais poético que possa parecer, isso suscita em nós o melhor de nossa natureza beneficente e, ao mesmo tempo, o que temos de pior em reconhecer o que, de fato, o outro quer.

Em geral, ao fazermos o que consideramos ser o bem, agimos dentro do que julgamos ser o melhor para nós, ou por nós. Raras vezes nós nos perguntamos sobre os efeitos colaterais de nossa beneficência. O controle social de drogas ilícitas nos séculos XX e XXI talvez seja um dos maiores exemplos disso: um conjunto de tentativas ineficientes de arbitrar sobre os modos de ser que confrontam os ditames da norma vigente, à custa de uma enorme cifra de corpos encarcerados e de outra grande pilha de corpos mortos — uma pilha, por sinal, maior do que a

dos que morrem pelo uso de drogas, mesmo considerando como somos incompetentes em estabelecer reais políticas de redução de danos.

Um quarto dos encarcerados neste país está detrás das grades por conta de acusações de tráfico de drogas. A maioria destes eram narcovarejistas, vendedores de drogas que pouco têm a ver com a imagem de traficantes armados com fuzis militares. Os estudos indicam que um bom número deles é composto de usuários de drogas que deram o azar de serem pobres e pretos em uma época na qual a polícia é regida, como muitos de nós, por índices de produtividade. As regras sobre drogas têm estatuto fundamentado na moralidade, já que não há qualquer dado científico — como se a ciência também não tivesse uma moral, mas isso é história para outro dia — que justifique suficientemente as linhas que diferenciam as drogas proscritas das controladas e lícitas.

Nos cenários de uso de *crack* tudo isso se mistura e se revela na forma mais explícita, desde que tenhamos olhos para ver. Há quem diga, por exemplo, que sobram serviços de assistência na região da Luz, no mais variado cardápio: das igrejas ao sopão, do Braços Abertos ao Cartão Recomeço, todos vigiados, é claro, pelos olhos explícitos do ônibus com câmeras do *Crack é* Possível Vencer e pelos olhos não tão evidentes da facção criminosa vigente. Por que, então, os problemas não se resolvem? Será porque não estejamos aptos a parar e entender o que significa esse modo de viver? Será que não seríamos mais eficientes em cuidar dessas pessoas fazendo jus à palavra "cuidado", se tentássemos auxiliar o sofrer humano nos despindo do próprio discurso que colocamos na boca delas próprias?

Isso então me remete à pergunta que me acometeu desde o início dos meus pensamentos sobre esta questão. Se controlar parece ser uma vocação inequívoca da nossa espécie, como seria, então, a melhor forma de fazê-lo? Qual o controle de maior precisão, tanto em termos de necessidade quanto em termos de exatidão? Lembremos, por exemplo, que um protocolo para a prescrição de metilfenidato é uma forma de controle. Trata-se de uma regulamentação, não uma proibição. Ao invés do interdito obrigatório de direitos que é o pro-

cesso de internação compulsória em massa (o controle na sua forma mais irrefletida e intolerante), onde haveria espaços em que uma ferramenta não fosse fetichizada e vendida ao público no formato de solução simples e equivocada para um problema complexo?

A melhor resposta possível a que consigo chegar, para concluir — e confesso a vocês que vim aqui mais para partilhar as minhas perguntas do que buscar soluções —, é que as formas menos inaceitáveis de controle seriam as que levassem em consideração um pouco de tudo sobre o que conversamos: reflexão contra o mal banalizado, atenção aos limites da técnica, respeito à perspectiva alheia — mesmo que heterodoxa — e um olhar para as consequências mais radicalmente humanas de nossas políticas mais bem-intencionadas.

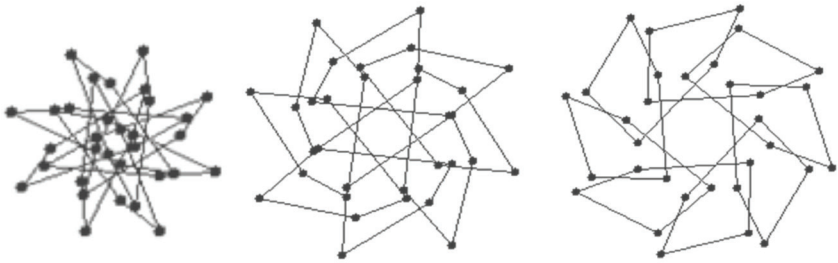
Há certeza nisso? Não. Se começamos com Fernando Pessoa, terminemos com Guimarães Rosa, que colocou na boca do ex-jagunço Riobaldo, ao fazer a sua longa confissão terapêutica ao "doutor" — que somos nós, leitores de *Grande Sertão: Veredas* — a seguinte frase: "Viver é muito perigoso". As transformações que necessitamos são ao mesmo tempo fundamentais e perigosas. A cada curva da estrada, o mal banalizado, a desumanização das gentes e o domínio quase absoluto da técnica estarão presentes. Estejamos atentos e pensemos, a partir daí, em novos caminhos. Caminhos onde aquilo que dê forma ao controle seja o espaço dialógico que acolha e aceite a imprecisão que é o viver.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, SAÚDE E DEVIR CÍNICO

LUIZ FERNANDO BILIBIO – Graduado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mestre em Educação e doutor em Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), trabalha no Consultório na Rua

do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e é pesquisador colaborador do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), ligado à Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O QUE eu vou compartilhar com vocês são muitas questões e questionamentos que surgem na minha prática como trabalhador da Saúde, e agora lidando com essas questões no universo da academia. Como primeiro exercício, vou compartilhar com vocês algumas afirmações, para depois tentarmos pensar sobre elas. Como vocês podem observar, eu optei por não dar um nome para minha fala, mas usar o diagrama abaixo, que fala em processo, em transformação, mudanças, incertezas, fala em desterritorialização e reterritorialização. Espero que pelo menos consigamos produzir alguma potência de pensamento com base nisso.



Aqui vão algumas afirmações: "Ele é um tipo de não cidadão, sem residência fixa, desprovido de pátria, vai para lá e para cá; parece estar em casa em qualquer lugar. Mendigo e vagabundo, vive de um dia para o outro!" "Vivem como cão! Com sede, bebem água da chuva; com sono, dormem no chão; com fome, comem o que aparece; com necessidade, põem-se a urinar e a defecar em qualquer lugar."; "Eles não têm controle interno e parecem não se importar com a sua saúde nem com a sua vida. Andam por aí se expondo ao calor e ao frio, sem se importar com suas roupas podres e malcheirosas." "Mas eles vivem aqui, nas cidades! Se aproveitam das conveniências da cidade, entre elas a oportunidade de esmolar, de dormir nas faixadas dos prédios

públicos, entre outros aspectos." "São despudoradamente indiferentes às normas sociais estabelecidas; desrespeitam nossas convenções sobre limites, sobre o que é público e o que é privado. Sua rejeição deliberada da vergonha é escandalosa às pessoas de bem, aos cidadãos respeitáveis.", "Esses cães desfiguram nossa tradição humana e subvertem nossas autoridades; são desprezados, mas parecem não se importar com isso." "São um tipo de louco; é preciso extirpar este despudor de nossas cidades."

Quem são eles? Levante a mão quem acha que, até aqui, são palavras dirigidas a pessoas em situação de rua. Então, eu fiz uma seleção boa, porque essas afirmações foram dirigidas aos cínicos, aos chamados "cães filósofos". Eu peguei um conjunto de fragmentos do livro *Os cínicos: O movimento cínico na Antiguidade e o seu legado,* uma produção da Universidade da Califórnia. Essas afirmações eram dirigidas aos chamados "cães filósofos", no século IV a.C., "cães", palavra derivada de *kynicos*, do grego, na sua etimologia, que significa igual a um cão. Mas estamos falando, segundo alguns estudiosos, de uma escola filosófica que tomava como referência de vida o cão, viver como um cão, por isso são chamados cães filosóficos e têm Diógenes de Sinope nas suas principais referências. Por que retomar no século XXI algo do século IV a.C.? Porque, como vocês constataram, e eu também, e levei um susto quando me dei conta de que esse conjunto de afirmações, que já era endereçado, 400 anos antes de Cristo, aos cínicos, aos cães filosóficos, está presente ou, de alguma maneira, tem uma semelhança ao que escutamos por aí em relação às pessoas em situação de rua.

Eu selecionei um conjunto de notícias que falam de processos contemporâneos muito semelhantes àqueles direcionados aos cínicos. Uma notícia de 2012, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, constatando que a violência contra o morador de rua cresce em todo o país; outra de 2012 afirmando que a polícia mantém presos moradores de rua que ocupavam área pública em Brasília. Nos Estados Unidos também, em 2013, a cidade de Columbia se organizou para prender mendigos que ficavam na região do centro; a Hungria tam-

bém proíbe moradores de rua de dormir em locais públicos. Quer dizer, conseguimos achar, dando uma passeada pelo Google, diferentes notícias sobre isso hoje, que já estavam lá 400 anos antes de Cristo. E essa pérola do ano passado, de um vereador da cidade de Piraí, no Rio de Janeiro, que fez uma fala muito afirmativa a favor de um colega que havia colocado como projeto de Lei no município não deixar os mendigos, moradores de rua, votar; ele, entre um dos argumentos, concordando, parabenizando o colega, porque, por sinal, esse pessoal, na opinião dele, tinha que virar ração de peixe, ele faz inclusive uma afirmação a favor da pena de morte. Temos que manter essa memória de certos acontecimentos, não no sentido do ressentimento, mas no sentido do alerta.

Saindo, de certa maneira, de um quadro de violência, de agressividade em direção às pessoas em situação de rua; na saúde, acabamos encontrando algo também dessa ordem, como o Pedro Tourinho já falou, a questão da tendência que está no cenário da internação compulsória. É curioso que uma pessoa do Rio de Janeiro, ligada à área da Justiça, falou "não se trata de uma internação compulsória, se trata de um acolhimento compulsório" e, de fato, alguns profissionais da saúde enfrentam certa dificuldade ao tentar acolher algumas pessoas; é um desafio mesmo, esse processo de trabalho.

Uma questão que para mim é muito forte, uma referência, e quem conseguiu sintetizá-la de uma maneira que eu achei muito pertinente foi a Laura Feuerwerker, no Congresso da Rede Unida, que colocou isto: "Olha, essa necessidade, precisamos refletir cotidianamente. As nossas práticas de Saúde estão ocorrendo a favor da produção das diferentes possibilidades de vida ou estão ocorrendo a favor de quê?" Então, de certa maneira, podíamos ficar aqui, porque é isso que eu vou seguir compartilhando, debatendo, tentando produzir algum tipo de resposta provisória para essa questão, que eu acho que é um desafio constante dos processos de cuidado, enfim, quando estamos interagindo com a vida do outro.

É uma referência também interessante, é uma constatação, de alguma maneira, que eu estou compartilhando com vocês; essas passa-

gens estão presentes no manual sobre o direito e os serviços destinados à população em situação de rua, do Ministério Público de Minas Gerais. Ele vai falar o seguinte, como se fossem pressupostos: Quem são eles; quem são as pessoas em situação de rua? "Vítimas do atual sistema político, que na cegueira do capital tem produzido milhares de novos moradores de rua a cada ano". Isso é muito importante, eu não desconsidero essa perspectiva, acho que uma das forças que de fato produzem muita desigualdade social, e, nesse sentido, acabam empurrando pessoas para situações de extrema vulnerabilidade, para a situação de rua, é o contexto da nossa sociedade em torno do capital. Na sequência, vem também esse tipo de pressuposto: Por que está na rua? Por falta de opção. Ninguém está na rua porque quer. Quando encontro essas afirmações, já estou com os cínicos, os cães filosóficos, na minha cabeça. Nesse sentido, confesso que não é muito confortável, este fórum é um espaço de uma radicalidade, digamos assim, democrática, em que me sinto plenamente à vontade para problematizar isso, mas em alguns lugares, como profissional da área da saúde, um profissional ligado a políticas públicas, levantar a possibilidade de outros elementos, para além desses pressupostos, é algo muito subversivo, é insuportável. Eu acho que aqui estamos nesse exercício de lidar com o insuportável, com o estranho, para podermos, de alguma maneira, produzir algumas novidades, em um cenário em que a captura está colocada em todos os lugares.

Por outro lado, vejam o caminho que estamos fazendo. Se no primeiro momento o que eu compartilhei não trouxe, até certo sentido, nenhuma novidade, se olharmos para as mesas da manhã, para o que as pessoas que me antecederam falaram sobre uma violência direcionada ao diferente, no sentido do controle, no sentido, inclusive, da eliminação, temos um conjunto de forças ligadas, por exemplo, à questão dos direitos humanos, que eu acho que é uma referência muito importante para tentar, no mínimo, equilibrar um jogo de forças que está colocado na dita realidade.

Vou começar a falar do que fiz nos últimos quatro anos e meio da minha vida, que foi interagir no serviço de saúde com a população

em situação de rua de Porto Alegre. Antes de entrar na Universidade Federal, eu trabalhava no consultório na rua, ligado ao grupo hospitalar Conceição; então, interagir com pessoas em situação de rua fez parte do meu cotidiano nos últimos quatro anos e meio, até junho deste ano; e cada dia que ia para a rua, eu perdia o chão, perdia a referência do que era o real, do que era o certo, do que não era o certo, do que se deve, do que não se deve fazer. Um exercício quase insuportável de me manter integrado; e voltando para casa, reordenando as coisas, do que cabia à minha parte, como um cidadão respeitável. Esse conjunto de experiências, durante quatro anos convivendo com as pessoas em situação de rua, na zona norte de Porto Alegre, deixou muitos vestígios, muitas marcas, muitos efeitos em mim, e é sobre eles que, de alguma maneira, eu estou falando com vocês.

Já um dos meus intercessores, Deleuze vai falar: "Olha, para falar sobre efeitos, sobre desconfortos, sobre mudanças, fabrica os teus intercessores." De certa maneira, o encontro com as populações em situação de rua, para mim, é um encontro intercessor, sempre foi um encontro intercessor; mas também surge a necessidade de fabricar intercessores para poder, de alguma maneira, colocar em palavras aquilo sobre o que, até muito pouco tempo, eu ainda não tinha condições de falar. Nesse sentido, eu venho trabalhando com a ideia de devir cínico, ou o devir cão filósofo, como estratégia de pensamento para produzir sentidos intempestivos — talvez um pouco contra o tempo, contra o que está dado, mas talvez a favor de um tempo por vir — na produção do cuidado com a população em situação de rua, que talvez não esteja só direcionado à população em situação de rua. Acho que nisso eu concordo com o Luiz Fernando Tófoli, de alguma maneira, porque no outro texto eu falei dos feios, sujos e malvados, que bastante gente prefere não atender. De certo modo, eles colocam os desafios e os limites da produção do cuidado na saúde de um jeito muito intenso hoje, talvez quase insuportável. A ideia do devir cínico tem me ajudado, é uma maneira pela qual estou conseguindo falar sobre isso. A ideia de devir — vou usar muitas referências de Deleuze —, sendo algo minoritário, algo que tenta escapar, algo que tenta inco-

modar, está ali pulsando, mas, em uma sociedade de controle, é muito fácil ficar apenas na sua virtualidade. Não se trata, o que eu já estou relatando e vou seguir relatando, de uma imitação, ou de uma identificação com determinada maneira de existir que está colocada na história, por exemplo, quando eu falo hoje em população em situação de rua, não estou dizendo que são os novos cínicos, são os novos cães filosóficos, só estou compartilhando com vocês o susto que eu tive ao me dar conta e constatar que quatro séculos atrás algo dessa ordem já estava presente e hoje continua, entendem? Não no sentido de continuidade, de desdobramento, mas de um devir, dessa ideia de devir.

Obra de Michael Trpák

Essa imagem de Michael Trpák é muito interessante, para mim, presentifica muito essa questão do devir, o quanto nós somos constituídos por forças, por linhas que estão dadas na questão do social, na questão do biológico, na questão da dimensão espiritual, e em tudo que entendermos que faz parte da tal da nossa existência. É interessante porque questiona, confronta a ideia de individualidade, de indivíduo soberano; nós nos constituindo da mesma matéria, das mesmas forças que estão colocadas no mundo; mas talvez, por exemplo, do ponto de vista da ciência, da perspectiva do positivismo, ocorre um

corte nessas linhas de força e nos entendemos como indivíduos soberanos, que olham para o mundo, e que vão manipular a existência. Ao mesmo tempo, a ideia de *mandala* e de processo, de dinâmica, entendendo que essas linhas de força, que nos constituem o tempo todo, estão operando de uma maneira incessante, dinâmica, como a Maria Aparecida Affonso Moysés falou de manhã, no exato momento em que eu peguei o microfone, em que eu revi o Pedro, em que eu estou aqui interagindo com vocês, eu já sou outro de antes de começar esse processo, ou seja, a vida pulsando, a vida pedindo passagem, a vida se impondo, e não necessariamente por processos conscientes.

Em certo sentido, eu entendo que quando congelamos o processo da vida, é como se quiséssemos estabelecer certa dinâmica de forças, como as que vigem, como as que precisam ter vigência; só essas podem ter vigência, só esse jeito de existir vale a pena, só esse jeito de existir deve ser a referência para produção do cuidado, para nossa clínica, e nesse sentido vamos usar diferentes tecnologias. O devir coloca em movimento de novo, o devir é esse desassossego, é essa força, digamos assim, imanente, que pede passagem; nesse sentido, ela é sempre minoritária, está sempre incomodando.

Resgatando a ideia dos cínicos, Nietzsche faz referência aos cínicos, quando, no capítulo "Espíritos livres" do livro *Para além do bem e do mal*, fala que talvez no processo de "autoconhecimento", de conseguirmos ter sacadas mais potentes e interessantes na direção de afirmar a vida, é sortudo quem se encontrar com os cínicos, talvez haja algo a aprender com a questão dos cínicos. Foucault, na chamada terceira fase, no livro *Coragem da verdade*, vai dar algumas aulas retomando a questão dos cínicos, e eu escolhi esta citação, quando ele fala que "neste ocidente, que inventou tantas verdades diversas e moldou formas de existência tão múltiplas, o cinismo não para de lembrar o seguinte: que muito pouca verdade é indispensável para quem quer viver verdadeiramente e que muito pouca vida é necessária quando se é verdadeiramente apegado à verdade". Então, de alguma maneira, duas referências para mim são Nietzsche e Foucault, reconhecendo "olha, há uma potência aí", do que eles quiseram colocar no cenário,

do que eles, de alguma maneira, representaram, no que Foucault vai chamar de a vida verdadeira, diferente da verdade sobre a vida.

Vamos voltar aos 400 anos a.C., aos cães cínicos e à ideia de desfigurar a moeda. Esse coletivo, essa chamada escola filosófica, entendia e queria fazer a sociedade entender que o que estavam valorizando como verdadeiro, como correto, inclusive a ideia da moeda, representando o que tinha mais valor na sociedade — o dinheiro, já colocado na Grécia Antiga —, precisa ser desfigurado, em nome do que entendiam das referências da natureza, de viver mais em função do desejo e da necessidade; eles tinham uma referência na natureza muito forte, e por isso a ideia do cão. Ou seja, vamos organizar nossa vida. O que tem que ser referência, o que tem que ter valor na nossa vida é comer quando estamos com fome, é dormir quando estamos com sono, é beijar na boca quando estamos com vontade, e não investir tanto tempo, tanta organização, tanta energia, em ficar construindo estruturas e mantendo valores que talvez não nos deem tanta riqueza em troca quanto dormir quando se está com sono, comer quando se está com fome, beber quando se está com sede, ou seja, a referência no organismo e na necessidade chamada natural, biológica, como referência acima dos valores em que a sociedade humana estava estabelecida. Nesse sentido, o viver despudoradamente em público — fazendo as necessidades fisiológicas em público, gritando quando achar que tem que gritar, dormindo no meio de uma apresentação de um seminário de fórum importante quando estiver com sono — era uma atitude política de resistência a certa ordem que já estava estabelecida e que era referência da organização nas *poleis* gregas. Então, o despudor, a indiferença à regra estabelecida, à noção de público e privado, era uma atitude político-pedagógica para dizer "espera aí, está todo mundo louco", tanto é que em uma das parábolas atribuídas a Diógenes, ele está saindo com uma lanterna em pleno dia, dizendo "procuro um homem de verdade, eu procuro um homem de verdade", ou seja, alguém que não viva de fantasias e que não gaste a sua vida investindo em um tipo de estrutura para construir uma sociedade, uma maneira de viver que está descolada das referências de natureza.

Outra característica importante dos cínicos é o cosmopolitismo, eles entendiam que a casa deles era o universo, a casa é qualquer lugar. Não tem por que respeitar fronteira entre Brasil e Uruguai, por exemplo, porque, se as aves voam para lá e para cá, se os animais vão para lá e para cá, por que eu teria que respeitar "até aqui tu pode vir, até aqui tu não pode", entende? Então, eles faziam questão de avançar em relação a templos, em relação a casas privadas, porque eles, político-pedagogicamente, entendiam que esse tipo de pressuposto tinha que sofrer um tipo de resistência, e eles praticamente não se ocuparam em nada — por isso o questionamento sobre ser uma escola filosófica — com registrar as suas perspectivas, seus pressupostos, as suas conceituações, mas vivenciavam a sua existência nessa direção, ou seja, é através da maneira como eu vivo. Por isso Foucault vai resgatar a ideia de uma vida verdadeira, que serve como arma política e arma pedagógica para colocar essas questões.

Existem constatações da presença de um devir cínico, do despojamento cínico, na própria ideia de anarquismo, como uma referência para pensar o viver junto na sociedade, o despojamento cínico ligado à ascese cristã inclusive na Idade Média, principalmente por meio dos franciscanos, que faziam a opção por uma vida extremamente simples; o despojamento cínico no niilismo russo, tendo Dostoiévski como referência de resistência à ordem estabelecida na Rússia do século XIX; o despojamento cínico e a contracultura, por exemplo, o cinismo *beat*, cinismo *hippie*. O que eu quero dizer é que, de alguma maneira, retorna, aparece, produz efeito novamente esse *éthos*, esse modo de viver; não no sentido de uma continuidade, mas no sentido de uma força que pulsa e que, de alguma maneira, se manifesta sempre por meio da diferença.

Pintando Saúde é o nome do consultório na rua, em que eu trabalhei até alguns meses atrás, de 2010 até julho de 2014; já aproveito para fazer uma homenagem aqui aos meus colegas de equipe, porque passamos por muita coisa, muitas situações de não saber juntos. Eu queria compartilhar pelo menos duas histórias com vocês, me falaram disso também. A primeira situação é a seguinte, de novo vai ao en-

contro do que Luiz Fernando Tófoli falou: eu estou interagindo com um grupo em situação de rua, que vivia no que chamávamos de uma carcaça, um prédio abandonado; conversando com eles, eles falando quem estava com dinheiro, quem não estava com dinheiro, como é que iam fazer com a próxima refeição e tal, e um deles dá uma bronca em um colega de situação de rua, dizendo assim: "Pô, mas tu também. O cara te ofereceu R$ 200,00 ontem e você não quis." E ele: "Eu não quis mesmo." Falando ali da dificuldade que eles estavam, alguém ofereceu R$ 200,00 para um deles e ele não quis. Eu tive a oportunidade de ficar com o morador mais individualmente, que eu vou chamar de Ulisses, "Ô, Ulisses, me conta essa história aí de R$ 200,00 e tu não quis", todo mundo me chama de Bilico, do sobrenome Bilibio, "é o seguinte, Bilico..." — ele é serralheiro, dizem que ele trabalha muito bem fazendo portão e tal, ele tem muita técnica... — "Não, o cara veio me oferecer para trabalhar o dia inteiro, e que no final ele ia me pagar R$ 200,00." Eu: "Pô, mas por que você não quis?" Aí ele perguntou: "O que eu vou fazer com R$ 200,00 no bolso, cara? Se fosse só uns R$ 50,00, tudo bem, mas R$ 200,00. Com R$ 200,00 eu vou comprar um monte de pedra, vou ficar fumando *crack* a noite inteira. Não quero isso, R$ 50,00 está legal, pego, compro uma pedra, duas, como alguma coisa, está beleza, agora R$ 200,00, vou ficar me enlouquecendo. Eu não." Redução de danos.

Outro cidadão havia feito, digamos assim, umas festas bastante ousadas um tempo atrás e queria fazer um exame para saber se estava com HIV, e nós: "Não, vamos marcar, a gente te acompanha até o laboratório para fazer e tal. Tal dia, tal horário, ok." Marcamos, fomos lá, no dia e horário marcados, para acompanhá-lo até o laboratório, ele não estava. Tínhamos marcado o laboratório e tal; então, tem que configurar toda a rede, a rede endurece, porque, afinal de contas, a pessoa não foi, agora tem que entrar na fila de novo. Passaram-se umas duas ou três semanas, estávamos indo ao local em que sistematicamente encontrávamos com ele, ele não estava; até que um dia nós o encontramos, já havia passado um mês, um mês e meio: "Fulano, e aí, cara, aquele exame que tu tinha pedido e tal, está a fim de fazer?" "Estou a

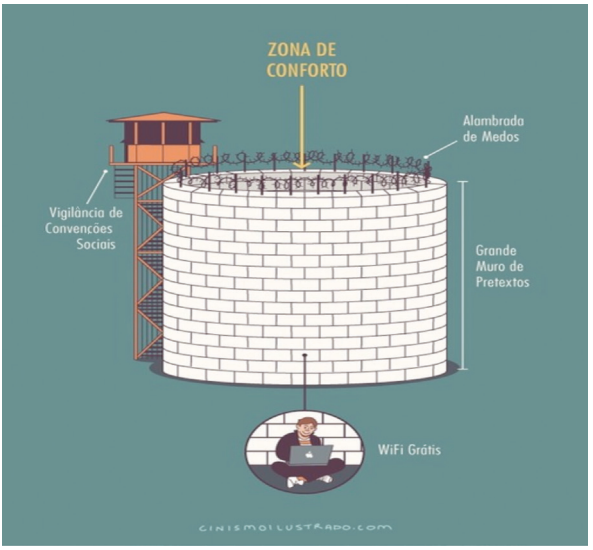
fim sim, bah, estou querendo ver." "Pô, a gente vem aí toda semana e não te encontra, como é que a gente faz?" Nunca me esqueço, era uma terça-feira, algo em torno de 10h30 da manhã, aí ele pergunta: "Não, passa aqui a hora que tu quiser, que dia é hoje?" "Hoje é terça-feira." "Terça-feira? Até. Sem ser sexta-feira agora, a outra sexta-feira, tu vem aqui, que eu vou estar aqui a hora que tu quiser. Bili, eu estou com R$ 20,00 no bolso, R$ 20,00 e não preciso sair daqui. Ó, tem aquela senhora lá, que depois, à 1h da tarde, ela terminou almoço da casa dela e coloca um macaquinho" — eles organizam dentro de uma sacola de supermercado uma refeição; e então, ele ia ali, à 1h da tarde, fazer a refeição dele. "Aquela outra casa, tem o senhor que lê o jornal, termina 11h da manhã, ele coloca o jornal ali, eu vou, fico sabendo da notícia do dia, leio o jornal, então tem o meu almoço, tem o meu jornalzinho, R$ 20,00 para comprar a minha cachaça. Até a outra sexta-feira eu estou aqui, pode pintar a hora que tu quiser." Na época eu estava com uma carga horária de 60 horas, eu saía de um lugar para trabalhar em outro; eu estava uma pilha, eu fiquei olhando, "caraca, e quem tem problema de comportamento de adaptação social é ele."

Para finalizar o conjunto de histórias, uma de outra densidade. Havia um grupo com que também interagíamos sistematicamente, ofertando cuidado e saúde, e era um grupo muito arredio. Com muita discussão de equipe: "Vamos inventar outro jeito de chegar, porque temos que acessar; nós temos que cuidar dessas pessoas." Fosse fazendo serviço de bailarina, colocando uma melancia no pescoço, quer dizer, tínhamos de encontrar um jeito para que eles nos recebessem. Eu era do grupo e disse: "Olha, o dia que eles quiserem nos receber, eles vão nos receber, estamos indo lá e ofertando." Às vezes, vamos à casa de alguém, ou vamos oferecer algo a alguém e essa pessoa não quer. Estamos no espaço público e trabalhando nesse paradoxo, porque, de certa maneira, é o ambiente deles. Mas havia uma exceção nesse grupo, eu vou chamá-lo de Beethoven, que era a única pessoa que olhava para o grupo da saúde, para as pessoas do Consultório na Rua, e falava: "Oh, tudo bem? Vocês aí de novo!" Enfim, trocava alguma ideia conosco. Geralmente muito bem-humorado, era um ra-

paz de 26 anos, que já estava entre idas e vindas para a rua desde os nove anos de idade. Cheguei um dia e só estava ele no local, o outro grupo que geralmente ficava por ali não estava. Ele estava com uma vassoura improvisada limpando o território dele ali, e eu brincando: "Pô, Beethoven, cheguei no dia da faxina", e ele olhou para mim: "É, é que amanhã é meu aniversário." Eu senti que algo havia ido para outra dimensão; de uma maneira intuitiva, mas, ao mesmo tempo, compartilhando uma dimensão minha, eu digo: "Pô, aniversário, cara? Aniversário, para mim, é sempre o dia em que eu procuro avaliar para onde está indo o barco; se o barco está indo na direção que eu tinha pensado em estabelecer quando saiu do porto ou se tomou outro rumo; sei lá, aniversário é um momento em que eu sempre vejo se a minha vida está como algum dia eu imaginei, ou como eu estou imaginando hoje." Ele me surpreendeu, se agachou, ficou olhando para o chão, bastante introspectivo; eu me agachei também, e ele falou a seguinte frase: "O problema é o motivo." Eu digo: "Como assim, motivo?" "O motivo, em nome do que eu vou mudar a minha vida." Aquilo, para mim, foi um soco no estômago, porque eu acho essa uma pergunta de uma envergadura, de uma densidade... É uma das perguntas da qual a Filosofia, desde a sua criação, se ocupa; quer dizer, qual é a razão da existência; em nome do que eu vou viver de outro jeito. Tudo, naquele momento, me pareceu pequeno ao dizer: "Não, para tu ter a tua casa, para tu ter um trabalho, para tu ter a tua família, teus filhos." Foi muito difícil produzir sentido sobre algumas referências que temos, e que acabam organizando o nosso cotidiano, organizando o modo como vivemos, um dia após o outro. Não preciso dizer que, depois dessa conversa, me tornei o técnico de referência do Beethoven e fizemos várias atividades juntos, mas preciso dizer que esse momento foi muito revelador; eu acho que está ligado a essa dimensão do devir cínico que estou compartilhando com vocês.

Outros efeitos, outras divergências, interferências que passam pelo devir são, por exemplo, essa alemã, Heidemarie Schwermer, que era professora de uma Universidade e fez parte de uma pesquisa em que viveria e interagiria com pessoas em situação de rua durante um ano;

ao final desse período, ela voltou para casa, vendeu o apartamento, distribuiu as coisas dela, pediu demissão do emprego e, desde então, vive "em situação de rua." Há um documentário sobre ela, *Living Without Money*, em que ela fala do quanto isso foi libertador, que ela não tinha noção dessa sensação de liberdade pela qual foi invadida desde o encontro com esse modo de viver. De certa maneira, esses dois filmes, *Easy rider* e *Na natureza selvagem*, são outras referências da expressão dessas questões. O primeiro é de 1969 e o segundo, de 2007, e, de alguma maneira, ambos colocam essa questão do devir cínico. O *Chaves*, vivendo em um barril, mas com uma interação muito interessante naquela comunidade. Há uma página no *Facebook* em São Paulo, o *SP invisível*, que dois jornalistas organizaram; eles fazem entrevistas com pessoas em situação de rua e colocam no *Facebook* seus relatos, suas narrativas, e a página já tem certa visibilidade, com a publicação de algumas matérias jornalísticas sobre o *SP invisível*.

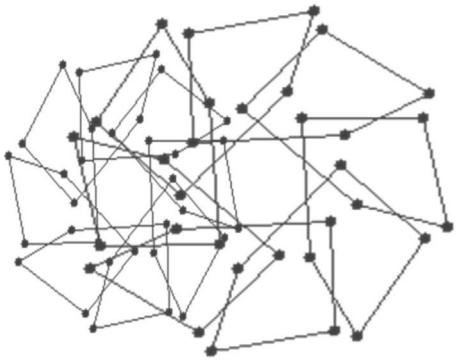


Fonte: Eduardo Salles

O cartunista mexicano Eduardo Sales trabalha a *charge* em torno da questão do cinismo. Escolhi essa imagem (Imagem 7), mas há

outras fantásticas no *site* dele. Nessa, ele vai falar, talvez explorando mais a ideia do cinismo como algo moderno, da nossa vida cínica, não no sentido das referências presentes nos cães filósofos, mas no sentido de nos desligarmos de várias coisas; por isso a população em situação de rua, por exemplo, se torna uma população invisível. Ele vai falar, nessa *charge*, de certa organização da vida, em que temos um grande muro de pretextos para não sair de dentro, um alambrado de medos, uma torre de vigilância das convenções sociais — entra aqui também a ciência e tal — e, lá dentro, em uma zona de conforto, estamos conectados com o mundo, com *Wi Fi* grátis.

Há a apropriação, algumas marcas usam a ideia da população em situação de rua, ou esse modo de viver se tornando grife. Uma pessoa que lida com moda em Minas Gerais está fazendo bolsas de alguma maneira inspiradas nessa interação com as pessoas em situação de rua, tendo certa estética a ser explorada. Quis trazer as diferentes possibilidades nas quais eu entendo que, de alguma maneira, está presente a questão do devir cínico, que eu acho que consideramos pouco nos nossos encontros de saúde, uma questão quase marginal.



Acho que há um tremendo desafio, que é representado, de certa maneira, por essas duas mandalas. Talvez essa seja uma imagem idealizada do encontro de Saúde, quando dois processos de atuação compõem um terceiro, um processo de subjetivação, sobre o que, para mim, Deleuze vai falar no encontro intercessor.

Os corredores de um evento como este sempre são interessantes; depois da mesa da manhã, eu escutei um comentário de corredor: "Pô, mas ficamos muito sem certeza; esse pessoal vem trazendo um monte de referência. É muita desterritorialização, quer dizer, como é que fazemos lá com o outro? Pô, precisa um pouco de segurança, precisa um pouco de..." Eu entendo essa angústia, eu acho que quem está nos diferentes locais, quem está no Legislativo e tem um compromisso mais sincero e orgânico com a vida, quem está na universidade, de uma maneira muito especial, entra nos serviços de Saúde, passa por esse drama, passa por essa angústia quase insuportável. Mas eu diria que vivenciar essa angústia de não ter certeza sobre o que propor, sobre o que, de alguma maneira, estabelecer como novidade na vida do outro, é uma necessária atitude ética, política e técnica, quando queremos produzir um cuidado efetivamente a favor da afirmação da vida como ela é.

Quando alguma dessas mandalas congela, ela começa, de algum modo, a querer forçar a outra a certa maneira de existir. No meu entendimento, estamos fazendo uma aposta em um processo de cuidado, que é um controle sobre a vida do outro, que é cercear a liberdade do outro, que é controlar o corpo e o desejo do outro. É um desafio, é intenso, é radical mesmo, é disso que estamos falando. É por isso que é um fórum como o PENSES, um fórum estratégico, e a Unicamp se propõe a promover esse encontro sobre temas, que são de certa maneira intempestivos, incômodos, têm uma carga forte de insuportabilidade, mas eu acho que é essa dimensão, é essa radicalidade que precisamos, de alguma maneira, considerar, se efetivamente quisermos fazer uma produção do cuidado na direção de afirmar a vida e sua multiplicidade.

Para terminar, eu vou citar Nietzsche, que é um intercessor muito importante para mim, e que também não tranquiliza, mas instiga. No aforismo 120 de *A gaia ciência*, ele fala: "Apreciada fórmula de terapêutica moral (cujo autor foi Ariston de Quios), 'a virtude é a saúde da alma', deveria, para podermos fazer uso dela, ser alterada ao menos da seguinte maneira: 'a tua virtude é a saúde da tua alma'. Porque não há uma saúde em si própria, e todas as tentativas de definir algo

desse gênero têm falhado, lamentavelmente. A determinação daquilo que significa saúde, mesmo para teu corpo, depende do teu objetivo, do teu horizonte, das tuas forças, das tuas impulsões, dos teus erros, e, especialmente dos ideais e dos fantasmas da tua alma. Há, por conseguinte, um número incontável de saúdes do corpo, quanto mais se permitir ao singular e ao inigualável que ergam de novo a cabeça, e quanto mais se esquecer o dogma 'igualdade dos homens', tanto mais os nossos médicos terão de abdicar também do conceito de uma saúde normal, tal como de uma dieta normal e de um curso normal da doença. E só então se poderia chegar à altura de refletir sobre a saúde e a doença da alma, e de colocar a virtude peculiar de cada um na sua própria saúde, o que, na verdade, poderia assumir numa pessoa o aspecto do oposto da saúde em outra pessoa. Ficaria, por fim, ainda em aberto a grande questão de saber se nos seria possível dispensar a doença, mesmo que para desenvolvimento da nossa virtude, e de saber se, sobretudo, a nossa sede de conhecimento e autoconhecimento não necessita tanto da alma doente como da alma sã; em suma, se o querer exclusivamente ter saúde não será um preconceito, uma covardia, e talvez o vestígio da mais sutil barbárie e atraso." Obrigado.

DEBATE – VIVER É PRECISO, CONTROLAR NÃO É PRECISO

GUILHERME GORGULHO BRAZ – Eu sou jornalista do PENSES e gostaria de fazer um comentário breve, amarrando um pouco o que todos falaram nesta mesa. Primeiro, elogiar, a mesa foi muito boa, foi muito importante tudo o que vocês disseram, e eu queria destacar principalmente a importância de olharmos para trás, na nossa história, para discutirmos as políticas públicas de saúde. Foi importante falar sobre a questão manicomial, e eu queria fazer um paralelo também entre a questão manicomial e a internação compulsória de dependentes químicos, que está em discussão. Outro fato muito esquecido na história do Brasil é o isolamento compulsório de hansenianos, que foi muito

importante para o Brasil; um drama de milhares de pessoas que sofreram com opções equivocadas da saúde pública. A hanseníase antigamente era conhecida como lepra, e esses hansenianos viveram em campos de concentração no Brasil; só no Estado de São Paulo nós tínhamos cinco desses leprosários, entre as décadas de 1920 e 1960, quando acabou o isolamento compulsório de hansenianos no Brasil. Também para fazermos uma comparação com o que está acontecendo hoje no mundo, a questão do ebola, por exemplo; está se discutindo isolamento compulsório desses pacientes, com ação da polícia sanitária, equívoco que já foi demonstrado, por exemplo, no caso da hanseníase, em que o isolamento compulsório dessas pessoas acabou ampliando a endemia, e essas pessoas, depois que foi descoberta a cura, no caso da hanseníase e também das pessoas que se curam de ebola, continuam sendo vítimas de preconceito, de rejeição, e então, é muito importante discutirmos também a questão do estigma. No caso da hanseníase, até hoje se usam expressões como "lazarento" ou "morfético" para expressar algo negativo — nomes usados para o leproso antigamente —, e as pessoas reproduzem isso hoje sem perceberem que estão reproduzindo uma ideia antiga, que já foi ultrapassada, e que pode causar ainda muitos danos para as pessoas que são vítimas dessa doença, que até hoje ataca muitas pessoas no Brasil; o Brasil é um dos países que mais sofrem com a hanseníase. Também é importante discutir o papel da imprensa, como foi dito por alguns dos palestrantes, que no caso da hanseníase também foi majoritariamente favorável ao isolamento compulsório, ou seja, não se discutiu de que forma o governo poderia estar equivocado ao adotar essa política, e isso se reproduziu por décadas, a classe médica também esteve do lado, vamos dizer assim, do governo, apoiando essa política, com poucas vozes dissonantes, que vinham sendo abafadas pela maioria, ligada ao governo. Acho que tudo isso é importante para discutirmos outros desafios que ainda podem surgir na nossa questão da saúde pública.

MARCELO VIÑAR – A respeito do *Holocausto brasileiro*, essa história terrível, queria fazer um comentário de uma história não menos ter-

rível. Nós estivemos no exílio, na França, durante a ditadura, por 14 anos, e as estimativas são de que mais de 50% da população psiquiátrica morreu de fome ou de frio durante a Segunda Guerra Mundial. É dizer que, se é sempre difícil conectar-se com os marginais, nos momentos de violência extrema é mais difícil. O nome "holocausto" se associa à *Shoah,* [palavra hebraica para "aniquilamento"], à exterminação de judeus durante a Segunda Guerra Mundial, mas creio que "holocausto", nas línguas latinas, inclusive no português, implica uma noção de sacrifício a algo superior, portanto alguns estudiosos propõem para a *Shoah*, substituir a palavra "holocausto" pela palavra "exterminação". No que se conta, de manicômios de Minas Gerais, é uma empresa sistemática de exterminação, de desconhecimento da humanidade do próximo, e não existe um sacrifício em nome de nada, senão a demonstração mais crua e cruel do que a espécie humana é capaz. A história é que, no lugar mais frio e pobre da França, havia um manicômio durante a guerra, em Santa Luana e no Maciço Central, e ali as pessoas começaram a morrer de fome e de frio em um monastério que teria muitas pedras. Um enfermeiro desse lugar, desse povoado de Santa Luana, pediu ao oficial nazista — nem todos os nazistas são tão maus quanto dizemos —, e havia um médico catalão anarquista, Francisco Tosquelles, se ele o autorizava a sair do campo de concentração depois da guerra espanhola, e o enfermeiro francês, Velveti, e o psiquiatra catalão disseram: "Assim nós vamos morrer, os sãos e os loucos, de fome e de frio", e, durante os quatro anos que durou a Segunda Guerra Mundial, fizeram uma empresa de sobrevida, mobilizando dos esquizofrênicos aos pragmáticos, levando-os a cortar lenha, ordenhar vacas, plantar batatas, prender fogo, cozinhar, até instalar uma rádio e um diário-mural na imprensa de Santa Luana. Esta verdade, ou lenda, o quanto há de envelhecimento com o tempo dessa experiência única, fundou uma experiência pós-manicomial rica como a de Basaglia. Esses diálogos, de franceses e catalães, escondiam resistentes militantes antifascistas que trabalharam com os loucos, e eram os melhores enfermeiros, porque os que não se moviam tinham frio; então, quando vinham as inspeções dos

soldados nazistas, o esquizofrênico e o militante tinham que parecer-se, se entendem o que eu digo. Isso é fundamental na psiquiatria, a horizontalização do vínculo, quebrar com a ideia de que sempre, por sermos psiquiatras, sabemos mais, estamos na normalidade, estamos na regra. Converteu-se no lugar em que o exílio já não curava os resquícios esquizofrênicos, e já não me curava dos meus valores de ausência; e meus colegas disseram que, no primeiro ano, eu havia sido o melhor psiquiatra, que depois havia deixado de sê-lo, porque havia aprendido a condição do francês e do doutor, como coisa que reverte uma ordem estabelecida. Sobre os cínicos, eu tenho uma definição de normalidade que está nas antípodas de Nietzsche: O normal e a saúde mental são o que parece comigo; essa definição etnocêntrica e autorreferencial de saúde e normalidade é inevitável, que, no Narciso primitivo que somos, todos os seres humanos, propõe que é normal e é saudável aquele que se parece comigo, não comigo, Marcelo Viñar, mas com um eu genérico de todos que estamos aqui e de todos os não loucos que existem no mundo. Essa referência etnocêntrica é irrenunciável e o trabalho que Luiz Fernando Bilibio fez é maravilhoso para sair dessa normalidade autorreferencial e poder criar um vínculo com essa alteridade radical, que significa conversar com o cínico, conversar com o eremita. Eu nunca pude conversar com nenhum deles, sempre vivi em bairros de pequena burguesia ou de boa burguesia e sempre há na rua homens sujos e soltos, como Bilibio descreveu, em Paris e em Montevidéu. Como estudante residente de Medicina, coube a mim muitas vezes tirar os piolhos e a sujeira daqueles que chegavam doentes ao hospital; é uma experiência muito dura, na qual, por meia hora, os estudantes de Medicina tinham que ser como os franciscanos e como todos esses. Eu, nessa experiência madura que tive na minha vida, curar de miíases alguém punguento assim. Havia um enfermeiro que pagávamos todo jantar para nos ajudar nisso. Esse trato com a alteridade radical desse homem que escolheu voltar a esse estado natural, esse estado oposto ao que nos constitui como humano, que é a linguagem e a cultura. Eu pude entender essa perda das normas, que, para mim, elas são o cimento da

humanidade, por isso eu queria muito, não sei se agradecer ao Biblio ou disputar contigo, por nos fazer confrontar essa extinta relação com a vítima, a relação com o destruído, com a pobreza, que é a relação daquele que parece, pelo menos, ter escolhido ser cínico como destino, e que, muitas vezes, não são fatores exógenos. O Brasil é um país tropical, mas no geral, no fim da vida na França e no Uruguai, essa gente se recusa a ir aos refúgios que dão alimento e comida e que preferem a precariedade, à margem, morrer de frio, em geral nas noites mais frias, abaixo de zero em Paris. Há um grande debate público sem solução sobre se a sociedade normal tem direito de levá-lo à força, abrigá-lo à força; que dilema: abrigá-lo e alimentá-lo pela força ou deixá-lo morrer de frio.

ALVARO DÍAZ BERENGUER – Para sair um pouco do dramático, vou falar com meu fronteiriço e agregar algumas coisas. Sou do Uruguai, de Rio Grande, somos praticamente o mesmo país, só que falamos duas línguas distintas. Você é gaúcho, não? Quem era gaúcho? Era um personagem de nosso campo, de nossa campina, que vivia sozinho com outros pares e, provavelmente, sua mulher, perambulando pelo campo livremente, sem nenhum limite, até que vieram os alambrados, até que vieram as cidades, e os nômades do campo se transformaram em indivíduos cidadãos, cidadãos excluídos. Creio que é muito interessante a visão que você marcou disso que é o contra óptico, do pan-óptico de Foucault — sabe o que é o pan-óptico de Foucault, que tomou do arquiteto Jeremy Bentham? É o indivíduo que, estando dentro de um sistema penitenciário, é sempre observado; há um lugar de onde sempre é observado, para que cumpra as normas; esse é o protótipo da normatização da cidade. O que Luiz Fernando Bilibio mostrou é exatamente o oposto disso, me pareceu formidável, é o indivíduo que sai a olhar as normas. Nós temos, no nosso campo, uma tradição, que é abrigar o nômade, que nós chamamos de "os caminhantes"; temos a obrigação de dar-lhes o que comer, abrigá-los à noite em um galpão, na Ásia também. Sem embargo, não é obrigação da cidade. Algo que eu queria dizer é o que significa um túmulo sem nome, nós vivemos,

vocês viveram, todo o cone sul viveu, um desaparecido, que é um excluído, mas que não se deixou enterrar, e enterrar é fundamental para dar dignidade à pessoa. Venho recordar a deputada Maria do Rosário, que dizia que vivemos repletos de estrangeiros em nosso entorno, com estranhos, com gente invisível; essa gente invisível, nós estamos excluindo, mas o pior é quando sequer deixamos que seja enterrada; é a pior forma de tratar um criminoso, matá-lo e que não se saiba onde seu corpo está enterrado, é a pior forma de fazê-lo desaparecer, é o pior insulto, a pior forma de ditar-lhe uma norma. Creio que o que a Daniela Arbex mostrou é, além de uma barbárie, uma indignidade para com as pessoas, porque se fez desaparecer com elas em vida, ficarão ocultas — e isso se prolongou em seu túmulo, que sequer se sabe onde está. Peço desculpas por não fazer perguntas, mas acredito que foi tudo tão claro que não é preciso fazer perguntas. Obrigado.

LUIZ FERNANDO BILIBIO – Maria Aparecida Affonso Moysés, você é minha musa inspiradora. Perto de você, nos locais que você me propiciou compartilhar com você, eu me sinto à vontade para compartilhar experiências que compartilho apenas com bocas pequenas. Vou compartilhar algo agora, que é uma suspeita e talvez até, em certa dimensão, seja uma denúncia; acho que isso precisa ser problematizado com certa radicalidade. Tem a ver com uma das questões colocadas, talvez não de todos os elementos que você agregou na sua pergunta, mas quando você relacionou algumas questões ligadas à questão do uso de drogas, à dependência química, e ao que nós temos hoje de oferta, de uma maneira geral, no Sistema Único de Saúde, nas políticas públicas de saúde no Brasil, voltadas para o chamado uso prejudicial de drogas. A minha suspeita é o seguinte: se, em determinado momento, foi importante e estratégico tomar a questão do uso prejudicial de drogas como uma questão de saúde mental, ou seja, de certa maneira trazer para dentro — o que estava em curso no país na forma de reforma psiquiátrica e de estabelecimentos de serviços substitutivos, como os Caps — a oferta para cuidar desse "problema de saúde". Então, se aquele momento histórico, no final de década

de 1980 e início de década de 1990 — os Caps-AD surgem em um segundo momento bem adiante, depois dos Caps, Caps 1, Caps 2 — foi um momento estratégico e importante para trazer para dentro, digamos assim, do arcabouço de cuidado, a questão do uso prejudicial de drogas como um problema de saúde mental, hoje eu acredito que isso precisa ser revisto com radicalidade, e não sei onde vamos conseguir ter fôlego acadêmico — por isso que eu acho que aqui é um local privilegiado — para olhar de frente para essa questão. Primeiro, partindo do pressuposto de que acabamos colocando como uma doença mental introjetar no organismo um tipo de substância, que é da ordem de liberdade individual, "ah, mas é que ele introjeta demais." Nesse ponto, Canguilhem é fantástico, "ele está em sofrimento, ele afirma um sofrimento, ele solicita ajuda." Mas acabamos desenvolvendo um conjunto de pressupostos e de tecnologias de cuidado, em que se coloca a questão do uso de droga como doença mental, o que é problemático, não conseguimos produzir respostas mais interessantes; a questão do devir cínico pega em cheio. Eu acho que não é um problema só meu, por isso que falei em bocas pequenas, em eventos como este, eu conversei com várias pessoas pelo país afora. De certa maneira, os Caps-AD estão embretados, estão em uma armadilha, porque há uma expectativa de todos — há um paradoxo com a questão da doença mental — em torno de uma promessa de cura, que é parar de usar, parar de introjetar as substâncias psicoativas; é a família, é o sistema, estamos falando de uma produção de subjetividade bem objetiva. Dentro desse turbilhão, nesses quatro anos de trabalho no consultório de rua, várias vezes, conforme o que acontecia no encontro intercessor, na conversa com as pessoas em situação de rua, que muitas vezes usavam droga de uma maneira abusiva e prejudicial, eu ofertei o Caps, "olha, conhece o Caps? Tem um serviço que tu vai ter uma equipe profissional, é um acolhimento, se tu está a fim de rever a maneira como tu está te relacionando, talvez lá seja o local", e a pessoa apostava e ia; foram muito poucas situações em que isso efetivamente se traduziu em um processo de cuidado que conseguisse, de alguma maneira, afirmar uma vida diferente com essa pessoa, um pro-

cesso de cuidado na direção da afirmação da vida, por exemplo, que continuasse envolvendo o uso de drogas. Conheço muitos Caps-AD — eu interagi com os de Porto Alegre — e isso se dá de maneira muito intensa, acho que não é uma questão de Porto Alegre. É sempre pela porta dos fundos que entra — e sai pela janela — algum tipo de proposta de dinâmica, de cuidado, em que está mais presente mesmo, de uma maneira radical, digamos assim, a ideia de redução de danos; eu acho que isso é um problema e vejo muito pouca gente falando sobre isso. Na verdade, é a primeira vez que estou falando isso em público, porque nos sentimos filiados a todo um processo, toda uma história, da reforma psiquiátrica, da implantação dos serviços substitutivos e da relevância desses espaços, e, às vezes, o momento de colocar autoanálise, autocrítica, é um momento muito doído. Mas, sob o risco de continuarmos produzindo microfascismos cotidianos — talvez não tão micro — na produção do cuidado das pessoas que fazem uso de droga, eu acho que essa questão precisa ser enfrentada com certa radicalidade. Em determinado momento histórico, foi estratégico puxar para dentro da saúde mental a questão do uso abusivo e prejudicial de drogas, mas ela acabou colando na ideia de doença mental, em que o ato de ingerir uma substância ou de introduzir uma substância no corpo, exercendo o meu livre arbítrio e o meu direito, mais do que direito humano, considerado um direito básico, de fazer com o meu corpo o que eu quero, se torna um tipo de patologia do comportamento, uma doença mental. Há as neurociências se apropriando e já vamos achar outra substância totalmente legitimada pelo saber biomédico que vai atuar na sinapse, onde, de alguma maneira, o seu cérebro está mandando você usar drogas; estamos resolvidos. Eu acho que essa é uma questão que está pedindo passagem, e vamos precisar olhar para ela de uma maneira coletiva, no campo das políticas públicas, dentro dos espaços de discussão da própria saúde mental, interagindo com os diferentes saberes, as diferentes perspectivas, de novo sob o risco de, se não fizermos isso, continuarmos cometendo microfascismos — e talvez não tão micro — cotidianamente nos espaços desses serviços substitutivos.

PEDRO TOURINHO – Quero só dialogar com o Luiz Fernando Bilibio, no final da fala dele até houve mais um questionamento para cada um refletir. Acho que há uma ou duas semanas, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo autorizou o uso da substância canabidiol, que é uma das substâncias presentes na maconha, em prescrição médica para determinados fins; ainda não temos nenhum produtor dessa substância, para você comprar na farmácia, mas, de alguma forma, é interessante ver como é que, dependendo da pintura que você dá para uma determinada substância, para uma determinada questão, isso passa, no debate na sociedade, um verniz de legalidade, de legitimidade, e outros olhares, outras maneiras de enfrentar essa questão, não passam da mesma forma. Então, para mim, é um exemplo interessante de como os processos econômicos interagem com as questões culturais e acabam produzindo capturas, e tentando, de alguma maneira, engessar práticas que podem ser culturais, questões que podem ser operadas de uma forma muito mais livre, bem diferente do que temos hoje. Quero também dialogar com o Guilherme Gorgulho, que falou sobre a hanseníase, e é interessante porque o Brasil teve durante décadas a política de internação das pessoas com hanseníase, da exclusão delas, e ainda assim, somos o segundo país do mundo em taxa de hanseníase, quer dizer, como medida de saúde pública isso é um fracasso completo, e como medida social é um fracasso ainda mais estrondoso. Temos hoje em dia o Morhan, que é o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, é um movimento de reabilitação do pessoal que foi isolado, que foi afastado de seus pais, que foi desligado do tecido social por conta das internações; esse grupo tem trabalhado muito a questão da memória e do reconhecimento, do reencontro da memória, como um instrumento. Só queria fechar falando da importância e do valor — dentro dessa perspectiva de construção de outros olhares, outros entendimentos — de construirmos e fortalecermos os instrumentos de memória e de reconhecimento, e de exposição desse tipo de ação, quando ela se torna ação de Estado — mais ainda do que nos microfascismos, que discutimos no dia a dia, que também têm que ser expostos e questionados —

de uma forma mais contundente e mais dura ainda, porque, além da necessidade, evidentemente, de reparação, é um dos instrumentos de que já dispomos hoje para podermos constituir a disputa, a luta, para que construamos outras sociabilidades.

DANIELA ARBEX – Eu não vou falar nada, só agradecer, porque eu saio desta mesa mais desassossegada ainda. Eu tento transformar esse desassossego e a minha inquietação em ação, colocando o dedo na ferida. Vamos começar a publicar uma série na Tribuna de Minas exatamente sobre as vidas roubadas, para tornar visíveis os invisíveis sociais e mostrar como as pessoas estão sobrevivendo fora dos hospitais psiquiátricos.

LUIZ FERNANDO TÓFOLI – Resumidamente, eu queria reforçar o que o Luiz Fernando Bilibio falou, e dizer que você só não ouviu alguém falando essa história do Caps-AD, porque é a primeira vez que nós nos vimos. Evidentemente que há todo um lugar e uma importância do Caps-AD. Quando foi levantada essa ideia da internação compulsória em massa como a solução para o problema do *crack* da rua no Brasil — vale dizer que essa internação compulsória aconteceu relativamente pouco; no Estado de São Paulo foi pouquíssimo, ela foi mais um instrumento de propaganda do governo do PSDB do que um fato em si; houve muita internação, mas não esse recurso da internação compulsória, quer dizer, muita internação voluntária e um tanto de involuntária, compulsórias foram pouquíssimas —. O que se ouvia como oposição a esse modelo da internação, a pergunta que as pessoas faziam era: "Mas se não internar, vai fazer o quê?" A resposta vinha: "Caps-AD." A resposta não é Caps-AD, a resposta é "também Caps-AD", a resposta é Caps-AD, consultório na rua, unidades onde você possa dar um acolhimento para quem está querendo sair do circuito e ficar em outro lugar, que não precisa ser uma comunidade terapêutica, é um lugar de internação no hospital onde a pessoa possa ficar para desintoxicação, e depois, que se possa ouvir essa pessoa sobre para onde ela quer ir; é toda uma reformulação, é uma rede, a

solução não é só o Caps-AD. Salas de uso seguro, com certeza, mas falar de sala de uso seguro com esse Congresso que nós temos; você fala, o cara já te mata. Enfim, é uma rede que temos que discutir, mas é injusto você colocar o papel só para o Caps-AD. As pessoas que vão para o Caps-AD são pessoas que já, muitas vezes, estão dispostas a parar mesmo, é proposta deles, eles é que querem parar e acham mais confortável fazer isso naquele lugar. Trabalhar o uso para reduzir danos para quem não consegue ou não pode parar não é Caps-AD, é preciso ser também esse espaço, que, em algum momento do percurso terapêutico o cidadão vai precisar desse serviço, aí está lá. O paralelo que o Guilherme Gorgulho faz, eu já sabia dessa história, e parabéns pela discussão, porque é uma discussão importantíssima.

PATRÍCIA GUIMARÃES – Eu fiz um estágio no Caps-AD em Pernambuco, Jaboatão dos Guararapes, em que montei uma oficina com os usuários, inspirada em Nise da Silveira, com reciclagem de materiais, partindo para a arte. O que mais me incomodou em estar nesse estágio no Caps-AD durante um ano e meio foi a religiosidade, porque na Psicologia nos dizemos laicos, mas a religião é muito usada dentro do Caps-AD, como proposta de cura, pregada às vezes por profissionais dentro dos Caps. Então, como vocês estavam falando de Congresso e de reeleição, eu acho muito importante nos atermos a isso, porque é muito sério o que acontece. Eu cheguei a um Creas uma vez e estava tocando na recepção uma rede evangélica, e não pode, mas isso acontece. Eu não sei se aqui acontece, mas lá isso é fato, temos isso dentro de faculdade, dentro do Caps-AD, no Creas, temos isso em vários lugares. Não falamos, em nenhum momento, sobre laicidade, o que eu acho importantíssimo, principalmente porque estamos vendo o que está acontecendo.

LUIZ FERNANDO TÓFOLI – A questão da laicidade é importantíssima; essa discussão, especialmente quando estamos falando de um recurso terapêutico que vai usar determinadas formas oficiais de religião como recurso terapêutico público, se não fosse público seria outra

história. Há um ponto que precisamos ponderar a respeito disso também, que é o seguinte, se para esse sujeito que está precisando, ou querendo seguir, o caminho for alguma religião, isso também precisa ser acolhido de alguma forma. Não é uma questão fácil de resolver, porque isso também muda de lugar para lugar, de pessoa para pessoa, quer dizer, é a saúde de um, não é a saúde do outro, mas, ao mesmo tempo, é importante não rejeitarmos completamente a perspectiva da espiritualidade, mas bater firme na defesa da laicidade.

PATRÍCIA GUIMARÃES – Mas só duas religiões entram no Caps-AD. Como eu faria sendo administradora desse hospital psiquiátrico? Eu tinha que, por ordem dos donos, abrir o hospital para duas religiões.

LUIZ FERNANDO TÓFOLI – Aposto que não era umbanda uma delas...

PATRÍCIA GUIMARÃES – Com certeza não.

LUIZ FERNANDO TÓFOLI – Até porque não é uma religião definida. Dentro dessa linha do que eu estava falando para vocês, é muito difícil assumirmos uma postura não normativa; eu acho que não tem nenhum lugar onde isso é chamado de forma mais explícita e necessária do que no consultório na rua. O profissional de saúde que não é capaz de sair de uma zona de conforto não tem condições de entrar e se confrontar com esse espaço, para o qual nós não somos preparados; nós somos preparados para normatização, algo que nos dá tranquilidade, quer dizer, que nos diz como agir e como tudo deve acontecer. Os médicos são um paradigma maior disso, mas todas as pessoas da saúde, em suas diversas maneiras, têm, vamos dizer assim, os seus ditames religiosos de como é que tudo deve ser; remetendo a *Balint*, a função apostólica médica é aquela ideia de que o paciente tem que seguir aquilo que o médico está dizendo que ele tem que fazer, senão não está se convertendo na maneira adequada, "eu vou pregar até que ele obedeça". Todos os profissionais da saúde têm a sua função apostólica, de uma maneira ou de outra, e essa é uma maneira ruim

de ver a religiosidade — no caso, nem é religiosidade em si; voltando ao Heidegger, é a busca de uma metafísica, porque a metafísica pode ser religião ou pode ser ciência, é uma estrutura que vai organizar minha vida, para tranquilizar minha angústia e vai normatizar as coisas. Mas como escapamos disso neste mundo em que estamos? Eu fico um pouco angustiado conversando sobre esses assuntos com vocês, porque, em última análise, nós estamos falando dos sintomas mais fulcrais, mais essenciais do mundo em que vivemos. Eu acho que precisamos, o tempo todo, falar sobre isso para todas as plateias que quiserem ouvir. Do ponto de vista da necessidade de quebrarmos a lógica da saúde na hora da discussão sobre a droga, eu acho que o tema da droga, por excelência, é interdisciplinar, e temos um grupo na Unicamp, que é o Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos, o Leipsi, e fizemos um fórum que reuniu mais de mil pessoas em abril; no grupo há antropólogos, advogados, e até um médico, um economista, uma menina da Engenharia Elétrica. Eu acho que precisamos sair mesmo da caixinha. Eu entro nesse campo vindo da saúde mental de raiz, da reforma psiquiátrica de raiz, em que há muita coisa por que lutar ainda. A história de Sorocaba mostra como nós estamos vivendo tempos que ainda lembram tempos que antecedem a reforma psiquiátrica no Brasil, com coisas horríveis e a corporação médica do lado das forças. Mas já temos um caminho mais ou menos assentado, quando falamos dos usos de substâncias que são problemáticos ou não, a depender do sujeito, o campo ainda está muito delimitado, especialmente quando falamos de drogas ilícitas. Um dos termos que os órgãos internacionais usam para falar do uso de drogas ilícitas é a palavra "abuso", eles não consideram a possibilidade de alguém usar *crack* de uma forma que não seja abusiva, e existem, e são muitos, por sinal. Estamos nesse grau de miopia, de cegueira, diante desse fato no mundo, porque nós estamos falando de alterações de consciência de modelos de vida, que são cínicos demais para serem aceitos. Eu concordo com a sua discussão de que não é só uma questão do capital; a estrutura em que o capital se estabelece, com certeza, é um dos fatores que levam as coisas a serem como são, mas essa não é só uma questão

de esquerda e de direita, é uma questão de como as pessoas se colocam ortogonalmente, transversalmente, em relação às regras sociais da maioria da população, e que já remete ao cínico, achei sensacional a contribuição do Luiz Fernando Bilibio em relação a isso. Obrigado.

PARTE V

A GENÉTICA NA ENCRUZILHADA ENTRE OS DIREITOS HUMANOS E A MEDICALIZAÇÃO

VICTOR PENCHASZADEH – Especializado em pediatria, genética médica, saúde pública e bioética médica. Participou da criação do primeiro "grandparentage índice", que permitiu identificar crianças desaparecidas e aconselhou Avós da Plaza de Mayo no funcionamento do Banco Nacional de Dados Genéticos. Foi professor de Pediatria e Genética Médica da Universidade Central da Venezuela e do Sinai School of Medicine Mount, Albert Einstein e Columbia em Nova York. Atuou durante anos como consultor em genética e bioética para várias organizações nacionais e internacionais, incluindo a Organização Mundial de Saúde (OMS). É presidente da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco e membro do Painel de Peritos sobre Genética Humana, da OMS.

EN LOS comienzos del siglo XXI, el mundo en que vivimos está signado por profundas injusticias que llevan a asimetrías tremendas de poder económico, político y social. Baste analizar las profundas desigualdades en ingresos, en nivel de salud, en expectativa de vida y

en condiciones de vida que separan al 1% mas rico de la población mundial del resto de los seres humanos, para darnos cuenta que las sociedades humanas están construidas sobre la base de la injusticia y la inequidad. La razón de esta anomalía en los últimos tres siglos de historia de la humanidad es el régimen económico del capitalismo voraz impuesto por los que detentan el poder desde entonces, con las consecuencias de explotación, opresión, discriminación y estigmatización en aras del acaparamiento de las riquezas y la concentración de poder económico en cada vez menos manos.

En este contexto, es importante señalar que el curso de la historia no es linear y que existen contradicciones en el proceso, que los sectores progresistas debemos aprovechar para avanzar la causa de la justica y la vigencia plena de los derechos humanos, particularmente los derechos sociales, económicos y culturales. Un buen ejemplo es la ciencia. No se puede concebir la sociedad humana sin la participación de la ciencia. La ciencia y la investigación científica son actividades que hacen a la esencia de los seres humanos (así como la posibilidad de hacer ciencia y gozar de los beneficios de la actividad científica es un derecho humano fundamental). El progreso de la humanidad ha hecho uso inteligente de la ciencia y del conocimiento. Como actividad esencialmente humana, sin embargo, la actividad científica no es neutra. Por el contrario, está impregnada de valores, que van evolucionando y cambiando con los tiempos.

Ahora bien, si bien no se puede concebir el mundo sin ciencia y tecnología, sí importa saber quienes la desarrollan, quienes se apropian de ella y la controlan, quienes la aplican y con qué fines. De estos factores depende si el uso del conocimiento científico tendrá como finalidad el bienestar de la humanidad con justicia y equidad o si, en cambio, se usará para incrementar el poder económico de las minorías, no importando que el precio para ello sea el sufrimiento y la opresión de los demás.

En este texto se revisarán aspectos del pasado en que la genética humana fue instrumentada desde el poder político y económico para justificar violaciones a los derechos humanos, se actualizarán y pon-

drán en contexto los avances científicos sobre el genoma humano con sus mitos y realidades, y se enfatizará la importancia del concepto de interacción entre medio ambiente y genoma en el desarrollo de todas las características humanas, como salvaguarda de los derechos humanos y contra la medicalización.

Historia pasada de violaciones a los derechos humanos en nombre de la genética

Es conveniente recordar algunos aspectos turbios de la historia de la genética humana, y su relación con la cuestión de la apropiación de la ciencia por parte del poder de turno, aún cuando para ello tuvieran que deformar y tergiversar las evidencias científicas.

En primer lugar, fue el racismo eurocentrista el que produjo la noción y la clasificación de "razas" humanas por características exteriores visibles (color de la piel y otras) sin fundamentos científicos y basadas en el prejuicio y el convencimiento de que los europeos eran superiores a los otros grupos humanos. Esta clasificación jerárquica (la raza blanca era la "superior" y la negra la "inferior") abrió las puertas a la discriminación racial y la justificación de la esclavitud, que brindó pingües ganancias a las potencias imperiales entre los siglos XVII y XIX (Pena et al, 2012).

En segundo lugar, el movimiento eugenésico, que nació en Inglaterra en el siglo XIX, mantenía que los seres humanos presentan cualidades positivas y negativas de acuerdo a su constitución genética y que era un "deber" del estado estimular la reproducción de aquéllos con cualidades positivas y restringir la de aquéllos con cualidades "negativas". El problema era que, por supuesto, los que definían esas cualidades eran los que estaban en el poder. Así, tener antecedentes aristocráticos era una cualidad positiva, mientras que ser de clases populares, o de "baja inteligencia" o tener conflictos con la ley eran cualidades "negativas". De esa manera la eugenesia se autodefinió como "ciencia del bien nacer" y pretendió erigirse en árbitro del derecho a la reproducción (Kevles, 1995). Si bien esta pseudociencia no tuvo ma-

yor desarrollo en Inglaterra, sí lo tuvo en Estados Unidos a comienzos del siglo XX, donde la genética y la eugenesia eran prácticamente sinónimos, y los principales genetistas asesoraban al estado a legislar leyes inmigratorias para evitar que grupos humanos de "baja calidad" (europeos meridionales, judíos, africanos y orientales) "contaminaran el pool genético" del país. A la vez, esos mismos genetistas actuaban de peritos para esterilizaciones forzadas y prohibiciones reproductivas dictadas por los jueces para evitar la descendencia de aquéllos a quienes los prejuicios y la pseudociencia de la eugenesia sugerían que podían trasmitir a sus hijos rasgos "indeseables" (epilepsia, "vagancia", alcoholismo, deficiencia mental, y otros igualmente difícil de definir en esa época) (Kevles, 1995). Tristemente, el movimiento eugenésico norteamericano sirvió de modelo años después para el desarrollo de la pseudociencia de la "higiene racial" en Alemania nazi, que lamentablemente tuvo el apoyo de los principales genetistas alemanes y que llevó a la matanza de pacientes con enfermedades genéticas y la aberración terrible del Holocausto (Muller-Hill, 1988). Tristemente también, los conceptos pseudocientíficos de "pureza étnica" y la figura estigmatizada de "el otro" o "el diferente" como enemigo, basados ambos en la tergiversación de la ciencia genética, fueron utilizados para cometer violaciones aberrantes a los derechos humanos (desapariciones, masacres, violaciones) en numerosos conflictos armados y violencia política en la segunda mitad del siglo XX (Guatemala, antigua Yugoslavia, Ruanda y otros…).

Otra distorsión de la genética, conocida como "eugenesia social", fue esgrimida durante el franquismo en España y durante la última dictadura militar argentina para justificar la sustracción, apropiación y supresión de identidad de hijos de disidentes políticos. El ideólogo de la aberración de robarles los hijos a las mujeres republicanas presas luego de la derrota de la República, fue el psiquiatra español Vallejo Nájera que aseguraba que "el marxismo es una desviación negativa del tipo normal del ser humano, producida por el medio ambiente, la inmoralidad de las costumbres y las ideologías que corroen, corrompen y degeneran el biotipo", y también que "es necesario sumergir es-

tos niños en una atmósfera sobresaturada de moralidad para prevenir su contagio y evitar así la degeneración de la raza" (Vallejo Nájera, 1938). El resultado de esta política fueron miles de niños sustraídos a sus madres por el estado y entregados con ua identidad suprimida a familias ligadas al franquismo o la "asistencia social".

Distorsiones de la genética

Existen dos deformaciones interesadas de la genética que han hecho mucho daño al desarrollo de esta ciencia. Una es el reduccionismo genético, que sostiene que la principal explicación de la salud, la conducta, los fenómenos sociales y los estilos de vida está en los genes, y que por ende los fenómenos humanos pueden reducirse al efecto de genes. La otra distorsión es el determinismo genético, que pretende que los rasgos humanos influenciados por genes son características fijas y poco modificables por cambios en el medio-ambiente físico, biológico y social (Penchaszadeh, 2012a).

Nada puede ser mas falaz que estas afirmaciones, que son hechas sin ninguna base científica ni apoyadas por ninguna evidencia. La realidad, por el contrario nos indica que todas las características humanas (morfológicas y funcionales, físicas y mentales, objetivas y emocionales, salud y enfermedad) resultan de la interacción permanente y la influencia recíproca de factores ambientales y genéticos. Estos factores son los determinantes sociales y económicos (como clase social, educación, inserción laboral, condiciones de vida, inequidades económicas, etc), los factores emocionales y ambientales (como dinámica familiar y crianza, tabaco, actividad física, nutrición, exposición a tóxicos, atención de salud) y los genes que producen proteínas con funciones biológicas específicas, que interaccionan con otras proteínas del organismo y agentes externos de todo tipo (biológicos, químicos, físicos, sociales, emocionales etc) para producir todos los rasgos (fenotipos) de una persona (Penchaszadeh, 2012a).

El genoma humano está constituido por una larga cadena de ácido desoxi-ribonucleico (ADN), cuyas unidades se llaman nucleótidos y

de las cuales existen cuatro tipos de acuerdo a la base nitrogenada que contienen. La secuencia de estos nucleótidos a lo largo de un gen determina el código de instrucción de ese gen para la producción de una proteína específica por la célula. Es decir que un gen se puede definir simplificadamente como "el segmento de ADN que contiene el código para la producción de una proteína determinada". El ADN contenido en los genes se llama ADN codificante. El genoma posee aproximadamente 20-25.000 genes ubicados a lo largo de la cadena de ADN. Entre los genes (y también dentro) existen segmentos de ADN no codificante, que no codifican la producción de proteínas sino que cumplen otras funciones, como por ejemplo haber un papel en el proceso de la evolución y activar o inactivar genes.

Existe una gran variabilidad entre las personas en la secuencia de nucleótidos en ambos tipos de ADN (codificante y no codificante). Se estima que a lo largo de la cadena de ADN, cada 1000 nucleótidos en promedio, existe alguna variación entre personas en el tipo de nucleótido presente. Y dado que la longitud total del ADN del genoma es de 3 mil millones de nucleótidos, se estima que existen por lo menos 3 millones de variaciones que distinguen a una persona de otra, por lo cual la probabilidad de que dos personas tengan exactamente el mismo genoma es virtualmente cero (a excepción de los gemelos idénticos). Es importante destacar que la diversidad genética humana está distribuida en forma continua en las poblaciones y no en categorías separadas, como sería si existiera lo que los europeos, haciendo gala de su eurocentrismo, denominaron "razas" en el siglo XVII. En realidad la categoría "raza" no tiene fundamento biológico alguno (Pena et al, 2012).

Cuando las variaciones genéticas ocurren dentro de los genes, generan cambios en la estructura y/o función de sus productos, por ejemplo una enzima que es mas o menos activa dependiendo de la variación en el gen que la produce. Además, se conocen por lo menos 5000 genes que pueden causar dolencias genéticas si tienen mutaciones que determinen una alteración grave de la proteína que producen (ausencia de producción de la proteína, o producción de una pro-

teína disfuncional). Ejemplos de estas enfermedades son hemofilia, enfermedad de Gaucher, anemia falciforme, fenilcetonuria, fibrosis quística del páncreas, distrofias musculares, algunas formas de cáncer, neurofibromatosis y centenares mas. En estos casos se dice que las enfermedades son monogénicas porque son producidas por mutaciones en un solo gen. Aún en estos casos, la sola presencia del gen mutado no determina todas las manifestaciones clínicas ni el grado de severidad del trastorno, las que dependen de la interacción entre medio ambiente y gen.

Por otra parte, muchas mutaciones en los genes solo se expresan en el fenotipo si interactúan con determinados factores del medio ambiente (tóxicos, gérmenes, nutrición, emociones, y otros). En otras palabras, algunas variaciones en genes no determinan enfermedades sino solamente modos de reacción diferentes a agentes ambientales determinados, y pueden asociarse a aumento o disminución de susceptibilidad a enfermedades comunes como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos mentales o de la conducta y muchas otras. En rigor de verdad, la inmensa mayoría de dolencias que puede padecer el ser humano resultan de la interacción de determinantes ambientales y sociales interactuando con susceptibilidad genética aportada por múltiples genes. Es por ellos que estas dolencias se llaman multifactoriales e incluyen no solo las crónicas no transmisibles mencionadas sino también muchas infecciosas en las que la susceptibilidad del huésped juega un papel importante en su manifestación y severidad.

Genética y genómica

En los últimas décadas ha habido un desarrollo aceleradísimo de la tecnología genética. El genoma humano está secuenciado en su totalidad, y se estima que contiene entre 20 y 25.000 genes, de los cuales ya se conocen aproximadamente 15 mil. La variación genética humana es muy grande y se expresa por la presencia de sitios a lo largo del genoma (marcadores genéticos o polimorfismos) en que existen

variaciones normales entre personas en la secuencia de nucleótidos. Esta variación se concentra principalmente en el 97% del genoma que contiene ADN no codificante, lo que se explica porque este ADN no contiene información genética para la producción de proteínas y por lo tanto sus mutaciones no se expresan en rasgos fenotípicos que puedan haber estado sujetos a la selección natural, y por lo tanto se han acumulado en el genoma en cientos de miles de años de evolución. Como se dijo arriba, la variación genética está distribuida en forma continua en las poblaciones. Eso no excluye que existan ciertas variaciones, sobre todo en el ADN no codificante, que son mas frecuentes en algunas poblaciones que otras, dependiendo de su origen geográfico, historia migratoria y patrones reproductivos. De ahí que se pueda estimar por algunos análisis genéticos la probabilidad (pero nunca la certeza) de pertenencia a algún grupo geográfico particular. Sin embargo, no existe ningún marcador genético exclusivo de ningún grupo humano, y la probabilidad de origen geográfico es sólo es eso: una probabilidad, que no permite aseverar sin lugar a dudas un origen étnico o geográfico.

Actualmente se puede determinar la presencia de mutaciones y la secuencia de nucleótidos de la inmensa mayoría de genes conocidos. Estos análisis genéticos o pruebas de ADN, forman parte de la práctica cotidiana de la medicina en una serie de aplicaciones, todas las cuales deben regirse por criterios estrictos de validez clínica, utilidad clínica y consideraciones de costo/beneficio.

En primer lugar, los estudios genéticos pueden estar indicados para confirmación diagnóstica en quien se sospecha alguna de las 5000 enfermedades monogénicas conocidas. Para que el uso de estas pruebas sea ética y científicamente apropiado, se debe previamente conocer su validez analítica, su validez clínica y su utilidad clínica (CDC, 2010). La validez analítica se determina por el comportamiento del análisis en el laboratorio: sensibilidad (capacidad de detectar una mutación si está presente), especificidad (que la prueba sea negativa si la mutación está ausente), certeza y confiabilidad (que se obtenga el mismo resultado consistentemente). La

validez clínica se determina midiendo la sensibilidad clínica (probabilidad que la prueba sea positiva en pacientes con la enfermedad que debe detectar), la especificidad clínica (probabilidad que la prueba sea negativa en pacientes sin la enfermedad), valor predictivo positivo (probabilidad que las personas con prueba positiva manifiesten la enfermedad) y valor predictivo negativo (probabilidad que las personas con resultado negativo no manifiesten la enfermedad. La cautela en el uso de estas pruebas debe ser aún mayor cuando se aplican a personas sanas, sin síntomas, con el objetivo de "predecir" la probabilidad que desarrollen una enfermedad en el futuro, dada una historia familiar de enfermedad monogénica de comienzo tardío, o para estimar una posible susceptibilidad genética (CDC, 2010). En estos casos de personas sanas se debe además determinar la posible utilidad clínica de la prueba, es decir determinar en qué medida la prueba genética contribuye a la salud y el bienestar de la persona. Los posibles beneficios de este conocimiento (p.ej. posibilidad de intervenciones preventivas o terapéuticas en estado pre-sintomático, reducción de incertidumbre, planificación reproductiva, evitar controles médicos innecesarios en casos negativos) deben balancearse con los posibles perjuicios (p.ej. daños psicológicos, aumento de ansiedad, profecías auto-cumplidas, riesgos de estigma y discriminación).

Las pruebas genéticas también pueden usarse para determinar variación individual en la respuesta a fármacos terapéuticos debida a variaciones genéticas en los genes que producen enzimas que metabolizan esos fármacos. En efecto, existen personas que requieren mayores o menores dosis de un fármaco que el promedio de las personas, así como personas que pueden tener reacciones indeseables a los mismos. Por ello el uso de ciertas drogas requiere un análisis genético previo para determinar la seguridad de su uso en ese paciente y el ajuste de la dosis.

Por otro lado, independientemente de la causa del cáncer, los tejidos tumorales suelen tener muchas alteraciones genéticas en las células, cuyo estudio puede guiar el tratamiento post-quirúrgico.

Aunque estos conceptos son el ABC de todos los análisis de laboratorio clínico, es sorprendente que muchas pruebas genéticas pretenden introducirse en el mercado para confirmación diagnóstica o predicción de ocurrencia futura de enfermedad sin que estas características de los análisis se hayan determinado. En particular, a pesar de que existe consenso que las pruebas de susceptibilidad para enfermedades comunes (multifactoriales) tienen poca validez clínica y baja utilidad clínica (EJHG, 2011), intereses comerciales están presionando para su uso apelando directamente al público con información tendenciosa (GAO, 2010; van El et al, 2013). Existe consenso en ambientes científicos serios que las promesas de la genómica como herramienta para definir y combatir enfermedades está siendo exagerada (Evans et al, 2011).

Conceptos a tener en cuenta:

- La mayoría de las variaciones que se descubren en genes y que se atribuyen como causa de alguna enfermedad común multifactorial, o que se asocian a susceptibilidad aumentada para su manifestación futura, tienen riesgos relativos muy bajos y no merecen ser catalogados como "causas". Dado que tienen poca influencia individual en el fenotipo su presencia en un paciente no necesariamente apoya el diagnóstico. En lo que respecta a su hallazgo en personas sanas, su bajo poder predictivo (escasa validez clínica) no permite hacer aseveraciones futuras y, salvo excepciones, no se presta a acciones preventivas costo/eficaces y seguras.
- Las variaciones en las características humanas observables, tanto las variaciones "normales" como "patológicas", nunca dependen solamente de genes, sino de sus interacciones con el medio ambiente.
- Todas las dolencias tienen componentes genéticos y ambientales y, como se dijo arriba, no se puede separar la contribución del ambiente y de los genes en ninguna característica humana. Hoy se sabe que el medio ambiente puede afectar la expresión de los genes sin alterar la secuencia de ADN de los mismos. Se trata

mas bien de influencias que inciden en la activación e inactivación de genes, un fenómeno llamado epigenética, que está llamado a revolucionar el concepto de interacción genético-ambiental.

- Las normas éticas para la aplicación de pruebas genéticas requieren, en primer lugar, que exista conocimiento científico sobre validez analítica, validez clínica y utilidad clínica de la prueba que se propone. En segundo lugar, que la aceptación del paciente a realizarse una prueba genética sea voluntaria y precedida por consentimiento libre e informado, sin presiones de ninguna naturaleza. En tercer lugar, la realización de pruebas predictivas en personas sanas para determinar la probabilidad futura de que ocurra una dolencia monogénica de comienzo tardío, debe tener en cuenta factores psicológicos y sociales además de evaluar su utilidad clínica, la cual a su vez depende de la existencia o no de intervenciones para prevenir o tratar al paciente previo al comienzo de los síntomas. En cuarto lugar, las pruebas genéticas en niños debieran estar restringidas a pruebas diagnósticas con validez comprobada, siempre teniendo los mejores intereses del niño como guía; las pruebas predictivas en niños deben pasar por un severo tamiz ético y sanitario para asegurar que el objetivo se corresponda con los mejores intereses del niño, tengan validez y utilidad clínicas demostradas, no medicalicen el problema, no estigmaticen y no causen iatrogenia.

¿Explicaciones genéticas de los fenómenos de salud-enfermedad y la conducta?

Actualmente existe en el mundo una tendencia, fomentada por intereses comerciales y los medios de difusión, a considerar a las personas sanas como "enfermos potenciales", a expandir definiciones de enfermedad (o de pre-enfermedad) al mayor número posible de personas, basadas en marcadores bioquímicos, genéticos o morfológicos, a exagerar el rol de los factores genéticos en la mayor cantidad posible de dolencias, y a considerar las enfermedades en forma

aislada del contexto social y familiar. Estas tendencias se explican porque la medicina se ha transformado en un negocio económico que mueve miles de millones de dólares en todo el mundo. El complejo médico-industrial (médicos, hospitales, industria de equipos diagnósticos, industria farmacéutica, industria de seguros médicos) genera todas las tecnologías para la salud (incluyendo las genéticas) y las promociona para sus ganancias, no importando la justificación de sus aplicaciones ni las necesidades reales de las poblaciones. Esto es particularmente cierto en el caso de los medicamentos, muchos de los cuales son promocionados por la industria farmacéutica como "milagrosos" y para los cuales se ocultan sus riesgos (Angell, 2006; Light, 2010).

Dado que las ganancias de la industria se potencian cuanto mas extensa sea la aplicación de un medicamento, se recurre a la invención de enfermedades (como el "déficit de atención e hiperactividad" y la "disfunción eréctil", entre otras) y a la expansión de las indicaciones médicas basadas en la redefinición de los criterios diagnósticos (como ha ocurrido con la hipertensión arterial y la diabetes, entre otros). Para ello se nombran "comités de expertos" vinculados a la industria que refrenden esas políticas, muchas veces con la complacencia de la profesión médica y de las agencias reguladoras (Angell, 2006). El análisis de estos mecanismos lleva a concluir que la salud de la población está siendo apropiada por la lógica del mercado, que no responde a las necesidades reales ni sopesa adecuadamente la eficacia ni los riesgos éticos para los derechos humanos y la equidad por el uso de nuevas tecnologías. Particularmente peligrosa es la persistencia de manifestaciones sutiles de reduccionismo genético en la búsqueda de "causas" y "remedios" para la prevención y tratamiento de las dolencias que afectan al ser humano. La predicción incierta de dolencias por supuestas susceptibilidades genéticas en personas sanas llevan a la medicalización: el sano se transforma en futuro doliente y consumidor de tecnologías de eficacia dudosa y riesgos potenciales (Penchaszadeh 2012a).

Entre las expresiones sutiles del reduccionismo genético, sobresalen las siguientes:

- exageración de las explicaciones genéticas de la salud y la conducta
- ultra-simplificación y distorsión por los medios de comunicación masiva de hallazgos científicos
- promesas de curaciones rápidas de las enfermedades por medio de la alta tecnología genética.
- distorsión de prioridades en enfoques de prevención, tratamiento e investigación, enfatizando la alta tecnología y la genómica y desatendiendo los determinantes sociales de salud/enfermedad.

Actualmente existe un debate en la salud pública entre dos enfoques diferentes para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en las cuales la interacción genético-ambiental juega un rol importante. Por un lado, se propone que la prevención esté basada en detección de individuos con susceptibilidad genética a una enfermedad y la implementación en ellos de "medicina individualizada": este planteo es ineficiente y puede acentuar inequidades. Por otro lado se plantea, como estrategia mas eficaz y que va a las raíces de los problemas de salud, el control de los determinantes socio-ambientales de salud/enfermedad (malas condiciones de vida, hábito de fumar, sedentarismo, alimentación no saludable, contaminantes químicos, estress, etc) y el acceso universal a servicios de salud preventivos y terapéuticos precoces y oportunos. La evidencia indica que el segundo enfoque es mas apropiado (Willet, 2000; Penchaszadeh, 2011).

Genética y derechos humanos

Los enfoques reduccionistas y la exageración del valor de la genómica para definir enfermedades, y de la alta tecnología como panacea para la prevenirlas y controlarlas puede llevar a vulnerar derechos humanos fundamentales, a saber:

- Derecho a que el ser humano y su conducta no sean reducidos al efecto de sus genes.

- Derecho a no ser discriminado o estigmatizado por características genéticas.
- Derecho a no ser discriminado por el origen étnico.
- Derecho a la autonomía reproductiva.
- Derecho a la salud y a no ser discriminado por enfermedades raras, caras o "preexistentes".
- Derecho a la privacidad de los datos genéticos personales

El poder económico, los medios de comunicación y algunos genetistas funcionales a intereses comerciales están generando un imaginario social mistificado en el que se pretende reducir la complejidad de la conducta humana al efecto de los genes y buscar explicaciones genéticas a sus variaciones. Las explicaciones genéticas reduccionistas y deterministas de la conducta humana son particularmente peligrosas para los derechos humanos, porque son mayormente falacias, y porque llevan a la discriminación, estigmatización y medicalización.

En cambio, en los últimos años ha aparecido una corriente en genética humana que postula que esta ciencia debe disociarse de su pasado aliado a violaciones a los derechos humanos y que, por el contrario, debe asociarse estrechamente a la defensa de los derechos de las personas. Un buen ejemplo de esta postura es el uso de la genética para identificar víctimas de violaciones graves como la desaparición de personas a manos de regímenes dictatoriales o en conflictos armados, y la apropiación y supresión de identidad de hijos de desaparecidos. Naciones Unidas ha determinado que estos son crímenes de lesa humanidad y por lo tanto imprescriptibles (United Nations, 2007) y ha recomendado a los países miembros el uso de la genética forense para investigarlos y así reparar las violaciones al derecho a la identidad, a la vez que someter a los responsables a la justicia (United Nations 2009). América Latina tiene una triste historia de esos crímenes, pero es positivo que nuestra región sea pionera en la evolución de la genética hacia concepciones y acciones que la acerquen a la justicia y la vigencia de los derechos humanos, mediante la identificación

genética de restos de desaparecidos y de personas vivas que fueron apropiados desde niños, ya sea por terrorismos de estado como en Argentina, o por políticas equivocadas en el manejo de la hanseniasis, como en Brasil (Penchaszadeh, 2012b; Fondebrider, Doretti, 2014; Penchaszadeh y Schuler-Faccini, 2014).

Conclusiones

Revisando la historia pasada de la genética y los desarrollos actuales de la ciencia, cabe concluir que la genética no es ni mala ni buena. Como toda ciencia, su valoración ética depende en primer lugar de la manera como se produce el conocimiento; en segundo lugar, de si la ciencia y la tecnología es apropiada por una minoría o es un bien común que pertenece a la sociedad entera. En tercer lugar, depende de los objetivos para los cuales se utiliza. La democratización del conocimiento obviamente debe incluir las maneras de cómo se genera, quien lo financia y en qué medida el estado democrático ejerce la rectoría del desarrollo científico-tecnológico. La ciencia y la tecnología deben pertenecer a la sociedad toda y no a factores de poder económico concentrado, como lamentablemente ocurre actualmente. Y por último, es la sociedad democrática la que debe asegurar que el conocimiento científico se utilice respetando los derechos humanos para el bienestar de la humanidad, y no para crear o profundizar inequidades o para la guerra.

En lo que hace a la salud y la genética, decir que una característica o enfermedad tiene origen genético, es siempre una verdad a medias, de la misma manera que decir que una característica o enfermedad es de origen ambiental exclusivo también es una verdad a medias. En verdad, todas las características humanas (incluyendo las enfermedades) son resultado de interacciones complejas entre medio ambiente y genoma. El hecho de que intervengan factores genéticos en la etiología de una enfermedad, no debe implicar valoración moral de ningún tipo ni justificar modelos biomédicos hegemónicos actualmente en boga ni medicalización. En verdad, no

existen genomas "buenos" o "malos": un genoma es tan bueno como el medio ambiente con el que interactúa.

Para que la genética esté genuinamente aliada a la defensa de los derechos humanos y opuesta a la medicalización, es necesaria una visión bio-psico-social mas equilibrada de la naturaleza humana con reconocimiento de la importancia de lo ambiental y social en todas las características humanas. Por otra parte, es imperiosa la desacralización del ADN y la condena al reduccionismo y determinismo genéticos como pseudociencias generadoras de falacias tales como: "el genoma es determinante de la salud" o "la conducta humana está determinada genéticamente". El estado y la sociedad deben estar vigilantes para asegurar equidad en los beneficios de las aplicaciones de la genética a la salud y evitar que la brecha de la inequidad aumente por el uso de tecnologías genómicas caras y de dudosa eficacia, accesibles solamente la gente de altos recursos. Por otra parte, es fundamental la defensa del derecho a la autonomía reproductiva y la condena a la "eugenesia" de cualquier tipo, a la discriminación y a la estigmatización genética.

PARTE VI

DESCONSTRUINDO ÁLIBIS DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

QUANDO AS VIOLÊNCIAS ESTÃO ANCORADAS EM DISCURSOS CIENTÍFICOS

GISELA UNTOIGLICH – Psicanalista e docente do programa de pós-graduação "Problemáticas Clínicas da Infância" da Universidade de Buenos Aires (UBA). Supervisora da Equipe Interdisciplinar do Centro de Desenvolvimento Infantil e de Estimulação Precoce El Nido (San Isidro), Buenos Aires, Argentina. Ganhadora do Prêmio Faculdade de Psicologia (2005).

ACHO QUE vocês conhecem a Cecilia Coimbra, e para falar de direitos aqui no Brasil é preciso pegar a fala dela; ela postou ontem no *Facebook*: "Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície pequena ou volume reduzido." Ontem, alguém falou "o que vamos fazer?" Eu acho que fazer essas coisas são respostas, pequenas respostas, mas que vão fazendo com que a nossa vida mude.

Para entrar no tema desta mesa, eu acho imprescindível pensar com Foucault, quando ele fala das violências e da vida política, porque acho que, apesar de o pensamento de Foucault ser de 50 anos atrás, hoje isso está ainda pior, e vai piorando, então temos que pensar nesses termos, porque a vida política, ele fala, é a gestão política da vida, a intervenção do poder na vida humana, que encontramos cada vez mais inserida na vida das pessoas com essa questão dos diagnósticos. Já o livro de Morel, em 1875, falava da teoria da degeneração, e falava sobre a classificação dos anormais, da reorganização das instituições, da ajuda aos anormais, nós, a boa gente, a gente normal, todos nós, para ajudá-los, os anormais; para quê? Para defender a sociedade. De quem? Deles, os estranhos, os estrangeiros, os diferentes. Naquele momento ele já falava da detecção de risco, e essa questão da detecção do risco hoje é uma das coisas mais complexas que há na Medicina. Antes nós éramos ou sãos ou doentes, agora não há mais gente sã, agora todo mundo tem risco, risco genético, risco de contrair enfermidades. No DSM-5 finalmente ficou fora um quadro que era "Risco de contrair psicoses". Como você vai pensar o risco de contrair uma doença mental? Mas isso já estava dito lá, no livro de Morel, em 1875. Então, o que eu quero apresentar hoje é, continuando com a fala do Victor Penchaszadeh, um menino cuja mãe foi uma neta recuperada; então a fala continua do que vocês escutaram da genética, mas, no meu caso, com base na Psicologia. Eu quero falar um pouco de história, Penchaszadeh falou um pouco disso, para contextualizar vocês. Na Argentina, no dia 24 de março de 1976, começou a ditadura cívico-militar, que foi até 10 de dezembro de 1983; no dia 15 de dezembro, cinco dias depois, formou-se a Conadep (Comissão Nacional sobre o Desaparecimento de Pessoas), para investigar as violações aos direitos humanos perpetuados pela ditadura. Dois anos depois, começaram os julgamentos, nas juntas militares, mas um ano depois, chegou a Lei do Ponto Final, que falava da caducidade da ação penal contra os imputados pelo desaparecimento de pessoas; se eles não compareciam em até 60 dias, depois que essa Lei foi promulgada, já não poderiam ser julgados. Em 1987, ainda pior, a Lei

de Obediência Devida falava que os membros das Forças Armadas não eram passíveis de punição, pois haviam matado obedecendo às ordens de seus superiores; essas leis foram conhecidas como as Leis da Impunidade. Em 2003, o presidente Néstor Kirchner declarou 24 de março o Dia Nacional da Memória pela Verdade e pela Justiça, fez a nulidade dessas leis de impunidade, porque não se pode construir a paz enquanto não se achar a verdade, a justiça e a condenação dos culpados.

Nesse contexto, eu vou fazer minha apresentação de um menino, que eu chamei de O Menino do Ponto Final, e dos efeitos do silenciamento entre gerações. Eu coloquei o nome nele de Tobias, ele tinha sete anos, e estudava em uma escola de alta exigência acadêmica. O que a escola falava sobre ele? A escola dizia que ele tinha dispersão, inquietude, imaturidade, no final, um TDAH, a escola já havia feito o diagnóstico, encaminhou o menino para uma consulta com um neurologista, para acelerar o processo, para não perder tempo. Os pais, que não concordavam com isso, fizeram uma consulta psicológica. O que eles falavam sobre o menino? Diziam que ele tinha dificuldade para fixar a atenção na escola, que perdia tudo, não terminava de copiar, que tinha muitos problemas sociais, fazia muitas birras, era imaturo, não sabia se defender. Qualquer psicólogo teria feito muito rápido o diagnóstico de TDAH; o menino preenchia a maioria dos itens para fazer um diagnóstico desses. Então, quando eu perguntei aos pais do menino o que achavam, a que ele estava atento — na minha pesquisa de doutorado sobre a temática das crianças com dificuldade de atenção, o que encontrei é que não há menino que não seja atento a nada, não existe, você tem que estar em coma, ser um vegetal, para não atender a nada e, ainda assim, dizem que estamos atentos a alguma coisa. Então, a pergunta que eu sempre faço para os pais e para o menino é "a que vocês acreditam que ele está atento?" Porque ele pode não estar atento à escola, o que é problema, sim, mas nenhum menino não está atento a nada. Então, a mãe olhou para mim e falou que desde que ela ficou grávida, instalou-se nela a ideia de que ela poderia ser filha de desaparecidos, e isso tinha se confirmado dois anos

antes da consulta. Ela estava em uma agonização interna muito forte, não sabia como falar disso com seu filho — como Penchaszadeh falou, "agora eles já são grandes, são pessoas adultas, os filhos de desaparecidos", e isso traz outros problemas, na identidade deles; ela não quer mentir, mas também não pode dizer a verdade; nessa situação estava ela, quando fiz esta pergunta: "A que vocês pensam em que ele está atento?" Ela começou a contar a sua história.

A gravidez dela transportou à pele de sua mãe, e, naquele tempo, na sociedade começa a se instalar a temática dos filhos de desaparecidos; o nascimento do seu filho a mobiliza a pensar no que lhe sucederia se o arrebatassem, o que a enche de angústia. Então, é nesse momento que ela escuta uma propaganda, que continua até hoje, mais ou menos parecida, que diz "Se nasceste entre 1975 e 1980 e tens dúvidas sobre a tua origem, consulte, podes ser filho de desaparecidos." Ela vai às *Abuelas de Plaza de Mayo,* anonimamente, para fazer perguntas, mas não consegue continuar com isso, porque ela se sentia muito culpada, por conta de quem ela acreditava serem seus pais, porque se ela continuasse, os pais entrariam em juízo, seriam julgados por apropriação ilegítima; então, ela vai embora. Alguns anos depois, ligam para ela, das *Abuelas de Plaza de Mayo*, porque acharam que ele poderia ser filha de desaparecidos, e a levam para fazer a prova de DNA, que, como falou Penchaszadeh, não é voluntária, porque há um delito de lesar a humanidade, então você está obrigado, o Estado tem que obrigar você, você não pode escolher se você é filha de desaparecidos ou não é, e, nesse caso, é uma questão ética. Então, lhe confirmam que ela é filha de desaparecidos, e ela entra em uma situação de muita ambivalência: há uma história oficial, que já não se sustenta, há pedaços de sua história de que ela ainda não consegue tomar conta, não pode se apropriar, e há seu filho; ela tenta trabalhar com a situação interna dela e com a situação de seu filho, mas o filho dela estava muito angustiado. Então, depois dessa entrevista, eu vi o filho, e na primeira entrevista, ele falava que estava muito preocupado, porque os amigos o odiavam, ele achava isso, que todo mundo o odiava; eu pedi que ele fizesse um desenho, que se chama *Uma*

pessoa sob a chuva, e ele fez o desenho de um garoto sozinho, sem chão, sem defesa, com um guarda-chuva com buracos, assim ele se sentia. E quando eu pedi que ele escrevesse uma história, o primeiro que ele fez foi o ponto, e ele falou "o ponto final", e eu pensei "eu não acredito, sim, o primeiro que faz o desenho na minha consulta é o ponto final." Primeiro, ele fez o ponto, e quando eu pedi a ele que escrevesse a história, ele não conseguia escrever uma história, ele fez uma descrição da situação, "ah, eu estou aqui na psicóloga hoje", ele não conseguia fazer uma história, não conseguia ter uma história.

Em outra entrevista, eu mostrei para ele umas lâminas, e pedi que fizesse uns relatos, e na lâmina 8, que é uma lâmina de macacos tomando chá, ele falou isto: "Os macacos estavam tomando chá e o irmão maior dizia algo ao irmão menor. Depois os macacos estavam vendo televisão e então ele encontrou um canal em que se podia saber tudo sobre os macacos"; então, eu perguntei o que os macacos queriam saber, "Ah, que pergunta difícil! Havia um segredo sobre os macacos, e eles queriam saber, e o canal podia lhes dizer, e antes que pudesse dizer, a voz foi cortada", então eu perguntei para ele: "Você pensou alguma vez que a sua família poderia ter um segredo?" "Sempre, as crianças me chateiam muito, então eu pensei que podia ter um segredo. As psicólogas têm respostas para os segredos". Quando ficou claro que, na entrevista seguinte, eu iria encontrar com seus pais, ele me disse que lhes perguntasse qual era o segredo e que depois eu contasse para ele, porque ele sempre se esquecia de perguntar pelo segredo.

Então, como elaborar uma história que ressignifica todo o passado, que reposiciona todos os participantes em outro lugar, que transforma os supostos pais (em alguns casos, já avós) em usurpadores? Essa não é uma história individual somente, são histórias subjetivas atravessadas por responsabilidades sociais, por um período histórico que as determinou, por um Estado que traiu os cidadãos e teve uma política de aniquilamento de todos os que pensavam diferente, e as consequências dessas políticas seguem até hoje, devido ao fato de que ainda existem pessoas que desconhecem sua identidade.

O que acontece quando alguém toma para si uma criança, por meio da usurpação e da mentira? René Kaës, um psicanalista francês, fala do "pacto denegativo", que se sustenta sobre a premissa de que é necessário excluir tudo aquilo que possa colocar em perigo o vínculo entre os componentes. No caso de crianças usurpadas, para sustentar esses pactos, por parte dos filhos, foi necessária uma imensa quantidade de energia psíquica para o serviço de desconhecer os indícios que se infiltravam por todos os lados, mas era necessário deixar de lado, posto que a sobrevivência, tanto física como psíquica, dependia dos usurpadores. Esse pacto denegativo funciona não só com essas crianças, mas também com crianças que são produto de violência, crianças produto de situações de abuso, o tempo todo eles têm que deixar isso de fora, porque eles têm que sobreviver nessa casa. Então, como falou Penchaszadeh, a identidade não é só uma questão genética, ela se constrói ao longo de toda a vida, oferecendo-nos a noção de nós mesmos e nos diferencia dos outros. Na construção dessa identidade, inserem-se os legados de nossos ancestrais. O que ocorre com as identidades quando todo o legado e as referências históricas perdem o sentido? Uma questão que aparece muito na pesquisa que eu fiz sobre crianças com dificuldades atencionais, é o silenciado, aquilo que está presente — não é um segredo exatamente —, não necessariamente com palavras, mas que não habilita a possibilidade subjetiva de elaboração simbólica; não é só com a questão dos desaparecidos, há várias histórias em que a criança está lá e, muitas vezes, os pais falam dela, porque acham que o menino é pequeno, que não entende, que não presta atenção, e vai capturando a atenção dele, ele não pode ligar para outras coisas, porque está tratando de entender essas histórias. Quando há situações de violência entre os pais, quando há enganos, quando há filhos de outros casais que não falam sobre isso, quando o sobrenome do filho é diferente do sobrenome de seu pai, e ninguém fala sobre isso, muitas vezes essas situações silenciadas na vida deles fazem com que as crianças percam atenção. Nessa situação, não era só o silenciado em uma família, era o silenciado na sociedade, que está há muito tempo silenciado; primeiro foi a captura

por parte dos militares, e ninguém podia saber o que estava acontecendo, mas depois também foi silenciado por impunidade. Então, quando o corpo, a realidade ou o outro promovem um sofrimento ao longo do tempo, esses elementos podem ficar ameaçados pelo que nós, em Psicanálise, chamamos de desinvestimento. Eu acho que a desatenção é uma modalidade do desinvestimento, de retirar a carga, de retirar energia, porque ela é necessária para outras coisas. Então, a pergunta que eu faço sempre para essas crianças — nesse caso o Tobias — que não podem estar atentas ao que acontece na escola é: "A que você está atento?". Vocês veem que isso é muito diferente do que dizer que a criança tem déficit de atenção, que seu déficit de atenção é genético. Há muitas crianças com dificuldade de atenção, mas o que nós não podemos dizer é que todas as dificuldades são produto de uma doença genética, não dá para pensar isso, seríamos uma degeneração genética.

A subjetividade se constitui atravessada, pelas suas situações múltiplas, por encontros e desencontros, marcados por uma realidade histórica que a determina; não é só o que acontece com meu pai, com minha mãe, toda realidade social vai determinando essa subjetividade. Então, esse é outro modo de pensar na metapsicologia, que enlaça a dimensão intersubjetiva e o laço social — Marcelo Viñar tem muitos trabalhos sobre isso, junto com René Kaës. Nessa pesquisa de doutorado que eu fiz, achei histórias com fragmentos não elaborados que se transmitem por meio das diferentes gerações: violências, abusos, segredos, mentiras, que capturam a disponibilidade de atenção da criança. Então, encontrei um paradoxo: o que você diz à criança? Você precisa focar, temos que atender, mas você não precisa entender o que está acontecendo; e como é que um menino vai focar a atenção, se não entender o que acontece na sua vida, na sua história, na sua família, no seu contexto?

O Tobias começou a fazer bagunça na escola, como muitos meninos que utilizam a escola como um cenário para mostrar aquilo que está acontecendo neles. Quando uma criança manifesta seu mal-estar na escola, assegura-se o olhar e a intervenção de outros adultos, além

da família, mas eu quero perguntar isso: "O que acontece com uma criança quando rapidamente recebe uma única resposta, 'TDAH', e a única estratégia terapêutica é uma abordagem medicamentosa?" Então, eu me pergunto o que teria acontecido com o Tobias se houvesse sido diagnosticado e medicado com TDAH; acho que ali poderíamos ter tido a duplicação das violências vividas por essa família: primeiro, a violência do Estado, com o desaparecimento de uma geração e da sua descendência; depois, a violência familiar, dos usurpadores da mãe desse menino que escamoteou a identidade dela; e agora, a violência escolar, ancorada em um discurso científico, que, em vez de escutar a criança, dá a resposta, antes mesmo de indagar o que está acontecendo. E qual é a multiplicidade de fatores que fazem com que esse menino não atenda na escola?

Então, o que eu queria mostrar para vocês é quão perigoso pode ser quando os diagnósticos são violentamente impostos a uma criança; você deixa de olhar a criança e deixa de olhar o sofrimento dessa criança, o sofrimento dela fica de fora, ninguém presta atenção a isso, porque há um diagnóstico, um diagnóstico com condutas. Todo mundo estava de acordo, esse menino não atendia, era imaturo, tinha dificuldades, perdia todas as coisas, sim, mas a pergunta tem que ser "por que isso acontece?" E se nós temos um problema complexo, como esse de dificuldades de atenção, não temos que dar respostas simples; se você der uma resposta simples, é uma simplificação do problema, não há resposta simples para problemas complexos, há as respostas complexas, que temos que buscar em rede.

Voltando a Tobias e sua família, não se trata somente de delitos individuais que devem ser castigados, mas de um Estado que deu as condições para que isso ocorresse. Os trabalhos subjetivos estão entrelaçados com políticas de Estado, com movimentos sociais. Exigir a restituição desses filhos e filhas, hoje já adultos, implica um compromisso com a história e com as gerações vindouras; esses sujeitos continuam, ainda em uma democracia, vivendo em um "Estado de exceção", pois sua identidade, sua história, seu passado e seu futuro continuam sendo escamoteados, e assim, eles permanecem sendo

"desaparecidos". Com isso, as consequências das engrenagens da ditadura continuam tendo efeitos até a atualidade. *Nuda vida*, do livro *Homo Sacer I: El poder soberano y la nuda vida*, de Giorgio Agamben, que coloca o sujeito como mercadoria, resultado de uma guerra que segue gerando consequências, até que os 400 netos, e outros tantos bisnetos, não recuperem a possibilidade de saber quem eles são. Para finalizar, vou ler este pensamento de Hanna Arendt: "Ninguém pode ser feliz se não puder compartilhar a felicidade pública, ninguém pode ser livre sem a experiência da liberdade pública, e, finalmente, ninguém pode ser feliz sem se implicar e fazer parte do poder público". Obrigada.

VIOLÊNCIA QUÍMICA

LUCI PFEIFFER – Médica, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e doutora pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), pós-graduada em Adolescência pela PUC-PR. Formação em Psicanálise de Crianças na Associação Psicanalítica — Curitiba. Pós-graduada em Psicologia Clínica com abordagem Psicanalítica pela PUC-PR. Presidente do Departamento Científico de Segurança da Sociedade Paranaense e membro do Departamento da Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenadora do Programa Dedica — AAHC, Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente da Associação Amigos do Hospital de Clínicas da UFPR.

TRABALHO HÁ muito tempo na prevenção de doenças, prevenção de deficiências, prevenção de violência e vou trazer um pouco dessa experiência para vocês hoje. Peço desculpas inicialmente pelas imagens, reais, que apresentarei, mas elas só mostram o que está debaixo da roupa de muitas crianças, sendo uma pena que muitos profissionais ainda não consigam saber dessas marcas.

A criança, com o seu sinal, com o seu sintoma, com o seu falar, sempre vai nos contar do seu sofrimento. O importante é que queiramos e saibamos ver. Às vezes, os sinais estão lá, mesmo em crianças tão pequenas, como no caso de um menino de 4 meses que chegou ao hospital com manchas avermelhadas nas mãos; um bebê de 4 meses, e a mãe, com o 2º grau completo, classe média, diz: "De repente apareceu isso. E eu não sei o que acontece com meu filho, porque toda hora ele fica doente." Os residentes que o atenderam lembraram de alguns conceitos básicos do que poderia ser violência e, mesmo diante de uma lesão que parecia ser tão pequena, o encontro de hematoma em uma fase tardia de cura indicava traumas em diferentes estágios de cicatrização ou cura do bebê, sendo este um grande sinal para a suspeita de traumas intencionais repetitivos, ou seja, de violência. Ademais, os traumas não eram compatíveis com seu desenvolvimento psicomotor, pois com quatro meses ele ainda não rolava, nem se mexia ativamente. Aí estava mais um sinal: era um bebê hipoativo. Eu posso dizer que nos ferimentos nas mãos dele havia um sinal de crueldade extrema, uma queimadura. Por que crueldade extrema? Estavam queimados também os espaços interdigitais, significando que a mão havia sido esticada e o ferro, colocado ali para queimá-la. Ao ser indagada sobre esta certeza, a mãe diz: "Não... imagina! Ninguém fez nada disso com ele". No exame físico, o bebê apresentou também dor ao manuseio da perna esquerda. Seguindo normas da investigação de suspeita ou diagnóstico de violência, foi feito o raio X de corpo inteiro. Foram encontradas: fratura de crânio de consolidação recente, oito fraturas antigas de costelas e uma atual na perna. Pelo histórico, o HC era o terceiro hospital que essa mãe procurava, por traumas e fraturas. Ao ser indagada sobre as fraturas, ela imediatamente chamou atenção para os olhos do filho, dizendo: "Olha o olhinho dele, meio azulado... os médicos já me disseram que ele tem a Osteogênese Imperfeita, estão investigando isso, uma doença em que os ossos são frágeis..." Mas, na verdade, esta era uma mãe que maltratava muito o seu filho.

As marcas podem estar à nossa frente, fáceis de ver, mas, às vezes, estão nas histórias, e como é difícil ter gente que escute realmente as crianças, que saiba interpretar os sinais e o que elas nos contam à sua maneira! Não se tem tempo. Hoje se exige um comportamento uniforme, todos têm que seguir as mesmas normas, em que a suspeita da violência não está contida.

Eu atendi, na semana passada, uma menininha de 6 anos que está em uma escola bastante "apressada" em alfabetizar e "educar". Ela tem notas A — dar nota para uma criança de 6 anos já me parece incrível. Ela tem nota A em tudo, mas a professora mandou que fosse ao médico, porque "agita demais", isto é, é agitada e provoca agitação nos colegas. A menina me diz: "Sabe o que é, Luci? É que os adultos têm muitas regras para as crianças! Imagina ficar parada em uma fila para tudo, entrar na sala, sair da sala para o lanche e para todo o resto que se faz na escola! E, se eles têm muitas regras, algumas nós não damos conta!". Que criança sábia!

Eu coordeno um serviço de profissionais voluntários na Universidade Federal do Paraná, do Hospital de Clínicas, no qual atendemos crianças e adolescentes vítimas de violências. Somos médicos, psicólogos, psicanalistas, com apoio do Ministério Público, e o nosso critério de triagem é que o caso seja grave ou gravíssimo. Atendemos tanto para o diagnóstico, para os encaminhamentos de proteção à criança que precisam ser feitos, como também para assistência.

Trago para vocês a história de uma criança a que prestamos atendimento por três anos. Ela havia sido trazida pela instituição de abrigamento porque, segundo a educadora, ninguém dava conta dela, tanto que ela chega dizendo: "Você sabe por que eu estou aqui?" Respondo: "Quem sabe você consegue me contar." A menina continua: "Dizem que eu sou louca, porque eu surto!"

A queixa da instituição atual era de que ela havia acabado de quebrar todos os vidros do seu quarto, apresentava grande dificuldade de aprendizagem e ainda tinha jogado uma pedra na professora na semana anterior. Ela havia sido acolhida em instituições desde os 7 anos de idade. A razão do abrigamento foi por suas fugas de casa des-

de seus 6 anos de idade. Mas ninguém perguntou a ela do que fugia, até que ela foi encontrada em um prostíbulo e foi abrigada com o diagnóstico de negligência dos pais. Passaram por várias instituições, ela e o irmão menor, até que em uma delas chamaram a polícia para conter essa menina, porque ela estava tendo, segundo eles, um novo "surto de agressividade" e, quando o policial a agarra, ela diz: "Com você não... só meu pai pode transar comigo". Aparece o abuso sexual, mas, mesmo assim, ela continuou a ser tratada como psicótica e a denúncia ficou no vazio, nada se fez.

Na primeira avaliação no Dedica, ela afirma: "Dizem que eu sou louca, eu sou tarja preta, você sabe, aqueles que tomam remédios, aqueles remédios para maluco. Mas não adianta, eles me dão sono e eu surto do mesmo jeito". Eu pergunto a ela por que isso acontece e ela conta: "Aquela mulher me bate. Eu quebrei os vidros da casa, porque ela me bateu. Eu não gosto, meu pai me batia, minha mãe me batia. Eu acho que é porque eu não faço as coisas direito."

Assim ela assume a culpa de todas as crianças que são violentadas — "apanho porque não faço as coisas direito" — como forma de aceitar ou suportar a violência e por isso elas se calam, por isso elas escondem os sintomas, por isso podem assumir tão facilmente o que é imposto a elas — ela é uma tarja preta! O que se pode concluir é que ninguém, em todos os seus poucos anos de vida, realmente olhou para ela, para seus sintomas e quis saber de suas razões. Talvez porque a escolha mais fácil seja medicar, calar os sinais de sofrimento e angústia. Ela recebia, na época de seus primeiros atendimentos no Programa, a associação de quatro medicamentos psicoativos, que a deixavam completamente confusa e sonolenta — ela dormia na sala de aula, não conseguia aprender. A menina sofria também pela separação do irmão, que não via havia um ano, pois estava em outra instituição. Ela me diz: "Não sei dele, eu era a mãe para meu irmão! Será que batem nele como fazem comigo?"

Com a retirada progressiva da medicação psicoativa, ela passa a falar de si e de sua vida difícil. Num desenho, depois de seis meses de atendimento, ela consegue dizer: "Meu pai é um demônio, não

gosto dele, ele me estuprou. Ele está solto e eu presa no abrigo! Isto não é justo!".

Se pensarmos em violência, podemos separar, para definição das necessidades de acompanhamento, aquela que acontece fora de casa e a de dentro de casa, onde a criança é refém permanente do seu abusador. Não fogem dessa última categoria a violência institucional, a da escola, a das unidades de Saúde e a das instituições, onde a criança também é refém de seus cuidadores. A terceira forma de violência é a autoagressão, consequente a todas as outras. Algumas são ainda muito pouco diagnosticadas, como a Síndrome de Münchausen por Procuração, na qual os sintomas de doenças são criados ou provocados na criança ou adolescente. Deveria ter outro nome, porque não se trata de uma mentira apenas, como das estórias infantis do Barão de Münchausen. Os sinais e sintomas podem ser trazidos pelo responsável agressor como uma fabulação, mas serão assumidos pela vítima como pagamento pelo suposto amor e dedicação daquele adulto. Ou são induzidos, fabricados, levando a grandes prejuízos físicos e psíquicos às vítimas, totalmente dependentes da crueldade de seu agressor, podendo chegar à morte.

Além disso, o que eu quero também apresentar para vocês hoje é uma forma contemporânea de violência, cada vez mais praticada em todo o mundo, especialmente contra os mais frágeis e indefesos, que nomino de Violência Química.

O Programa HC Dedica, como já falamos, foi mantido por profissionais voluntários por dez anos, até 2014, porque não havia nenhum profissional que fizesse esse trabalho na nossa universidade federal, nem programa com o mesmo objetivo de dar assistência interdisciplinar a crianças e adolescentes vítimas de violências graves e gravíssimas. Atendemos por 10 anos, uma vez por semana, totalizando de 40 a 80 pessoas por semana, entre as crianças, seus responsáveis diretos e seus agressores, estes, desde que tivessem condições psíquicas para isso.

Entre 2009 e 2010, foram recebidas 309 situações de violência grave — e, acreditem, vocês não vão lembrar de mim com muito gos-

to depois destas histórias —, sendo 304 delas, casos de violência doméstica ou intrafamiliar.

Desses atendimentos, num estudo de 245 casos, tem-se como agressores:

Principais agressores

Principais agressores	
Mãe	67
Pai	54
Padrasto/companheiro	44
Avó	29
Pais adotivos	26
Madrasta	8
Avô	6
Tios	6
Estranhos	3
Conviventes	2
Total	245

Fonte: Programa HC Dedica – 2009-2010

Nessa avaliação dos principais agressores, não se levou em conta o abandono do pai logo ao nascimento ou na gravidez, porque se estava tratando da violência atual, caso contrário ele viria em primeiro lugar. Há que pensar, no entanto, que muitas dessas mães agressoras assim o foram por total desamparo da família, especialmente do parceiro — o que já demonstra a existência de antecedentes que favoreceram uma escolha distorcida, ou com chances para esse abandono, pois cada pessoa escolhe o parceiro compatível com a sua história.

Mas, se nós formos mais adiante, vocês verão que, de todos esses agressores, a grande maioria eram os cuidadores diretos daquela criança, com apenas três estranhos, para o que a palestrante Gisela Untoiglich já nos disse hoje: "Como contrariar esses de quem eles são dependentes? Como denunciar, ou mesmo enxergar que aquilo que eles sofrem é violência?"

Há crianças que vêm para o nosso Programa muito novas, como um bebê de 2 meses e meio que chegou com parada cardiorrespira-

tória por ter sido espancado e sacudido violentamente; escutamos da mãe: "Ele teve uma crise convulsiva e ficou assim". O bebê apresentava fratura de crânio, fraturas de costelas e hematomas no pescoço, como marcas da tentativa de sufocação. O diagnóstico era evidente: Síndrome da Criança Espancada e Sacudida. Foram solicitadas medidas de proteção emergenciais, mas, em pouco tempo, com o bebê ainda na UTI, essa senhora conseguiu um atestado médico como portadora de psicose puerperal e quase conseguiu a guarda do bebê de volta por meio do Juizado da Infância, que muitas vezes ainda acredita que o melhor lugar para uma criança é perto de sua mãe e família. Assim como para o psiquiatra que a consultou uma única vez e lhe forneceu o atestado de psicose puerperal, o juiz responsável pelo caso achou que a criança deveria ser devolvida, porque, afinal, a mãe estava tomando medicação, e muitos imaginam que as medicações são mágicas. Foi preciso interferir, enviando ao juiz não apenas o relatório de diagnóstico, mas todas as fotos e discussões do caso, inclusive a constatação de que, em verdade, o único "pecado" daquele bebê era ser ruivo, como o empregador dessa senhora, evidenciando uma tentativa de homicídio.

Falando mais um pouco do perfil dos agressores, quanto ao grau de escolaridade de pai e mãe, encontraram-se pais e responsáveis com nível educacional até o ensino médio, mas também semianalfabetos e com ensino fundamental incompleto, numa amostra semelhante à da população de nosso Estado — Paraná. No entanto, o que mais chamou a atenção quanto ao nível de escolaridade foi ter encontrado agressores doutores, mestres e com terceiro grau completo, como professores, médicos, advogados e outros, trazidos através dos pedidos de laudos periciais dos Juízes das varas da infância, de família, criminais e das delegacias.

O que temos de muito importante para nós que atuamos na área da infância e adolescência nas histórias do Dedica? Constatamos que em mais da metade dos casos — e falamos de violências graves — já havia sinais da possibilidade de violência na gravidez. A rejeição do filho já na gestação pode ser declarada ou aparecer como

exacerbação de sintomas próprios da gravidez, como os vômitos incontroláveis, mal-estar constante, dificuldades no reconhecimento da gravidez. É possível identificar a impossibilidade da gestante em aceitar o filho quando se refere a ele como sofrimento, como: "ele me maltrata, bate na minha barriga, me chuta", ao invés de: "meu bebê está crescendo, meu bebê vai ser bonito, vai ser como eu". Para mais da metade dos casos do Dedica os sinais da não aceitação do filho já estavam lá no início de suas vidas, como também o abandono do genitor. Que prevenção especial teríamos se pudéssemos intervir nessa época?

Das vítimas, crianças e adolescentes, de violências graves nas apresentações mais variadas, é possível afirmar que quase 100% delas apresentavam importante comprometimento do estado geral, todas com dificuldade de socialização.

Se falarmos da negligência, podemos encontrar muitas crianças e adolescentes em todas as classes sociais que crescem sem os cuidados e atenção de que necessitam. Muitos pais terceirizam o cuidar não mais para outros apenas, mas para as telas do mundo virtual, ou seja, para os *tablets*, celulares, computadores, a internet. O abandono do cuidar acontece não apenas com crianças e adolescentes de rua, mas também de classes sociais média e alta. Se formos aos *shoppings* na hora do almoço, quantos pequenos estão lá, ainda com seus uniformes da escola, escolhendo sozinhos o que comer, em grupos, mas muitos sem falar um com o outro, porque cada um está teclando no seu celular, todos isolados do mundo vivo que os rodeia. Chamo essas de crianças e adolescentes de *Shopping*, pois são submetidos a formas contemporâneas do abandono e em risco para todas as possibilidades da violência virtual.

É preciso separar a situação da omissão do cuidar consequente à miséria, em que a sociedade e o Estado falharam, daquela que é intencional, que pode ocorrer em qualquer classe social. Temos mães e pais de condição sociocultural menos favorável que cuidam muito bem dos seus filhos; não é a pobreza apenas que traz a negligência, e sim a falta do laço de afeto, do lugar do filho na vida dos pais.

Se falarmos agora do que é visível, da violência física, tem-se a mais diagnosticada, mas, mesmo assim, subnotificada. Estima-se que apenas 10 em cada 100 casos sejam notificados, mesmo em países com sistemas bem desenvolvidos de enfrentamento da violência. No Brasil temos municípios que nem notificações fazem. As marcas mais comuns dessa violência são na pele, como no caso de duas irmãs que atendemos, cuja professora, atenciosa, percebeu que uma chegou muito abatida à escola e, ao ser abraçada, reagiu com sinais de dor. Ela apresentava várias lesões eritematosas no dorso, com sinal de perversidade, pois além da marca da tira do cinto existiam outras retangulares, da fivela, para doer mais. É o bater pelo prazer de fazer sofrer.

O diagnóstico da violência é um problema médico, de saúde e, pelo Ministério da Saúde, desde 2011, é de notificação compulsória, igual sarampo e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Hoje, em nosso país, a violência é a maior causa de morte, junto com os acidentes, a partir de 1 até os 39 anos de idade. Então, hoje, nossas crianças, adolescentes e adultos jovens, até 39 anos, morrem por causas totalmente evitáveis.

É possível diagnosticar o trauma intencional através de vários sinais, como as lesões que lembram o instrumento agressor, por exemplo. Os agressores sempre tentam criar estórias para justificar o estado da criança, que, na maioria das vezes não combinam com o trauma relatado. Os pais sempre criam estórias, como a de uma criança com paralisia cerebral, encefalopatia não progressiva, cuja mãe disse que o irmãozinho de 5 anos pegou uma colher, foi até o fogão, esquentou a colher e queimou o rosto da menina. Como isso seria possível?

Fraturas em lactentes que ainda não rolam e mesmo abaixo de um ano de idade sempre exigem o diagnóstico diferencial entre negligência e lesão intencional direta.

Existem algumas lesões típicas de maus-tratos, como as circulares, seja em colar, pulseira ou tornozeleira, que mostram que essa criança ficou amarrada. Eu disse que vocês não iam lembrar de mim com muito gosto, mas esses casos são reais, como o de um menino de pouco mais de uma ano, levado à unidade de saúde por infecção respira-

tória e, com o exame físico, foram encontradas lesões circulares com laceração e necrose em região de tornozelos e peito dos pés. Eram lesões mantidas havia pelo menos dois meses. É preciso pensar em seu sofrimento e em como ninguém viu, ou ouviu, ou não se importou?

Queimaduras que não obedecem à distribuição pela gravidade são altamente sugestivas de serem intencionais, pois, se um líquido quente é acidentalmente derrubado sobre alguém, a queimadura mais intensa vai se dar onde o líquido atingiu a pele primeiro e ficarão as lesões provocadas pelo escorrer da substância. Queimaduras em luvas ou meias, homogêneas, uniformes são características de violência, pois mostram que a mão ou o pé foram mergulhados em um líquido quente e deixados lá para queimar.

A lesão que me fez começar esse trabalho me chamou a atenção no exame de crianças e adolescentes com deficiência de uma instituição de acolhimento, pelo abandono dos pais. Em verdade, eram lesões cicatriciais, circulares, que muitos deles tinham e eu não sabia o que era. Foi uma auxiliar de enfermagem que me disse: "Doutora, é queimadura de cigarro; como a senhora não sabe?" E eu não sabia, porque não tinham me ensinado no curso de Medicina e eu não tinha procurado saber, até porque era mais fácil pensar que essas coisas não aconteciam, como parece ainda ser mais fácil para muita gente, o não querer saber.

São também características de traumas intencionais as lesões bilaterais ou simétricas, como dos dois olhos, pois não há como atingir as duas regiões periorbitais sem que machuquemos seriamente o nariz. Existem lesões específicas da violência, como as lesões do boxeador, que são decorrentes de socos na região do ouvido, que causam sangramentos no conduto auditivo por fratura óssea, levando à surdez. Outro diagnóstico para esses sintomas seria a introdução de corpo estranho.

A síndrome do bebê sacudido se caracteriza por uma criança com sinais de danos neurológicos em níveis variados de gravidade, sem nenhum sinal infeccioso, provocados por hemorragia de sistema nervoso central. A hemorragia de retina fecha o diagnóstico. O

chacoalhamento do bebê, especialmente até o segundo ano de vida, faz com que se desloquem, em velocidades diferentes, a parte superior e a parte inferior do cérebro, que continua na coluna vertebral, e isso provoca o cisalhamento do tecido nervoso e vascular, sendo a maior causa de morte por violência nos primeiros anos de vida.

O impressionante é como a criança resiste a muitos destes traumas. O menino, ruivo, do qual falamos, hoje tem 4 anos e, em termos de aspecto físico e de desenvolvimento motor, é uma criança normal. Porém o que ele vai ter na memória de tudo que sofreu, não temos como saber. Nos primeiros meses de acompanhamento, a qualquer movimento um pouco mais brusco no exame físico, como no virar, ou no levantar da mesa de exames, ele apresentava uma catatonia reflexa, ficava como que paralisado, rígido, e com olhar fixo no vazio, demonstrando o pavor de suas memórias do trauma sofrido, mesmo tendo apenas 2 meses e meio de idade.

A violência sexual na infância e adolescência se constitui na prática de qualquer ato para gratificação sexual de uma pessoa adulta ou adolescente, com maturidade física, psíquica e sexual mais adiantada que a vítima, seja de cunho homo ou heterossexual. A escolha dessa prática com uma criança caracteriza a pedofilia, em que a atração sexual pelo corpo infantil é compulsiva e incoercível.

Para diagnóstico, podemos encontrar sinais indiretos, como os de erotização precoce ou a demonstração de conhecimento pela criança sobre temas e atos sexuais inapropriados para a idade. Entre os sinais diretos, estão as lesões em área genital, o rompimento de hímen e lesões perianais sem outras justificativas, como obstipação severa. Outro sinal característico de abuso sexual é o encontro de doenças sexualmente transmissíveis, que muitas vezes é ignorado pelos profissionais da saúde.

O aborto e a gravidez na adolescência são grandes problemas de diagnósticos, pois no seu acompanhamento há que investigar a paternidade, pois no mínimo se está diante de uma situação de erotização precoce e negligência. Mas, muitas destas, pouco mais que meninas, em verdade, são vítimas de relações incestuosas que a família aca-

ba por encobrir e ela permanece refém de seu abusador. Pelas leis brasileiras (Lei nº 12.015, 2009), qualquer ato sexual com criança ou adolescente, do sexo feminino ou masculino, abaixo de 14 anos é crime de estupro.

Lembro de uma pequena menina de nove anos que veio para atendimento como psicótica. Ela havia perdido a mãe por HIV aos três anos de idade e o pai estava preso por tráfico de drogas. Inicialmente ela foi "dada" a uma tia-avó, que tinha um marido que se pôs a dormir com a menina, com a justificativa de que ela tinha muito medo da noite e foi colocada por ele como sua parceira sexual desde então. Ela acaba por contar para a coleguinha da escola que tinha um marido, aos seus nove anos de idade e, a amiga, estranhando o relato, contou para a professora. Quando foi abrigada após a constatação de uma violência sexual constante e hedionda, ela chorou por vários dias e se revoltava contra todos querendo voltar para sua casa, dizendo não suportar a falta do tio, deixando todas as educadoras horrorizadas. Não conseguiam entender que esse homem foi o único laço que ela teve com alguém, que ela acreditava ser de amor. Todos diziam: "Não sei, doutora, eu acho que ela é meio louca. Imagine ter saudade desse homem." Ela, para demonstrar seu sofrimento e raiva por ter sido afastada de seu suposto responsável, desenhava agressivamente símbolos fálicos e cenas de sexo oral, para contar como ele se relacionava com ela. Quando a questiono se ela acreditava mesmo que o que ele fez com ela era certo, ela diz: "Ele sempre disse que ninguém nunca ia entender o nosso amor". Ela tinha apenas nove anos.

Então, já falamos de negligência e de violência física. Vamos falar agora um pouco da violência psíquica, que se apresenta por meio de sinais e sintomas físicos e comportamentais, muitas vezes como a única forma que resta para a criança nos contar o que sofre.

Imaginamos, no mundo ideal, que toda criança deveria ser aceita por seus pais no nascimento e que esses pais teriam que ver nessa criança o que ela é, menino, menina, forte, fraco, um bebê do desejo, um bebê daquele sonho, quando começamos, na infância, a planejar nossa família.

Quando avaliamos uma situação de maus-tratos, é preciso saber de todo esse histórico dos pais e de como e para que veio essa criança? Que desejo existia ali? Que lugar ela veio ocupar nessa família? E sempre, ante uma suspeita de violência, temos que avaliar não apenas a lesão, não só o abuso, como foi o caso dessa menina, mas também o estado geral da criança ou adolescente, qual foi o tipo de agressão, se existem características de crueldade, de tortura, ou de a criança estar sendo colocada como objeto do desejo do outro. É preciso saber que tipo de proteção sua família pode oferecer — é uma família que vai proteger? Ou é uma família que vai ajudar a torturar?

Freud nos trouxe o conceito do "eu ideal", aquilo que carregamos para nossas vidas e se transforma nos nossos sonhos para o filho, do que queremos dele. Essas famílias violadoras, o que passam para os seus filhos? Por muito tempo na vida nós vamos tentar ser isso que nossos pais desejaram que fôssemos, até a hora de conseguirmos escolher nossos próprios caminhos. Mas os responsáveis deixam a mensagem, a encomenda, do que o filho deve ser, e a criança percebe isso, e quando ela não consegue satisfazer esse "eu ideal", vem o sofrimento, o sofrimento psíquico, desde situações mais simples de insatisfações até as graves, que vêm da violência extrema.

Os sinais de sofrimento psíquico, provocados pelas outras violências ou a psicológica isolada, vão aparecer desde os primeiros dias de vida, como o choro excessivo do lactente, a dificuldade de dormir, o atraso nas aquisições psicomotoras e sociais, o déficit de fala, a gagueira. Eles demonstram um excesso a que a criança está sendo submetida que terá suas repercussões, como a dificuldades de aprender, e não falo de déficit de atenção, mas de um deslocamento da atenção. Desafio vocês, qualquer um de vocês, a pensar se um dia nas vossas vidas, vocês tiveram menos atenção, se é possível ter menos atenção, ou se nós deslocamos nossa atenção para outro lugar quando algo nos consome o pensamento, como a pergunta que a Gisela Untoiglich nos deixou: "A que essa criança se atenta?"

Como explicar as crianças que não conseguem ficar quietas em algumas escolas, mas são capazes de montar quebra-cabeças, de brin-

car com jogos eletrônicos até atingir os objetivos? Seria correto pensar em déficit de atenção? Ou nós não estamos conseguindo captar a atenção da criança do jeito que é esperado para sua idade, ou sua atenção está em outro lugar. Está na discussão dos pais, na briga da família, na surra do dia anterior, na humilhação daquele "eu ideal", em que se diz: "Você não serve para nada, você só me incomoda, por que você nasceu?"

E essa criança, então, vai mostrando os seus sinais de ansiedade crescente. Pode passar a comportamentos obsessivos, como se ela pudesse se proteger da angústia com seus rituais e manias. Manifesta comportamentos em que reproduz o modo como é tratada, ou, se coloca como vítima do outro, mantendo o lugar oferecido a ela pela sua família. São formas de se adequar à vida que ela não consegue entender, com aqueles que ela não consegue satisfazer. E assim se mantém como hipossuficiente perante o outro, a procurar seu lugar em todos os lugares, onde a hiperatividade pode ser seu instrumento de busca.

Proponho a vocês, para essas crianças, o diagnóstico de "Deslocamento de Atenção", não déficit. Seria difícil pensar em déficit de atenção para um ser humano nascido com sua integridade neurológica preservada, a não ser na deficiência intelectual.

Os outros sinais que podem surgir como mostras de sofrimento, ou mesmo de autoagressão são a enurese [emissão involuntária de urina] e a encoprese [emissão involuntária de fezes], que podem ser vistas como formas de autoagressão.

O aumento da frequência de doenças ou mesmo de situações em que a criança ou adolescente se coloca no papel de doente crônico, a simular patologias (caracterizando a Síndrome de Münchausen), precisa ser sempre avaliado pela possibilidade de serem essas situações reações psíquicas a violências.

O aumento de traumas ditos como não intencionais é sinal de alerta para negligência dos cuidadores ou autoagressão.

Como reação ao sofrimento, é possível perceber uma fase de destruição ou dano a coisas, e quando nos dizem: "ah, ele está pichando

a escola, ele está quebrando coisas", pensamos: "menos mau", porque ele está quebrando onde pode chamar a atenção, pedindo socorro. O pior será quando ele começar a destruir a si mesmo, que é um caminho muito mais difícil de reverter. Mais difícil ainda é quando passam à agressão direta, com mutilações, como com o uso não de um ou dois *piercings* porque está na moda, mas de muitos, ou de tatuagens que provocam alterações de sua imagem. Se a criança ou adolescente não se sente merecedor do amor dos pais, ou seu corpo ou seu modo de ser não serve, então eles vão procurar o que os satisfaça, ser um outro que possa chegar no desejo dos que o geraram.

É preciso estar atento também para as formas de mutilações indiretas, com uso da alimentação nas anorexias, bulimias e obesidade.

O suicídio pode surgir como proposta de solução a uma vida de sofrimentos. No ano passado tivemos — e é preciso dizer que não constituímos um hospital de urgência nem de emergência — cinco tentativas de suicídio em crianças e adolescentes, dois com 12 anos, dois com 13 e um com 14 anos. Sempre, diante de um desejo de interromper a vida na infância e adolescência, temos que tentar saber: "O desejo de morte, de onde e de quem vem?"

O que apareceu de todo esse trabalho nesse tempo? São muitas histórias, de quase dois mil casos, dos quais mais de 70% apresentavam deficiência de aprendizagem, alguns eram analfabetos funcionais, representando outra forma de violência, que a sociedade, o Estado e a escola impõem, porque eram analfabetos cursando o 4º, 5º ano da escola. Eram crianças e adolescentes que não tinham condições psíquicas de aprender, mas, mesmo assim, foram para os níveis seguintes, tendo aulas cada vez mais complexas, colocando-os também no lugar do insuficiente, do incapaz. Não sabiam ler ou escrever, mas lhes era solicitado interpretação de textos, soluções de problemas e expressões matemáticas. E assim vamos somando as violências dessa sociedade que não quer ver o que acontece com suas crianças, que não quer ver o sofrimento.

De toda essa população, mais de 70% veio para o primeiro atendimento com medicação psicoativa, não só metilfenidato, mas quatro,

cinco associações, que nos faziam pensar "como é que essa criança fica de pé?" Nenhuma delas teve melhora de seus sintomas com esses tratamentos.

Lembrando da menina que recebia quatro medicações psicoativas controladas (tarja preta), ela tentava não aceitar, cuspia alguns, fazia de conta que engolia, mas quando isso era percebido pelos educadores, era obrigada a tomar de novo. Que novas amarras o ser humano tem produzido!

Tivemos alguns casos de intoxicação medicamentosa tanto por drogas de uso dos adultos dadas intencionalmente às crianças, como por superdosagem de medicação prescrita pelas queixas dos cuidadores, com situações absurdas, como a indicação de Haloperidol, antipsicótico típico, desde os dois anos de idade. Não existe na literatura científica nenhuma justificativa que sustente essa prescrição.

Cerca de 50% das crianças atendidas pelo Dedica haviam tomado psicofármacos durante mais da metade de suas vidas — eu estou falando de crianças vítimas de violência grave. Seus pais estavam impunes, seus agressores soltos, e elas eram mantidas amarradas, presas a um controle perverso de suas mentes, o que é muito pior do que qualquer prisão, porque não tira só o desejo e a vontade de lutar pela vida, mas a possibilidade de reação.

Nenhuma delas obteve melhora de seus sintomas com essas medicações, mas, mesmo assim, os tratamentos foram mantidos, as doses aumentadas e as associações variadas. Temos que pensar que mundo é esse e que violência é essa.

É fácil dizer que violência doméstica é qualquer ação ou omissão por parte de um adulto cuidador que possa causar dor a uma criança ou adolescente. Mas se pensarmos em uma mãe que foi maltratada a vida inteira e que reproduziu isso com seus filhos, não se teria a diminuição do mal que causa, mas se tem a origem do mal. Se pensarmos, no entanto, no profissional que receita medicação com esse poder de controle, sem maiores avaliações da criança e da possibilidade de seus sintomas serem consequência de violências, não se teria justificativas.

Falando em saúde mental, é preciso lembrar de Felipe Pinel, autor do primeiro tratado sobre alienação mental, que deixou a advertência, em 1801: "É preciso observar o paciente, é preciso ver o contexto de sua família, para que não nos transformemos em simples repassadores de remédios".

Os Estados Unidos começaram seus registros das doenças mentais, para finalidade de senso e planejamento de investimentos necessários, após a Segunda Guerra Mundial. Em 1952, surge o primeiro manual de classificação das doenças mentais desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, nominado como internacional. Novos diagnósticos vêm sendo propostos desde então, sem que sigam a rotina científica exigida na caracterização de doenças, como o estudo dos sinais e sintomas, do modo de sua formação e origem, bem como do agente causal. E assim evoluíram os DSMs, e regrediu a visão do ser humano como único em suas histórias e possuidor de instrumentos psíquicos diversos para reagir às dificuldades da vida. O profissional de saúde passou a desvalorizar a escuta do paciente e a medicação parece ser seu único tratamento ou o ideal. Atualmente, na versão DSM5, muitos diagnósticos foram transportados da idade adulta para a infância e adolescência, por meio de novos critérios, anteriormente não aceitos, como o de definições de novas doenças pelo "consenso" de seus autores.

Com os novos diagnósticos, por consenso de alguns profissionais, cresceu a produção da indústria farmacêutica com linhas de psicoativos, em que, em suas descrições, muitos declaram não ter ao certo o mecanismo de ação, nem o local de atuação. E estão sendo repassados para crianças.

As reações normais do ser humano ao sofrimento parecem não ter mais lugar e, muitas vezes, nem as atividades e atitudes próprias da criança ou adolescente. Por exemplo, se uma criança reclamar ou tiver atitudes de revolta porque nasceu o seu irmão durante mais de quatro semanas, se apresentar sinais de agressividade com seu irmãozinho, se tiver sinais de agressividade com seus pais, estará enquadrada no Transtorno de Rejeição do Irmão. Transtorno! E, se terá medicação para isso!

Se estudarmos com mais atenção o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção, temos definições como: "Parece que existe um transtorno, alguma alteração no sistema reticular, parece que existe alguma predisposição genética, parece que o metilfenidato pode ajudar", mas não se sabe onde ele age, nem como age.

Que medicina em saúde mental é essa?

O Brasil é o segundo maior consumidor de metilfenidatos do mundo. Já em 1995 havia uma forte pressão para a prescrição de psicotrópicos para crianças. O Brasil fica atrás apenas dos Estados Unidos, que em 1990 consumia 90% da produção mundial de Ritalina. Em 2000, os brasileiros consumiram 70 mil caixas da droga. Em 2009, foram 2 milhões de caixas, 2,6 milhões em 2013.

No entanto, até o momento, seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas "acredita-se que seu efeito estimulante é devido a uma estimulação cortical e possivelmente a uma estimulação do sistema de excitação reticular. O mecanismo pelo qual ele exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central" (descrição do metilfenidato pelo próprio laboratório que a fabrica e distribui; Ritalina, Novartis, 2008).

Estamos tendo uma epidemia de transtornos mentais na infância e adolescência? Ou estamos cuidado mal das nossas crianças? Quem teria hiperatividade? Não se está tendo muita pressa com o tempo de desenvolvimento das crianças? Não se está tendo muita pressa em administrar medicamentos para crianças e adolescentes sem ter conhecimento suficiente de seus efeitos colaterais em curto, médio e longo prazo em seres humanos em desenvolvimento?

Minha proposta tem sido considerar a medicalização da infância e adolescência uma nova forma de violência, que chamo de violência química. Defino como a administração de substâncias psicoativas à criança e ao adolescente e podemos expandi-la para os idosos e pessoas em condições de vulnerabilidade, como uma forma de controle, submissão, culpabilização ou mesmo de agressão direta, levando a

danos ao desenvolvimento e riscos à saúde física e mental desses indivíduos.

O que dizer dos efeitos que essa violência pode ter para esses seres em desenvolvimento?

Considero como violência química primária aquela em que a droga é usada realmente como uma forma de controlar, de "amarrar", de subjugar essa criança, porque não se consegue suportar as reações próprias da infância, ou mesmo como uma crueldade a bloquear o desenvolvimento neuropsicomotor. A violência química secundária, que é aquela de que todos nós podemos ser partícipes como profissionais desavisados, ou desatentos, ou pior, desinteressados, é o uso de psicoativos pelos responsáveis com a intenção de encobrir os sinais e sintomas de outras violências. Muitas vezes a solicitação desse tipo de medicação vem não apenas dos pais, mas das escolas, que também não suportam as diferenças ou a inquietude dos que tentam descobrir o mundo à sua volta, ou os desvios de comportamentos das crianças que são vítimas de outras violências.

Mais fácil culpar a criança, "ela nasceu assim, ela nasceu hiperativa, ela nasceu bipolar". Seria possível? Nascemos prontos para a vida? Ou somos resultado do nosso potencial ao nascer diante do que a vida nos oferece? Temos, então, a medicação para obediência, para hiperatividade, para tristeza.

Existem trabalhos que demonstram o aumento do risco de suicídio com o uso de antidepressivos para criança e adolescente. Os que são levados a fazer uso de psicoativos têm seus nomes entre seus pares: são os da turma da tarja preta, ou da turma da rita", ou os que autistam, ou os "deprê".

Jaques Lacan, psicanalista francês, define que a constituição de um sujeito psíquico é determinada pela cultura que vem de pelo menos três gerações, pelo modo de cuidar e pelo lugar que se dá a uma criança em uma família. E se esse lugar não existe ou não é um bom lugar, o que sobra para a criança?

A menina que fugia de sua casa, tida como psicótica, consegue, após algumas sessões de análise, dizer: "Sabe, eu fico muito braba

quando eu lembro de coisas que meu pai fez comigo... Meu irmão está em um outro lugar e ele é muito pequeno, ele era minha família, eu cuidava dele e agora eu estou presa e meu pai está solto. Um dia eu é que vou ter que matar ele e eu acho que é por isso que me dão aqueles remédios, por isto sou tarja preta!" Assim, ela assumiu a culpa pelos seus pensamentos de raiva, de ódio ao seu estuprador, totalmente corretos e normais dentro de sua defesa para a vida. Fomos à escola analisar as possibilidades de revisão de suas dificuldades e uma professora aceitou o desafio de recebê-la com outro olhar. Ela foi retirada da instituição que a maltratava e em seis meses ela acompanhava os outros alunos nos estudos e nas recreações. Quando recebeu alta, depois de três anos de acompanhamento, ela me fez um presente, um desenho, e ao fazê-lo ela mostra toda sua genialidade. Ela era capaz de desenhar e escrever em continuidade com ambas as mãos, sem alterar os traços e também ao mesmo tempo. Ao perguntar a ela porque nunca tinha mostrado sua capacidade, ela diz; "Já diziam que eu era louca, imagina se vissem isto que eu sei fazer?" Assim, em vez de déficit de atenção, de TDAH, de bipolar, ou psicótica, essa era uma pessoa genial em todos os aspectos. Provavelmente essa foi a saída dela do caminho da loucura. Eu agradeço a atenção de vocês.

DEBATE – DESCONSTRUINDO ÁLIBIS DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

MANUELA – Eu trabalho em um Centro de Saúde da Prefeitura de Campinas, e uma das coisas que têm me assustado muito é a quantidade de adolescentes, até de crianças, que começam com 8, 9 anos a se cortar, e quanto nós, como profissionais, estamos perdidos nessa nova sintomatologia; são adolescentes que, eu percebo, são muito sozinhos, eles acabam se isolando ou encontrando outros, via *Facebook*, internet, que fazem a mesma coisa, e criam uma identidade que os protege e os apoia. Então, estou só trazendo isso — não sei se vocês

têm, na prática de vocês, também encontrado bastante isso — para podermos conversar um pouco; eu acho que precisamos estar juntos, para poder ajudar esses adolescentes que estão, na minha visão, se autopunindo por coisas que estão acontecendo, e pelas quais eles não são os responsáveis.

MARCOS – Sou professor de filosofia, e uma curiosidade, foi falado sobre crianças de 8, 9, e 10 anos, mas, quando nós éramos estudantes, infelizmente, é um pouco preconceituoso falar isso, nós, rapazes, bebíamos e íamos para a escola, era uma coisa talvez de 20, 30 anos atrás. Agora, as moças, meninas, adolescentes, jovens de 15 a 20 anos, bebem e vão para a escola, há sintomatologias, fenômenos, coisas contemporâneas, atuais. E, nessa realidade, acho que boa parte das pessoas aqui é agente do Estado, ou tem alguma função, algum serviço no Estado; fico pensando em quanto o peso de ser representante de Estado, ou do município, ou da Federação, o que for, realmente é uma ação, em vista disso que a doutora Luci Pfeiffer falou, "os meus residentes lembraram que estudaram isso e viram que não era apropriado para essa idade", não é para acontecer; quanto nós, agentes, professores, profissionais realmente estamos nessa linha de trabalho, não para pura e simplesmente manter a própria vida, porque lidar com o serviço público, lidar com o público, é ter essa noção, não é única e exclusivamente em vista de mim, não, mas é lidar com uma variedade muito maior, sobre a qual eu tenho influência, nós termos influência, e podemos, de alguma forma, dar nossa contribuição.

GISELA UNTOIGLICH – A Manuela falou uma coisa que acho que é a chave disso, que é a solidão; sim, os garotos, as crianças, os adolescentes estão sozinhos, a Luci Pfeiffer falou, quando você os olha no *shopping*, estão sozinhos, comendo, com as suas telas, *tablets*, celulares. Acho que a questão dos cortes, a questão da bebida, nunca se pode generalizar, mas, em muitos casos, são modos de chamar os adultos, mas os adultos não respondem a esse chamado, e muitas vezes, quando respondem, o fazem com diagnósticos, com

medicamentos. Vivemos em um tempo sem tempo. A primeira frase que eu digo para minha filha, quando a acordo, é "vai, vai, nós não temos tempo", assim começa o dia; ninguém tem tempo, e precisamos de tempo para contar, para escutar, escutar a criança, escutar o seu sofrimento, ninguém quer mexer no sofrimento do outro, "ah, melhor dar diagnóstico, assim rapidinho, você não se compromete". Então, acho que parte do problema — nunca podemos pensar em respostas totais — tem a ver com isso, e também com a solidão dos profissionais, cada profissional está só na sua consulta, não se encontra com outros, então eu acho que uma das respostas possíveis é a criação de redes, o Despatologiza é a de criação de uma rede, o Fórum Infâncias, este fórum, o fórum PENSES, são criações de redes, porque se as crianças estão sozinhas e nós, como profissionais, estamos sozinhos, não nos damos conta do que está acontecendo, e são esses espaços que nos permitem perceber tudo isso.

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Eu não sei se consigo falar, porque eu venho me emocionando neste evento, a cada mesa, eu estou vazando emoção, e essa, não dá nem para dizer. Mas eu acho que uma questão importante é que as pessoas podem se perguntar por que, em um evento para discutir medicalização, discutimos violência, acho que essa mesa mostrou, muito claramente, que a medicalização é um álibi da violência, a violência contra as crianças — os dados da Luci Pfeiffer mostram isso claramente — é uma coisa que vemos em abrigos, é escondida, e a criança recebe uma diagnóstico e é silenciada. Então, quando falamos em um movimento que despatologiza, se começarmos a tirar esses álibis, talvez comecemos a poder também enfrentar; é a mesma luta, é a luta antimanicomial, é a luta pela despatologização, a luta contra a violência contra a criança, contra a mulher, é uma luta só. O trabalho que a Gisela Untoiglich apresentou, o Tobias escapou da medicalização pela sensibilidade dos pais, porque o Tobias não sofria de déficit de atenção dos adultos. Geralmente o transtorno de déficit de atenção é dos adultos, e ele causa hiperatividade. Eu acho que é isso, quer dizer, quando existe essa disponibilidade

da família e dos profissionais, porque eu acho que nesse processo de medicalização, os profissionais têm um papel fundamental, somos nós que não pensamos, diante de uma criança que nos chega pedindo ajuda, porque ela sempre pede ajuda. Foi colocado, e eu também sempre digo, sobre a criança que faz xixi na cama, eu juro que eu não me preocupo com xixi no lençol, eu quero saber por que ela está fazendo xixi na cama, por que ela precisa disso. Você vê que não se pergunta por que essa criança faz isso, o que ela está querendo me dizer; rapidamente ela é silenciada, e apanha mais fácil, apanha quieta. Trazer o Victor aqui foi fundamental, e é fundamental, neste momento do Brasil, darmos essa visibilidade, quando temos uma Comissão Nacional da Verdade — o Brasil foi um dos últimos países a assumir essa importância —, esse resgate da memória da verdade, de que a genética é como a tecnologia, pode ser usado pelas forças ocultas, forças escuras, pelo lado escuro da força, ou pelos jedis; então, vamos usar o conhecimento científico para o lado dos jedis. Eu acho que é isso, é combater, acho que a discussão da medicalização, ou articulamos a questão da violência contra todas as pessoas, a despatologização da vida, a luta antimanicomial, é uma luta só, que é fundamentalmente uma luta pelos direitos das pessoas; quando nos empenhamos na luta por direitos, começamos a enxergar um mundo melhor. Obrigada.

CECILIA COLLARES – Victor, eu falei para você no intervalo que ia te fazer uma pergunta direta, porque nós todos precisamos nos armar e saber como responder aos nossos agressores. Somos constantemente bombardeados como sendo simplistas, não fazendo parte da área. Estamos tendo neste encontro, algumas pessoas representantes de outros Estados e todas elas vêm pedir, "olha, você precisa nos ajudar, porque houve uma reunião na Prefeitura Tal, do Estado Tal, e veio um grupo que eu fui questionar, mas eu acho que tenho poucos elementos, porque eles me dizem 'o TDAH é uma doença neuropsicológica, psíquica, de fundo genético. Você não é médica, não se meta, porque você não entende nada'", e ficamos quietos, porque vamos fazer o quê? Mas nós precisamos encontrar as nossas respostas, que possam

ser sucintas, com base científica, mas que possam fazer frente a eles, e todos nós precisamos aprender isso, o pessoal de Minas Gerais, o pessoal de Pernambuco, o pessoal de Goiás, nós precisamos aprender. Então, será que você poderia nos dar uma sugestão sobre como devemos responder aos seus colegas que brigam tanto conosco?

MARCELO VIÑAR – Fico muito agradecido com a reflexão que se abriu nesta manhã. Outro geneticista, não Victor Penchaszadeh, o senhor Albert Jacquard, em um livro chamado *La Ciencia Contra el Racismo*, estabelece que os animais transmitem um comportamento fixo e constante ao longo das gerações e os chama de autômato-genéticos; a espécie humana sustém e postula a evidência de que 29% da transmissão entre gerações é de ordem cultural, em seu impacto e significação, e ele, como biólogo, fala que nós humanos somos nulidades *tutti potentes* ao nascer, nulidades *tutti potentes*. Eu ampliaria isso, pensando na questão de que estamos construindo vidas despatologizadas. Sugiro a palavra "construindo", por seu caráter inovador, porque rompe o critério taxionomista para classificar o normal e o anormal, e estabelece a construção de uma diversidade distinta, que é o único, entre o normal e o patológico. O que é construir uma identidade humana? É um tema em que pensava muito e penso que o mínimo a pensar são cinco gerações, avós, pais, filhos e netos, como ponto pior do sujeito, e naquela figura que o colega mostrou outro dia, sobre o intracíclico e o intrasubjetivo, com os eremitas e as pessoas; essas cinco gerações seriam necessárias para formatar a humanidade de um ser humano. Eu poderia dizer que nesta manhã não se estafaram, porque no lugar de vidas despatologizadas, nos mostraram o mais patológico, o mais abominável, que temos como espécie, da desaparição de pessoas, da crueldade de adultos. Porém, como sou freudiano, somar-se aos abismos da razão humana nos permite, como um *boomerang*, entender onde está o centro da nossa humanidade; eu creio que essa noção de construção é o que cultiva a esperança de que a resposta ao traumatismo, a resposta aos maus-tratos, a resposta ao transtorno identitário seja reversível, de que o homem não sofra seus traumas se não puder,

com ele, ficar, reformular sua origem e construir seu destino; nada está estigmatizado, desde o começo e para sempre. Por isso, reivindico que não há uma identidade ou uma natureza humana, senão uma construção do humano, ou um abismo do humano em um movimento interminável, e reivindico a noção de, não me recordo o nome do autor francês, que fala sobre nosso desassossego identitário, o desassossego identitário que faz com que alguém, quando chega à minha idade, que, como se vê, não é jovem, se invoco meu nome, invoco experiências de muitos tipos, aquelas das quais posso me orgulhar e aquelas das quais posso ter vergonha. Essa mobilidade, essa reversibilidade, me parece que é o que estabelece, no relacional e cultural, a esperança de transformação, que é a razão de ser deste colóquio, o desassossego identitário pelo qual nos colocam em posição de luta, de combate, de desejo de que essas ruindades, sobre as quais podem nos falar Luci Pfeiffer e Victor Penchaszadeh, não sejam nunca mais, no terceiro milênio, o que foram no século XX.

VICTOR PENCHASZADEH – Um desafio, tentar explicar, em não mais de um par de minutos, quais são as principais linhas a considerar para desmistificar a genética. Vejam, a genética existe, não podemos deixar de admitir isso, o que se necessita é entender um pouco primeiro como se formulam os descobrimentos da genética, especificamente no TDAH — eu não sou especialista em TDAH —, algo que estava pensando hoje, o metilfenidato está sendo usado há bastante tempo, duas, três décadas, certo? Na minha época de estudante de Medicina, se usava metilfenidato para estudar para os exames, quer dizer, começou-se a usar muito antes de terem a noção de seu modo de ação. Ou seja, as medicações são usadas em grande parte de forma empírica, sem necessariamente saber como funcionam. A outra reflexão é que muitas vezes, justamente, um aborda problemas empiricamente, porque tem que abordar soluções; não importa tanto se há algum componente genético, porque eu, muitas vezes, quando dizem "não, para isso existe um componente genético", eu digo "e então? O que há mais, que seja genético?" A genética, em princípio, não se modifi-

ca, só que nós temos que pensar e volto ao que disse esta manhã, não há nada que seja exclusivamente genético, não existe. É um pouco, como nos mostrou Gisela Untoiglich sobre o Tobias, há uma série de questões ambientais, psicológicas, sociais, que explicavam seu comportamento na escola, mas há vezes em que elas não saem, temos que investigar, como disse a Maria Aparecida Affonso Moysés, temos que ver qual o entorno dessa criança e, exatamente, me custou muito a metáfora do "a que é que você atende?", essa alegoria de que essas crianças que não atendem na escola, que passam o dia atendendo a seu celular, que lhes oferece jogos ou pelo qual se comunicam — ou mal se comunicam — com seus companheiros, ou seja, é preciso saber o que se passa no entorno dessa criança, e a medicação, ligeiramente, é como um *shortcut*, como um atalho para evitar investigar a complexidade de uma relação humana; em última instância, a atenção de uma criança é parte de uma relação humana. Ora, me parece que estou evadindo a resposta; eu não atribuo tanta importância a que me digam que há tal estudo que mostra que crianças com déficit de atenção têm tal ou tal característica genética, ou tal e qual marcador genético, porque são estudos estatísticos, em que se compara uma centena de crianças com déficit de atenção com os colegas que não têm déficit de atenção, ou com população que não tem dificuldade de atenção; são respostas, em última instância, estatísticas, mas nenhuma dessas respostas pode aplicar-se a uma pessoa individualmente, porque nessa pessoa o déficit de atenção pode ser atribuído a qualquer outra coisa: primeiro, que essa criança tenha esse marcador genético encontrado em uma população de crianças com déficit de atenção; segundo, porque não é nenhuma característica que nós estudemos para ver se há algum fator genético que se apresente em todos os casos; há sempre "bom, se você tem esse marcador genético, tem um risco de tantos por cento a mais de ter tal fenótipo, atribuído ao déficit de atenção"; é preciso ver quais são os números, mas nunca é 100%. Então, a resposta é, para poder dialogar com essas pessoas que dizem "não, mas é uma questão genética, que está publicada", eu digo "o que está publicado não me importa", porque eu sei que o que se

publica, em geral, é o que é aceitável em um momento determinado; aconteceu no último prêmio Nobel, rechaçaram as publicações várias vezes, porque, querendo ou não, as revistas que publicam têm seus próprios preconceitos, não publicam qualquer coisa, publicam o que está dentro da linha predominante, hegemônica, ademais, é preciso ver muito bem, quando se estudam publicações, as declarações de conflito de interesse, ou de filiação, porque, muitas vezes, quando se analisa um produto, sobretudo na indústria farmacêutica, quando se estuda um produto determinado, e essa investigação, ou pesquisa, está financiada por uma indústria, o mais provável é que se mostre um efeito positivo. A mim parece que da mesma maneira que para mim seria difícil ler a literatura que vocês leem, que está mais vinculada à subjetividade, ao psicológico, tudo mais, que não é meu forte, a vocês também será difícil ler a literatura de seus adversários, digamos, mas não há volta, há que aprender essa linguagem e debatê-la. Todas as pesquisas têm seus pontos débeis, metodológicos, para demonstrar o que querem demonstrar, e a maneira de provar o que estou dizendo é que, em grande quantidade, os indícios de dados genéticos, que poucos meses depois são desmentidos e há que, digamos, ser muito específicos e minuciosos na hora de desentranhar a metodologia que é utilizada, e isso, obviamente, é muito complexo, não é como eu dizer rapidamente "não, não, não, os pontos para responder aos seus adversários são 1, 2 e 3", mas já te digo, e se é genético, o que importa? Ou seja, se há um componente genético, e esse componente genético não vai se modificar, é preciso ver o que rodeia a criança e ver, então, como se pode operar sobre o ambiente dessa criança ou sobre a subjetividade dela para um resultado, e, novamente, vou dizer, o problema é atender à ansiedade dos pais ou dos professores que querem uma solução rápida e sem complexidades; para dizer "há uma droga, então, usemo-la", isso há que contestar de uma maneira muito complexa e não importa se é genético ou não; não se sabe por que o metilfenidato atua como atua, mas, em alguns casos, obviamente, ao menos produz resultados que fazem com que alguns dos professores ou pais, quando se encontram diante de um problema, ao invés de

ver qual a complexidade dele, dizem "não, não, queremos o remédio"; esse é um problema cultural, não tem nada a ver com a genética, existe um problema de mercado; então, como mostravam que há uma epidemia de uso do metilfenidato, isso está acontecendo em todos os países, e a genética não mudou; então, é preciso investigar as condutas de mercado, que subornam os médicos para receitar o metilfenidato, ou seja, estão todos contentes: o médico, porque receitou, o pai, porque a criança, ao menos, está medicada, e o professor e a indústria farmacêutica, nem se fala.

GISELA UNTOIGLICH – Sobre o que o Marcelo falou, eu quero dizer algo. A primeira coisa é que eu acho que o que nós tratamos de fazer é identificar o problema, identificar o problema de um modo diferente de como vem sendo tratado; não é um problema genético, não há nenhuma comprovação até agora e, como disse o Victor Penchaszadeh, e se for comprovado, o que muda? A Síndrome de Down está comprovada, é um problema cromossômico, mas há crianças com Síndrome de Down que não falam, há pessoas com Síndrome de Down que não falam em toda a sua vida, e há pessoas com Síndrome de Down terminando a Universidade, há pessoas com Síndrome de Down trabalhando, e há pessoas com Síndrome de Down sumidas do mundo, nas suas casas, e ninguém vai discutir o problema cromossômico. Não é isso que faz a diferença; a diferença é feita pelo ambiente, pela cultura, pelo acolhimento, pelos pais, pela escola, por tudo isso. E a outra coisa que eu queria dizer é, concordando com o Marcelo Viñar e com o que a Maria Aparecida Affonso Moysés falou, a questão da esperança; vocês têm um educador maravilhoso, o Paulo Freire, que falava da pedagogia da esperança, então eu acho que nós deveríamos falar da Medicina da esperança, do movimento da esperança, e acho que isso é o que nós estamos tentando transmitir, a esperança de que cada um de nós pode fazer a diferença, e como dizia Foucault, há pequenas revoltas cotidianas, e é isso que encontramos, essa é a aposta da esperança.

LUCI PFEIFFER – Eu posso dizer que toda esperança tem fundamento; quando eu falei do atendimento das crianças, de quase mil e quinhentas crianças e adolescentes, decidimos que não teriam condição mais de tratamento e mudança de estrutura psíquica apenas três delas. Nem todos permaneceram no atendimento até a resolução completa de seus sofrimentos, mas para apenas três deles chegamos à conclusão de que vieram tarde demais — já fazia parte da estrutura psíquica deles o traço perverso. Dois adolescentes de 16 e 17 anos, irmãos, maltratavam pessoas em situação de rua à noite, e uma adolescente de 13 anos, acolhida aos três anos por maus-tratos e adotada aos seis, era "namorada" de um traficante, preso. Ela vendia drogas para criancinhas de 8 a 9 anos, sem nenhum arrependimento ou possibilidade de questionamento. Esse número de casos de impossibilidade de tratamento é extremamente pequeno diante dos maus-tratos a que eram submetidos todos os pacientes, mesmo em um ambulatório não adaptado ao tipo de assistência e escuta que seria necessário. Perante situações de grandes violências, as crianças e os adolescentes passam a tomar essas agressões como parte normal da vida, e oferecer um lugar onde suas histórias possam ser escutadas e exista oportunidade de analisar as razões de seus sofrimentos cria possibilidade de novas e boas escolhas. A culpa pela violência do outro sempre acompanha a criança e nosso primeiro objetivo deve ser mostrar quem são os reais responsáveis pela violência sofrida.

ROSANGELA VILLAR – Eu disse que ia ser uma mesa da qual íamos sair com muito questionamento e que ia nos ajudar a continuar, porque não é fácil lidar com tudo que eles trouxeram para nós, mas é o que encontramos no nosso dia a dia. Para encerrar, acho que precisamos lembrar de uma coisa, a ação de cada um de nós, com base, principalmente, no que o Victor Penchaszadeh nos trouxe, que tendo genética ou não tendo genética, é o que fazemos com isso, o que fazemos com o sujeito, o acolhimento, as formas de lidar com ele, isso é o que importa. Está nas mãos de cada um de nós. Agora, como fazemos isso é uma questão de qual visão de mundo temos, qual olhar temos diante da

nossa profissão, diante da missão que nos colocamos, e isso é algo que queremos, é pessoal, ninguém escolhe por nós. Então, assim, de todas as informações que vocês estão podendo pegar nesta semana, que está sendo emocionante, extremamente enriquecedora, escolham o que vocês vão fazer; não vão poder sair daqui dizendo que não têm o que fazer, eu acho que essa é a mensagem que fica.

PARTE VII

TÁTICAS DE PRODUÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO HUMANO EM NÓS: POR UMA REDE DE CUIDADOS DESPATOLOGIZANTES

MEDICALIZAÇÃO *VERSUS* CONTATO COM A NATUREZA: RESPOSTAS OPOSTAS PARA UMA INFÂNCIA EM CRISE

DANIEL BECKER – Médico pediatra formado pela Universidade Federal de Rio de Janeiro, especialista em Homeopatia e mestre em Saúde Pública, na área de Promoção da Saúde. Médico do Instituto de Pediatria e professor da UFRJ. Foi pediatra da organização Médicos Sem Fronteira em campos de refugiados na Ásia e fundou o Cedaps (Centro de Promoção da Saúde). Autor do *blog* "Pediatria Integral" e fundador do Centro de Promoção da Saúde no Rio de Janeiro.

EU GOSTEI muito de uma fala da manhã, de uma pessoa que perguntou como é que falamos com os médicos, porque aqui nós estamos entre pares — eu não sou médico, eu sou pediatra, tem uma pequena diferença; então, eu acho que esse é o grande barato, podermos apren-

der a pensar essa questão que é tão importante para todos nós, porque se não fosse, nós não estaríamos aqui. Mas como é que transmitimos isso para os nossos pares? Estamos vivendo isso no *Facebook* agora, essa polarização louca, agressões, violência para tudo que é lado, *petralha* de um lado, fascistas do outro, e assim não convencemos ninguém; conversa sem diálogo, sem escutar um pouco o outro, sem entender as suas razões. Quando falamos de TDAH, por exemplo, imediatamente as pessoas reagem, "mas meu filho tem TDAH, você tem que entender que essa doença existe", temos que escutar essa fala, não podemos negar a existência de uma entidade que está tão disseminada, temos que entrar nessa fala, para poder trazer as pessoas para outra reflexão. Então, esse aprendizado eu acho muito importante.

Eu queria situar um pouco a infância na nossa questão, na medicalização. Pegando uma história já bem antiga, na saúde, na Idade Média especialmente, ela era muito relacionada com o pecado, saúde tinha a ver com pecar, tanto que as pessoas eram tratadas nas ordens religiosas. A concepção foi mudando, em direção à Idade Moderna, e, por exemplo, já em 1600, 1700, se falava em miasmas, em vapores tóxicos, miasma é uma entidade com que até hoje a homeopatia trabalha — faço homeopatia —, e esses miasmas eram vapores tóxicos que advinham da pobreza, da miséria, da sujeira, então, por exemplo, Londres passou por uma grande reforma urbana, em função dessa concepção muito avançada de doença e saúde. Só que lá nos meados de 1900, um pouquinho antes, surgiu esse chato, o Pasteur, que resolveu vincular uma descoberta dele, que são os microrganismos, que era uma descoberta que já existia, na verdade, mas ele vinculou a existência de microrganismos às doenças, ele fez o vínculo causal entre os dois.

Desde essa época, digamos, esse paradigma que começou a ser instalado nesse momento, de vincular doença com invasor externo, com algo invisível, foi reforçado por outro chato, que se chamava Fleming, que inventou de fazer uma cultura de bactérias em uma determinada placa de Petri — vocês já devem ter ouvido falar —, e caiu uma solução de um fungo nesse lugar. Esse fungo se chamava...?

Vocês podem falar. Como é que se chamava o fungo do Fleming? Alguém tem que saber, eu vou parar aqui até alguém dizer o nome do fungo. Quem sussurrou? Tem que falar alto. Penicillium, muito bem. Então, ele inventou algo que inibia o crescimento de bactérias; na placa de Petri, onde pingou o fungo parou o crescimento de bactérias, mas, a partir daí, foi criado o grupo farmacológico chamando de antibióticos, que foi responsabilizado, então, pela queda brutal de todas as doenças infecciosas que mais matavam no mundo, nos primeiros 50 anos do século XX. Houve uma queda brutal de todas as doenças infecciosas; praticamente, hoje, não é mais um problema tão grave a doença infecciosa, a não ser as novas, que estão surgindo agora, nós vamos falar sobre elas. Mas reparem num detalhe: até que ano é a principal queda dessas doenças? Até 1940; até 1940 já tinha caído em 80% a incidência de doenças infecciosas.

Sabem quando foi comercializado o primeiro antibiótico? Depois da Segunda Guerra Mundial; então, não foram os antibióticos os responsáveis, nem as vacinas, que também são, na sua maioria, posteriores à Segunda Guerra Mundial; na verdade, isso é muito mais causado por mudanças nas condições de vida, de saneamento, de higiene, de alimentação, de urbanização, de acesso à educação; então, mesmo com esse paradigma vigente, já vemos que não é só essa questão de tratamento médico que muda a saúde. Só que nós últimos cem anos, por causa dessa ideia tão forte, vejam a força dessa ideia, de que há uma coisa fora de mim, invisível, que me invade e provoca doença, é muito facial essa concepção; e o que eu tenho que fazer? Tenho que procurar um sujeito tecnicamente bem capacitado, que vai me prescrever uma receitinha de um negocinho que eu vou tomar e vou ficar bom, vejam que maravilha, é sensacional esse paradigma. Resultado: ele se enraizou nas mentes humanas de uma forma absolutamente indelével, e isso vai provocando problemas. Por quê? Porque, nos dias de hoje, o pecado original não é o mesmo e as doenças não são as mesmas.

Então, o nosso problema hoje não são as doenças infecciosas, são as doenças crônicas não transmissíveis, sete em cada dez mortes no mundo são causadas por doenças que na verdade não têm nada a ver

com microrganismos, são causadas por outros fatores, causadas por estilo de vida, por hábitos e, principalmente, por determinantes econômicos, socioculturais e ambientais, e muitos deles estão ao nosso alcance, mas a maioria deles está fora do nosso alcance, e eles nada têm a ver com micróbios, porém nós continuamos a ver as doenças como resultado desse mesmo paradigma. Então, eu estou tentando entender o meu infarto, por que eu estou enfartando, e em vez de pensar que eu estou estressado, fumando, comendo errado, sem fazer exercícios etc., vou ficar pensando "mas espera aí, tem que ter alguma coisa fora de mim que me permita que eu tome um remedinho e resolva o meu problema", porque pensar toda causalidade, que tem a ver com estar estressado, com meu estilo de vida, com meu tabagismo, com a minha pobreza, com o trânsito que eu tenho que pegar para ir para a escola, com o meu filho, que não está bem, com a minha mulher, que está bebendo, com o meu patrão, que não sei o quê, com a cidade, que não tem espaço verde, com a água, que está acabando, muito mais... "Remedinho, cadê? Me dá um remedinho!", não é muito mais fácil? Então, ignoramos essas causalidades e continuamos no mesmo paradigma, que está muito enraizado; eu não me responsabilizo, eu sou passivo, eu não tenho poder, jogo a cura nas mãos do outro, há sempre um médico pronto para assumir, um médico ou representante dele; e, como a coisa não bate, como não funciona, eu começo a ter, magicamente, este pensamento: "Ah, quero um remédio para resolver a minha vida"; é um pensamento mágico, e esse pensamento mágico vai levar ao excesso, ao consumismo, ao consumo não racional, que vai levar ao que chamamos de medicalização da vida, que, por sua vez, vai levar a mais doença e mais iatrogenia, como nós vamos ver.

Então, eu quero consumir, quero consumir o melhor plano de saúde, o melhor hospital, os melhores equipamentos, eu quero consumir muito remédio, porque remédio é a minha salvação, sendo essa a versão que é completamente assumida pela ciência, a ciência ou a pseudociência, a sogra da Igreja, que, como o elemento messiânico na nossa salvação, vai oferecer produtos. O mercado passa a ser intermediário entre a ciência e o homem, e vamos ser salvos pelo consumo

de produtos que vão ser revistas, anúncios, *gadgets* desses remédios, exames, pó de célula de alimentos, equipamentos, ginásticas, e eu vou comprar isso loucamente, porque, de novo, o pensamento é mágico. Nada disso vai solucionar o meu problema, não há remédio pronto, especialmente porque boa parte das soluções hoje não depende de ações individuais, depende do coletivo, da sociedade. E o discurso da publicidade, que assume um papel protagonista, sempre amplia e toca muito no nosso pensamento mágico, porque amplia o poder das suas pseudossoluções; então, o remédio que reduz o colesterol passa a ser o remédio que previne o infarto, o remédio que atua no cérebro de crianças passa a ser um remédio para tornar seu filho obediente, que vai curar a sua tristeza, que vai evitar a velhice, que vai fazer a sua família virar uma família que é boa pra você. Então, isso é o que chamamos de mercantilização na saúde, é esse consumismo que leva, muitas vezes, em si, à doença.

E o que chamamos de patologização na vida, medicalização na vida, está muito bem retratado em uma *charge* do Quino, que é o criador da Mafalda, em que ele mostra uma cidade muito parecida com as nossas, onde há um excesso de poluição, que está sufocando as pessoas na rua, provocado, obviamente, por uma fábrica que está ali, o personagem vai ao médico passando mal, sufocando, o médico vê que o pulmão dele está cheio dessa poluição, dessa poeira terrível, industrial, e receita um remédio para ele, que vai à farmácia comprar, onde gasta o seu dinheirinho, e alimenta um círculo de consumo, porque a *charge* dá um *close* na fábrica e, obviamente, como vocês já adivinharam, é claro que a fábrica é do próprio remédio. Nada melhor do que um artista para nos ensinar as coisas da vida.

"Só seremos realmente ricos quando fizermos medicamentos para pessoas saudáveis", essa é uma frase de um homem que era CEO, o diretor, presidente da Glaxo, se eu não me engano, uma das principais indústrias farmacêuticas; há uns 40 anos, quando a indústria estava explodindo de lucros, ele disse: "Ah, nós estamos muito ricos, mas nós vamos ser realmente ricos quando fizermos medicamentos para pessoas saudáveis". Vejam que profecia incrível, vejam o que eles

produzem hoje em dia, remédios para pessoas saudáveis, é isso que se está vendendo. Estatina em primeiro lugar, antidepressivos e psicotrópicos em segundo, Viagra em terceiro, a Ritalina deve estar por aí também, e vacinas, que são também remédios para pessoas saudáveis. Então, quando vemos alguns dos processos de medicalização da vida que nós estamos vivendo na nossa contemporaneidade, transformamos o momento mais bonito da vida de um casal, o momento da criação de uma nova vida, que poderia ser espetacular, lindo, vivenciado com amor, com afeto, com deslumbre, com fascinação, contato e amor, em uma crucificação da mulher, um procedimento cirúrgico, em que a mulher está tomando não sei quantos remédios, tóxicos, crucificada com aparelhos, entubada por não sei quantos fios, no império do mal, que é aquele hospital, onde tudo é impedido, tudo é proibido, isso no Rio de Janeiro, não sei como é que vocês estão aqui em São Paulo, em Campinas. No Rio de Janeiro, 93% dos partos em hospitais privados são partos cesáreos, o parto cesáreo virou normal, 93%, uma coisa grotesca; é uma situação opressiva, e quem é que oprime a sociedade? Quem oprime a sociedade são os médicos, os obstetras estão com uma proposta de opressão das famílias, das mulheres, principalmente.

Outro exemplo, as Estatinas, o remédio mais vendido no mundo. Aposto que aqui deve haver, vocês são jovens, mas deve haver pelo menos uns 30% que estão tomando Estatina, remédio para baixar o colesterol, apesar de serem saudáveis. Quanto mais o tempo passa, quanto mais estudos realmente independentes aparecem, mais se demonstra que as Estatinas não fazem nada além de abaixar alguns números do colesterol, e, na verdade, essa redução do colesterol não é tão importante assim para a saúde cardiovascular; a saúde cardiovascular depende de muitas outras coisas, depende do estresse, do consumo, da atitude de vida, do exercício, de várias outras coisas que não são apenas a redução do colesterol. Quanto mais se demonstra isso, mais as sociedades médicas reagem dizendo "agora não pode ter um colesterol acima de 150", e dois meses depois, "agora colesterol no máximo 130", "agora o colesterol já está em 100", se alguém

não tiver o colesterol em mais de 100, já é um fenômeno; então, nós todos deveríamos estar tomando Estatinas, engordando os cofres dessas pessoas. Isso é mentira, mentira produzida por falsos estudos, estudos enviesados, mentira produzida pelo conluio entre a indústria farmacêutica e a sociedade de cardiologia. Com essa medicalização da cesárea, que é uma situação opressiva, a sociedade também reage; você tem o feminismo hoje lutando pela humanização do parto, contra a indústria da cesárea; um exemplo, nos Estados Unidos, no ano passado, saíram quatro livros e um filme sobre o colesterol. São eles, as traduções: *O golpe do colesterol*, *A ilusão do colesterol*, *A mentira do colesterol*, *O mito do colesterol*, olha só, a reação da sociedade a uma situação opressiva e mentirosa.

Nossa espécie, aliás, a maioria das espécies, fora alguns fungos, evoluiu graças a quem? Ao Sol, porque se não fosse o Sol, nós não existiríamos. E a indústria cosmética quer nos transformar em uma raça de vampiros, que morrem quando saem ao Sol, para vender o quê? Muito filtro solar. Porque antigamente, quando eu me formei, ouvia assim: "Não, porque você tem uma queimadura da infância" eu moro no Rio de Janeiro, sou branco da Lituânia, e nasci no Rio, meu pai jogava vôlei na praia e eu ia todo sábado e domingo e voltava roxo para casa — estou esperando o meu câncer chegar —, eu passava mal todo domingo, não havia filtro solar naquela época, então, quem tem queimadura na infância — essa foi a minha formação — tem um risco maior de ter melanoma. Isso virou: Sol é veneno, Sol mata, Sol envelhece, Sol prejudica. Resultado: 30 anos, as mulheres, principalmente, não tomam Sol. O que temos que fazer, como pediatras? Temos que dar vitamina D para bebê recém-nascido, é o novo protocolo, eu tenho que pegar um remédio e dar para o bebê recém-nascido, porque o leite materno não tem vitamina D, porque vitamina D só temos tomando Sol. Vejam a situação absurda a que chegamos, me obrigando a medicalizar os bebês. Eu vou e falo para a mãe tomar Sol, Sol é essencial para a vida. E o que acontece, depois de 30 anos de ausência do Sol? Nós temos câncer, depressão, distúrbios imunitários, doenças infecciosas, tudo relacionado à falta de Sol.

O exemplo mais grotesco é o da psiquiatria, que é o exemplo com que todos nós já estamos trabalhando, como vimos hoje de manhã, vimos ontem. Eu vou passar por isso muito rapidamente. Antigamente, também quando eu me formei, a psiquiatria era uma especialidade que, para o médico, naquela coisa de *status*, era "isso aí é psicólogo, isso aí é só bate papo. Que negócio de médico psiquiatra é esse? Nunca vou fazer psiquiatria, que bobagem". Com o surgimento dos manuais, o DSM, principalmente das novas classes de remédios antidepressivos, virou uma festa, e nós transformamos toda e qualquer emoção humana; não podemos ficar tristes, distraídos, imutados, tímidos, eufóricos, não podemos mais fazer bagunça — hoje deram um exemplo incrível aqui, o da criança que fica com ciúme do irmão por mais de 15 dias e tem que dar cadeia daqui a pouco, porque remédio não vai servir mais. E no DSM novo tem um transtorno de comportamento opositivo do período pré-escolar, é a birra, e tenho certeza de que vai chegar bebê birrento lá no meu consultório daqui a pouco tomando tarja preta. É sério isso, não é brincadeira não. A bagunceira não está tomando? Por que um bebê birrento não vai tomar? Estamos em um nível grotesco. Então, de novo, não é dizer que não existem as condições, mas falar do excesso absurdo e do abuso do diagnóstico.

A indústria farmacêutica criou uma aliança com a psiquiatria infantil, com a psiquiatria em geral, usando métodos ilícitos, como falsear estudos. Algo importante também, além de estarmos medicalizando, com efeitos devastadores, em crianças normais, na verdade, nós estamos ignorando todo o universo de problemas de disfunção, como vimos hoje de manhã, de violência, de nutrição, de negligência, de dislexia, de abuso familiar, e nós estamos também desprezando — aliás, algo bem peculiar ao médico — o trabalho de qualquer outra especialidade; há trabalhos incríveis de fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, pedagogia etc., que nós substituímos com remédios, que têm efeitos colaterais. Isso tudo começa não só com a criação de novos remédios, mas principalmente em 1980, quando Ato Bayh-Dole mudou completamente o paradigma da pesquisa nos Estados Unidos; antes a pesquisa era feita nas universidades públicas,

financiadas por recursos públicos, e o Ato Bayh-Dole determinou que a propriedade do resultado das pesquisas podia ser dos cientistas e das empresas envolvidas, inclusive das universidades, e abriram-se as portas do inferno para o comércio, para o dinheiro mandar na pesquisa médica. Então, as empresas fazem o que querem, publicam só resultados positivos, negligenciam resultados negativos, negligenciam os efeitos colaterais, todo mundo fica feliz, como foi dito aqui, o médico fica feliz, a revista fica feliz, com o uso dos remédios na escola, o pai, todo mundo fica feliz, só a criança fica infeliz.

Ghost-writing, a indústria farmacêutica pega médicos famosos para assinar artigos escritos por ela mesma, artigos, na verdade, de propaganda; ela paga consultorias milionárias. Estavámos falando hoje do transtorno bipolar; Joseph Biederman, que criou o transtorno bipolar na infância, recebeu, em um ano, 1,8 milhão de dólares da indústria que criou o remédio para o transtorno bipolar. É grotesco. Isso, nos Estados Unidos, é declarado; conflitos de interesse, nos Estados Unidos, são declarados; quando uma pessoa escreve algo, ela assina falando que recebe de tal indústria, se ela não assinar, é presa, no Brasil, é obvio que isso não existe.

Então, desde meados de 1990, as empresas foram multadas em mais de 6 bilhões de dólares, por diversas práticas ilegais, isso dentro dos padrões da FDA (Food and Drug Administration), que aprova os remédios nos Estados Unidos, e é claro que dentro da FDA também existe muita influência. Há situações como esta: hoje, 15% dos estudantes de ensino médio nos Estados Unidos têm diagnóstico de TDAH, e, de 60 mil crianças, em 1990, subiu para 3,5 milhões, em 2014, o número de crianças tratadas para TDAH. No Brasil, já vimos as estatísticas hoje de manhã, de 75 mil caixas, em 1999, foi para 2 milhões de caixas de metilfenidato, em 2010.

Eu gosto muito dessa frase: "Se Einstein, Steve Jobs ou John Lennon tivessem nascido em nossa década, teriam sido classificados como portadores de algum transtorno e medicados. E assim, o mundo seria privado de sua genialidade." Nos Estados Unidos, é permitido o *marketing* direto de remédios a pacientes, e não é preciso colocar de-

pois do anúncio "consulte o seu médico, não sei o quê, não sei o quê", eles fazem coisas desse tipo, para Adderal, que é a nossa Ritalina: "Administrando o TDAH, revele o seu potencial! Adderal XR melhora a *performance* acadêmica!"; a mãe abraçando o filho, com as frases "Finalmente! Dever de casa com o nível da inteligência dele! Amigos o chamam para se juntar ao grupo! Horas de família que realmente duram horas! Uma solução real para o TDAH!"; vejam a maldade disso, o menino que sai de um monstro e vira um menino de novo, imaginem a ideia que passa para uma mãe que está sofrendo com um filho que tem problemas de comportamento, o remédio tem esse poder de transformar um monstro em um menino de novo; "hoje eu tive uma boa nota, hoje eu fiz um bom amigo, que bom dia, que dia maravilhoso", propaganda do Equasym XL's para crianças com TDAH; este, para mim, é o mais perverso, um anúncio que coloca várias frases pequenas, um filho que chega em casa, abraça a mãe por trás e ela fala assim: "Obrigada por levar o lixo para fora", "vamos brincar de um jogo", "parabéns pelo seu bom dever de casa", "você quer trazer seus amigos aqui no sábado?" É muita perversidade isso, para mim, é uma violência publicitária com uma doença química. Só para falar um pouquinho da infância, para localizar a infância, temos hoje crianças viciadas em jogos desde cedo, assistindo à televisão a tarde inteira, os bebês já com seus *tablets*.

A propaganda mais impressionante é a desse penico com lugar para colocar o *tablet* para a criança, ou seja, o momento em que o bebê está desenvolvendo a primeira atividade consciente é transformado em uma atividade vegetativa; numa atividade em que se precisa de consciência, o mercado oferece a inconsciência. Quem jogou "adedonha" com o papai ou a mamãe no carro aqui? Eu jogava e jogo até hoje. Hoje em dia tem que ter dois DVDs no carro, um não basta. Entretenimento permanente, os desenhos animados são mais elétricos do que esta palestra.

Crianças na televisão, assistindo a horas e horas de anúncios de *junk food*, sem dormir, porque ficam até tarde, os pais chegam tarde, então o sono do bebê hoje é o principal problema do consultório

pediátrico, comendo *junk food*, porque a mãe chega tarde, por causa do trânsito, não tem dinheiro para pagar empregada ou cozinheira, nem pode cozinhar, comendo porcaria; é claro que comendo porcaria industrializada, feita para viciar, ele não vai conseguir comer uma comida natural. Chega no fim de semana, claro que finalmente vão ter um momento para conseguir conviver com os pais, que chegaram todos os dias às onze horas da noite, e além de chegar tarde, ainda ligavam a televisão e ficavam respondendo e-mail do trabalho; então, no domingo, vão, finalmente, para o parque brincar com seus filhos, levar para a natureza, levar para o balanço, só que não, vão para o *shopping*, com mais consumismo.

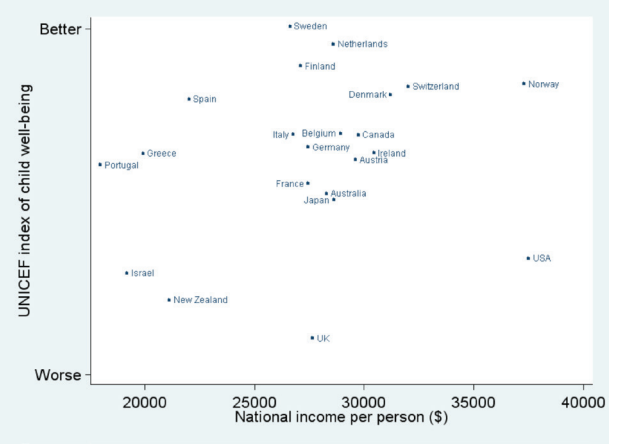
E a autoridade? A autoridade da família? Antes o pai era o guia, a grande autoridade, o sujeito que trazia a tradição, que trazia o Norte das pessoas, hoje em dia o pai é o Homer dos *Simpsons*; hoje em dia, em todos os desenhos animados o pai tem esse tipo de perfil, não é só nos Simpsons, não. Isso não é à toa, são os publicitários tirando a criança do domínio dos valores dos pais, para colocar, quer dizer, "nós é que estamos aqui, nós somos muito mais espertos que seus pais, nos escutem". Nossas crianças estão recordistas de tempo de televisão, passam horas na frente da televisão, porque vão pouco à escola; nos Estados Unidos, eles têm oito horas de escola, aqui nós temos três ou quatro, muitas vezes. Virou essa loucura de consumo, os valores associados ao consumismo, à publicidade infantil, infelizmente vemos o grotesco da erotização. Um *outdoor*, que foi proibido no Rio de Janeiro, uma das poucas proibições, trazia uma menina de sete anos com uma salsicha na mão, maionese em volta da boca e estava escrito "use e se lambuze"; é um anúncio de pedofilia, e o publicitário que colocou isso em um *outdoor* não foi preso, nem nada. Eu, há pouco tempo, coloquei no meu *blog* o texto sobre um ensaio da *Vogue*, e tive 2 milhões de visualizações, é inacreditável, eram crianças de oito, nove anos em poses sensuais, de pernas abertas, fazendo insinuação de que ia tirar a roupa, boquinha aberta, dedinho, uma coisa assim, a publicidade não tem nenhum limite, mas, felizmente, nós temos conseguido colocar limites na publicidade, nós temos hoje redes, fa-

la-se em redes de potalização, essa é uma rede importantíssima, o movimento Infância Livre do Consumismo, que trabalha contra a publicidade dirigida à criança, trabalha de uma forma muito bonita, vale a pena vocês conhecerem.

Então, mais uma vez, chegando à questão da vida urbana, da vida moderna, há pessoas trocando a alimentação saudável pela alimentação tóxica, industrial, trocando atividade física — quando eu era pequeno o castigo era ficar em casa, agora o castigo é ir para rua. A evolução da obesidade infantil como uma epidemia, por esses diversos fatores. E um exemplo de como os médicos estão trabalhando para combater a epidemia de obesidade infantil, há uma receita de desmame para uma criança de seis meses, em que o médico prescreve duas bananas prata, sem semente, por favor, porque semente é uma coisa perigosa, amassadas com uma colher de chá de flocos de cereais, ou dois biscoitos de amido de milho, e uma colher de chá de mel industrializado, que é o açúcar mais tóxico, e, se não tiver mel, você pode colocar leite condensado, porque também vale a pena, é uma beleza; assim, os médicos estão contribuindo para isso; a carga da obesidade está se transformando na principal assassina no mundo.

Só para terminar, os nossos últimos pecados, o pecado do *smartphone* e tudo o que ele representa de maravilha, ele traz o mundo e todo tipo de serviço para nossa mão, fica tudo ao nosso alcance; por outro lado, o exagero transformando esse paraíso em um inferno, e criando novas doenças por conta desse excesso, sempre o excesso. Também no Brasil temos o excesso de desigualdade, que é o nosso pecado coletivo, a desigualdade que mina.

Relação entre o índice da Unicef sobre o bem-estar da criança e a renda média em países ricos



Relação entre o índice da Unicef sobre o bem-estar da criança e a desigualdade de renda

Na relação entre renda *per capita* e o bem-estar da criança, não há padrão nenhum, não há tanta diferença no bem-estar infantil em uma sociedade mais rica ou mais pobre entre os 15, 20 países mais

desenvolvidos, mas quando você vai para a desigualdade, é uma combinação perfeita, quanto mais desigual a sociedade, pior a saúde e o bem-estar da criança. Nós somos recordistas em desigualdades, São Paulo talvez seja um dos principais exemplos, não é à toa que temos imagens marcantes mostrando as desigualdades. A desigualdade está em todos os aspectos da nossa sociedade. Na nossa segurança, clamamos por segurança, e deveríamos clamar por paz, a paz que vem da igualdade. Só para terminar, falando das redes, estamos já falando de saúde ambiental, nós estamos diante de um colapso civilizatório, estamos, com o nosso excesso de consumismo, chegando a um colapso, e esse colapso é absolutamente consensual entre os cientistas. Por sinal, o que confirma o colapso é o fato de um colunista dizer que não há colapso, o homem diz que as mudanças climáticas são boas para o mundo, quando 97% dos cientistas e instituições científicas do mundo falam o contrário. Os estudos estão mostrando que existem duas grandes ações que podem reduzir o impacto dessas mudanças climáticas, da catástrofe que vem por aí; uma, é claro, tem relação com atitudes ambientais; então, reduzir consumo, reciclar, reduzir crescimento populacional, utilizar novos recursos, mudar o padrão energético, o que já sabemos, mas a segunda tem a ver com a questão da desigualdade. A redução da desigualdade é fundamental também para que possamos ter uma redução do impacto da mudança climática e da crise ambiental, porque a desigualdade favorece a permanência dos padrões, uma elite forte detém o poder, ela se beneficia da situação, do *status* atual, e vai ser a última a ser prejudicada, ela vai reter a situação o máximo possível. Vários estudos mostram que é importantíssima essa redução na desigualdade, mas nós não estamos caminhando nessa direção, apesar de termos feito progresso nesse sentido, e sabemos, hoje, que a convergência entre saúde e meio ambiente é muito importante; então, para falar dessa rede, finalmente, tudo que faz bem à saúde faz bem à natureza e vice-versa, e para a criança é fundamental para sua saúde, para sua imunidade, é, inclusive, um antídoto para o TDAH, para a obesidade, para o rendimento escolar; faz bem para

todo tipo de pessoas, de doenças; só colocando espaços mais verdes já se reduz a diferença de saúde entre ricos e pobres. Então, nós temos que ter essa proposta, para nossos filhos, para nossa sociedade, como o exemplo da bela campanha do Instituto Alana, para redução do consumo, de brincadeiras na natureza. A natureza pode, justamente, oferecer possibilidades para as crianças que a estão experimentando; não é só que elas precisam da natureza, que precisam estar no meio ambiente, estar em contato com a natureza, porque vão se beneficiar disso, mas também é sobre o benefício que esse contato das crianças com a natureza pode trazer para a nossa civilização, porque elas vão experimentando a natureza, passam a amá-la e podem, então, defendê-la no futuro; só defendemos aquilo que amamos. Então, essa é a proposta da campanha Crianças — já para fora!, que estimula o contato com a natureza, levando as crianças para fora, e, com políticas públicas, reclamando o espaço público para uma cidade mais justa e mais humana. Muito obrigado.

A REDE DE MULHERES MÃES EM BUSCA DO ACOLHIMENTO DESMEDICALIZANTE

LÍGIA MOREIRAS SENA – Bióloga, mestre em psicobiologia, doutora em farmacologia e doutoranda em saúde coletiva. É pesquisadora da assistência ao parto no Brasil, da violência obstétrica e da medicalização da infância e do corpo feminino e autora do *blog* "Cientista que virou mãe" <cientistaqueviroumae.com.br>.

PRIMEIRO, EU gostaria de perguntar para vocês, se vocês conhecem o texto "Sobre meninos e cisnes", que foi publicado em 2013. É um texto que foi publicado na revista *Crescer*, em maio de 2013. A maioria não conhece, vou ler para vocês e depois eu explico, porque ele faz parte da apresentação e da problematização que eu quero fazer.

Menino era aquele bebê risonho e simpático que se interessava por todo tipo de estímulo. Da borboleta voando ao redor da lâmpada à buzina dos carros, tudo despertava sua curiosidade. De olhos vívidos, atentos ao menor sinal de movimento e atividade, Menino amava a natureza e os animais. Logo estreou, sem o auxílio de ninguém e sem ensaios, seus primeiros passos, substituindo a fase do engatinhar por passos seguros e firmes. Caía inúmeras vezes e levantava-se de todas como se nada fosse, pronto que estava para explorar o mundo, esse mundo fantástico que o encantava. Rápido aprendeu a falar. Logo transformou movimentos descoordenados em firmeza muscular e precisão de movimentos, para desespero de sua mãe, que, muito antes que o esperado, precisava correr para tirá-lo de um parapeito ou de cima da mesa da cozinha ensaiando um emocionante voo em direção a uma cara esfolada no chão.

Menino prodígio. Menino precoce. Menino de ouro. Orgulho de toda a família, interessado e curioso por quase tudo. Não tudo. Coisinhas entediantes e monótonas? Não eram com ele. Seu desinteresse logo se transformava em correria, reclamações e muito choro. A agitação o encantava, a intensidade era sua marca. Menino era demais! Mas, embora desse alegrias e orgulhos sem fim, consumia toda a energia da família. Era a alegria da casa. Mas também sua falta de sossego...

Então, Menino foi para a escola pela primeira vez. A família precisava de um descanso, estavam todos esgotados...

Pouco tempo depois, o primeiro convite: "Caros pais, esperamos vocês para uma conversa na próxima quarta-feira. Gostaríamos de conversar sobre Menino".

O que teria havido?

No dia e hora marcados, estava lá a mãe, toda preocupação. A professora, então, perguntou a ela se tudo estava correndo bem em casa, com Menino. Se havia algo fora do normal, um problema conjugal, a chegada de um irmão, ou outra questão. A mãe se surpreendeu: nada estava acontecendo fora da rotina. Muito apreensiva, a professora apontou para uma mesa onde se espalhavam muitos desenhos infantis. Árvores verdes, de troncos marrons, em cujas copas surgia o vermelho de uma maçã. Bucolismo, doçura, meiguice, padrão. E, no meio das árvores de

frondosas copas e maçãs vermelhas, um cachorro com o que um dia havia sido um gato na boca. Enquanto todas as crianças haviam desenhado as mesmas coisas por orientação dela, Menino desenhara um cão com um gato arrebentado na boca. A professora estava realmente preocupada. Suspeitava de um problema doméstico. A mãe não viu nisso grandes problemas, afinal, entendia o contexto: no dia anterior, Menino havia salvado o gato da vizinha do ataque de Fedorento, seu cachorro. Muito orgulhoso, apareceu na sala com o gato todo estropiado, mas ainda vivo, contando esfuziante sua proeza salvadora dos animais. Mas a professora insistiu: "Tem certeza, mãe, de que nada diferente está havendo? Porque há uma diferença gritante entre o comportamento de Menino e as demais crianças da turma...". A mãe disse que não, que estava tudo bem. "Mas observe, mãe. Esteja atenta aos sinais que podem se transformar em comportamentos mais graves no futuro".

Finda a conversa, foi a mãe embora para casa. Mas não foi sozinha. Foi ela e a pulga. Aquela.

Chegou em casa e foi logo perguntando por Menino. Chamou uma, chamou duas, chamou três vezes. Nada de Menino aparecer. Preocupada, chamou a vizinha para ver se ele estava por ali com as demais crianças. "Não, Menino não está aqui não. Estão todos jogando videogame ali na sala, menos Menino". E eis que surge Menino: imundo, suado e com um ferimento gigantesco no joelho. Onde ele estava? Correndo na rua com Fedorento. "Estou te chamando há horas! Olha só como você está! Por que raios você não pode ser como todo mundo, Menino?!".

Naquela noite, a mãe não dormiu... A pulga não deixou. Seria Menino uma criança diferente das demais?

A escola ainda chamou mais duas vezes a família para conversar. Menino não parecia se enquadrar à turma, aos hábitos, à escola. "Não se interessa pelas atividades propostas. Seus desenhos e sua linguagem são atípicos. Nosso psicopedagogo detectou um déficit de desenvolvimento, talvez relacionado à sua hiperatividade. Sugerimos, então, uma abordagem medicamentosa como forma de contornar sua dificuldade natural. Família nenhuma quer expor um filho a dificuldades graves futuras, não é mesmo?".

E foi assim que o Menino prodígio, o Menino precoce, deixou para trás sua história como o filho pródigo para ser... o Menino problema. O Menino hiperativo.

A partir de então, Menino passou a ouvir repetidas vezes sua mãe e pai falando aos outros que ele era assim porque era hiperativo. Seus pais eram tudo que ele mais admirava na vida. Se eles falavam que ele era hiperativo, então é porque ele era hiperativo. Isso afetou sua autoestima, sua segurança, sua desenvoltura. Ele se sabia doente... Foi quando as coisas em sua vida começaram a mudar.

A mãe confiava na escola. A escola detinha anos de experiência. A mãe confiou no diagnóstico dado ali. Natural: uma mãe quer o melhor para seu filho. Uma mãe não quer que seu filho sofra. E ao ouvir a frase "Família nenhuma quer expor um filho a dificuldades graves futuras", havia sido acionado aquele botão mágico de manipulação materna: a culpa.

A mãe não sabia... mas Menino não estava só. Antigamente, apenas entre 2% e 5% das crianças em idade escolar eram diagnosticadas como hiperativas. Hoje, esse valor está chegando a 30%. Uma prevalência dessa é maior que muitas doenças sérias, como a asma, a bronquite e até mesmo o câncer. Mas será mesmo que todos esses meninos e meninas diagnosticados possuem essa doença? Ou será que está havendo uma epidemia de diagnóstico, englobando inclusive o sadio como doença por incapacidade da escola de lidar com as diferenças?

A mãe não sabia... mas o que a escola estava fazendo não podia ser feito. Se a hiperatividade é uma condição neurobiológica dos domínios da psiquiatria, um diretor não pode diagnosticá-la. Um professor também não. Mesmo quando diagnosticado por um médico psiquiatra, é preciso cautela em aceitar, porque existem profissionais de todos os tipos. E, no entanto, mais da metade das crianças diagnosticadas como hiperativas recebe o primeiro diagnóstico exatamente na escola.

O nome disso: medicalização da educação. É quando a inabilidade da escola de lidar com diferentes personalidades é interpretada como um problema de saúde mental. Afinal de contas, é muito mais fácil culpar a criança do que reformular a prática de ensino.

Um grupo importante de pesquisadoras da Unicamp relatou exatamente o que anda acontecendo em muitos outros lugares. Uma professora da primeira série de uma escola em Campinas, interior de São Paulo, chegou a encaminhar 10 crianças de uma classe com total de 31 alunos para serem avaliadas por profissionais do Serviço de Saúde Mental. Eu não sei para você, mas a mim faz muito mais sentido que essa professora não estivesse preparada para lidar com as diferenças dos alunos do que achar que quase metade da turma possuísse um transtorno psiquiátrico. Hiperatividade não se dá como gripe, que atinge todo mundo por infecção. A chance de que Menino, cheio de vida e absolutamente normal, fosse um desses dez é grande...

Professores não são os vilões que fazem centenas de maus diagnósticos de caso pensado. Eles vêm sofrendo com décadas de desvalorização profissional e de rebaixamento hierárquico. A prática pedagógica tem sido vista como "inferior" há muito tempo. Ao se considerar capaz de oferecer diagnósticos que somente um profissional médico pode fazer, isso confere um aparente aumento de status. *Mas o que acontece é exatamente o contrário: a depreciação ainda maior da educação em detrimento de outra área. A escola, aquele lugar onde se aprenderia, onde experiências incríveis seriam vividas, onde o brincar daria o tom da aprendizagem, transformou-se em rotulador e identificador de doenças, pautado pela identificação de distúrbios de aprendizagem. A epidemia de diagnósticos de hiperatividade que todos já sabemos que existe é extremamente prejudicial à nossa infância. Não somente aos meninos e meninas absolutamente saudáveis que estão sendo rotulados. Mas também àqueles que, de fato, apresentam reais problemas de aprendizagem. Afinal de contas, a atenção e o cuidado que deveria ser dada a essa criança passa a ser dividida entre centenas de crianças que dela não precisam.*

Mãe e pai de Menino viveram muita angústia após o diagnóstico. A mãe chegou a dividir sua angústia em grupos maternos virtuais e lá encontrou diferentes opiniões. Havia quem a incentivasse a medicá-lo, dizendo que o mesmo tinha acontecido com seu filho e que a medicação havia melhorado tudo, um "santo remédio; agora ele aprende, se mantém sentado e todos têm paz". Havia o depoimento da mãe que medicara seu filho, mas que desis-

tira, em função dos efeitos colaterais que havia observado, que tiraram dele sua característica natural e seu brilho no olhar. E havia quem sugerisse que nada de errado havia com Menino, que ouvi-lo era uma boa, que avaliar criticamente o método da escola era uma boa, que manter o diagnóstico como dúvida e não como verdade era uma boa, e que reformular sua rotina em casa era uma boa também.

Foi quando a família de Menino decidiu: não queria o diagnóstico. Decidiram tirar Menino daquela escola, que não o aceitava. Escolheram outra que oferecia aquilo que, de fato, tinha significado para o filho: valorização do natural, espaço para correr, professores de fato preparados para acolher as diferenças. Em casa também reformularam muita coisa. Criaram mais situações em que Menino podia usar toda a sua energia. Mudaram a iluminação da casa. Reduziram ruídos. Tiraram a televisão do período noturno. Cortaram os alimentos ricos em açúcar. Introduziram a música educativa no lugar da música sem sentido. Deram outro significado ao banho, como momento de descanso e relaxamento. Reduziram os estímulos visuais excessivos do quarto. Passaram a conversar mais, a fazer mais refeições juntos, a envolver Menino nas tarefas domésticas. Trocaram uma de suas três atividades extracurriculares por passeios contemplativos ao ar livre.

Não foi fácil. Não foi tranquilo. Não foi rápido. Mas foi recompensador.

Hoje, Menino é livre para continuar a ser quem sempre foi: aquela criança risonha e simpática que se interessa pela vida, de olhos cheios de um brilho radiante e um Menino cheio de energia. Sem rótulos. Sem drogas. Com orientação e envolvimento familiar, uma escola comprometida e muito, muito respeito pela pessoa que ele é. E não pela que querem que ele se torne. Afinal, ele é um cisne. Não um patinho feio.

Esse texto eu escrevi a pedido de uma revista para a qual eu tenho muitas críticas, eu demorei muito para dar resposta para essa revista, porque eu não queria escrever, mas eu consultei várias pessoas que me são muito caras, gente em que eu me espelho, que me inspira, e todo mundo falou "Lígia, você tem que escrever". É a revista *Crescer*, que desde então, de vez em quando, me chama para escrever textos para o público da revista, que é um público muito heterogêneo. E eu falei

"eu vou mandar esse texto e, no dia que ele for publicado, eu vou sair do Estado, do país, vai dar uma confusão isso", e teve uma aceitação muito grande, o número de correspondências que eu recebi de mães que estavam medicando seus filhos e que se sentiram apoiadas pelo texto, "não, eu não quero mais, o que eu faço?", foi incrível. Naquela época, o texto teve, já faz um tempo, 5 mil compartilhamentos.

Bem, é um texto grande, longo, que as pessoas não leem, porque hoje não lemos mais nada longo; o que faz sucesso é o Twitter, ou seja, uma vida em 140 caracteres, são 140 ou já reduziu? Eu saí do Twitter já faz um tempo, estou voltando agora, porque eu quero pegar outras pessoas também. Quando eu escrevi esse texto, mostrei para algumas pessoas que viviam comigo pensando "meu Deus, você está louca, ninguém vai ler", mas eles leram, gostaram, problematizaram e tal. E assim foi também com meu *blog*. Meu *blog* começou assim: ele nem tinha o nome que tem hoje, e meus amigos próximos falavam "olha, você escreve umas coisas pertinentes, mas ninguém vai ler o seu texto, porque é muito grande", e eu acho que 80% das pessoas ao meu redor, amigos e tal, são jornalistas. E eu falei "bom, então vão ter que ler agora", e eles "mas não vai fazer sucesso", então eu disse "está bem, então não vai fazer sucesso, eu não vou reduzir o texto", mas se as pessoas não leem, o que vamos falar para um pessoal que não lê? Eu vou falar da importância da busca da informação para o empoderamento da pessoa, e vou falar "mas lê pouquinho"? Não, eu vou escrever do jeito que eu escrevo, vamos ver o que acontece.

Agora eu faço uma apresentação bem breve de quem eu sou e de como eu cheguei até esta mesa hoje. Bom, eu sou bióloga, formada pela Unesp (Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"), no *campus* de Botucatu, sou mestre em psicobiologia pela USP (Universidade de São Paulo), no *campus* de Ribeirão Preto, sou doutora em farmacologia, especificamente neuropsicofarmacologia, é um *superstatus*, porque são três palavras, dependendo do congresso que você vai, você também pode inverter, fica psiconeurofarmacologia, então é muita coisa, para uma pessoa com 36 anos, como eu —

adoro a minha idade, não tenho problema nenhum com isso. Eu sou mestre, doutora e fiz um pós-doutorado, que durou seis meses. Eu era muito nova, entrei na faculdade com 16, 17 anos, porque eu tive dois ou três diagnósticos de TDAH — agora eu acumulo doutorados, eu estou fazendo o segundo, que problema —, e no Mestrado eu falei "gente, eu não estou achando esse negócio muito legal", eu era bem novinha, "gente, como é que podemos reduzir a complexidade humana, toda a sua subjetividade, a uma coisa que pesa um pouco mais de 1 kg, dentro de osso? Não é possível." Mas é isso, eu estudei transtorno de ansiedade generalizada, estes eram os meus focos: transtorno de ansiedade generalizada, síndrome do pânico e depressão.

Quando eu estava entrando no pós-doutorado, eu ia estudar, "é muito nome, é muita sigla", imaginem, como a Luci Pfeiffer falou, 365 diagnósticos, um para cada dia do ano. Transtorno de estresse pós-traumático era o que eu ia estudar no pós-doutorado, com o apoio financeiro de um grupo dos Estados Unidos que estava procurando ajudar os soldados que estavam voltando do Afeganistão. Mas era neurobiologia pura, cérebro experimental, rato, camundongo e tal. Eu comecei a ficar insatisfeita, no mestrado, com isso, e falei "gente, isso não é normal, está me incomodando" e, no final do mestrado, eu comecei a me envolver — meio que para me dar um alívio — com outras áreas; eu fui trabalhar com uma ONG que atuava na formação de educadores, em educação ambiental, formando professores de escolas públicas como educadores ambientais, em uma perspectiva de sistemas, James Lovelock, Lynn Margulis, algo bem diferente da ciência *hard* que eu fazia.

Me apaixonei por trabalhar com gente, quando eu ouvia, dentro dos laboratórios, "é muito bom trabalhar com rato, porque não quero trabalhar com gente", eu comecei a falar "gente, quero trabalhar com gente", comecei a gostar. Eu terminei o mestrado, fui embora para Fernando de Noronha, fiquei lá um ano e pouco, trabalhando com gente, formando as pessoas como educadores. Então, eu voltei e fui fazer doutorado, porque eu era uma pessoa persistente, "não, eu posso transformar isso em uma coisa boa e tal", fui fazer doutorado em

neurofarmacologia, trabalhando com as mesmas coisas, eu sempre trabalhei com plantas, era algo mais atípico.

Quando defendi minha tese de doutorado, em 2009, eu fiquei grávida, foi uma gravidez inesperada, eu não tinha planejado isso, e as pessoas usam o termo terrível "gravidez indesejada." Existem gravidezes indesejadas, a minha não foi, ela foi inesperada, mas eu quis ter a minha filha. E o que eu fui fazer? Eu não queria ser mãe naquele momento, eu estava escrevendo um projeto de pós-doutorado, eu estava com 32 anos, pensando em um pós-doutorado no exterior, morava sozinha em um apartamento, me bancava, me cuidava, era independente e tal, "meu Deus, eu não sei cuidar de uma criança", chorava assim; a primeira semana da minha gravidez eu só chorei, "mas, meu Deus, essa criança vai morrer de fome, ela vai morrer à noite porque eu não vou ouvir, ela vai se sufocar com a chupeta", aquelas coisas, e veio todo o poder do senso comum, "eu vou deixar a criança cair", aquela coisa. Eu falei: "Bom, eu vou ter esse filho, porque eu quero ter, então eu vou ter que buscar a informação", e foi a busca da informação que me levou a estar nesta mesa hoje, que se chama Táticas de Produção, do humano em nós, as redes de cuidados desmedicalizantes e tal.

A busca de informação me trouxe um grande choque de valores entre aquilo que eu estava começando a problematizar, aquilo que eu vivia como profissional e aquilo que já tinha despertado em mim no meu mestrado, e eu comecei a falar: "Gente, eu faço esses medicamentos, eu estudo isso daí", comecei a me questionar muito, e comecei a me sentir uma farsa, falei: "Meu Deus, como vai ser isso?" Eu já tinha, embutido dentro de mim, esse problema da medicalização, que eu não sabia que se chamava medicalização. "Como é que vai ser isso?" Bom, como foi isso? Eu tinha 32 anos, muita coragem, falei: "Sabe como é que vai ser? Vai ser assim, não quero mais, não, tchau", peguei as minhas coisas e fui embora, larguei um pós-doutorado de seis meses, uma carreira, foram 15 anos estudando neurobiologia.

Conversei com as pessoas para quem eu trabalhava naquela época, expliquei, todo mundo apoiou, não houve problema quanto a

isso. "Eu vou largar isso e vou fazer um novo doutorado", porque ciência é o que eu gosto de fazer, a ciência não colonizadora. "Vou fazer outro doutorado em que eu possa usar a minha vontade de fazer ciência para um bem coletivo", e hoje eu estou quase defendendo o meu segundo doutorado em saúde pública, saúde coletiva, estudando a medicalização como promotora da violência no parto, tudo isso fruto da informação que eu fui buscar quando estava grávida, porque eu queria um parto decente, porque eu não sabia o que criança comia, para mim, criança comia pirulito, queria saber o que criança come e tal. Quantas quebras de paradigma eu vivi como mãe, eu falei: "Não, é isso aí, estou aí", mergulhei fundo e, quando emergi, eu era outra.

Nessa nova área, minha pesquisa sobre a violência obstétrica, violência no parto, com o viés de medicalização, como a medicalização produz a violência que as mulheres sofrem hoje para ter os seus bebês, me levou ao encontro de centenas de mulheres. Na minha pesquisa estão inscritas mais de mil mulheres para dar seus depoimentos sobre a violência que sofreram; eu, hoje, tenho uma rede muito grande de contatos e apoio que me ajuda, mais do que eu a elas, nós somos, hoje, parceiras, irmãs, amigas e tudo mais. E eu tenho o *site*, que é o *Cientista que virou mãe*, que tem uma *fanpage*, em que discutimos várias coisas, a grande maioria delas eu publico, e eu não leio muitos comentários, quando eu vejo que vai começar a ofensa, eu já desligo, um comportamento que eu aprendi, porque antes eu ficava muito mal, "meu Deus, o que é isso? O pessoal nem me conhece e fica me xingando", eu ficava horrorizada. E essa, então, foi, por conta de ter me tornado mãe, de ter abandonado aquela fase da ciência, a rede de cuidados despatologizantes em busca do humano em nós, que eu e todas essas pessoas, na maioria mulheres ativistas e militantes, criamos para promover a luta contra a medicalização, com uma parcela de pessoas altamente vulnerabilizadas — porque não são vulneráveis, elas são vulnerabilizadas —, pessoas chamadas mães; porque quando você tem um filho, uma filha, você se sente vulnerabilizada pela sociedade, você é produzida como um ser vulnerável, e é esse grupo que

queremos apoiar, para dizer que não devemos considerar patológico e surpreendente o que é natural e esperado, para que rejeitemos essa compulsão social atual, e possa se questionar se aquilo realmente precisa ser perguntado, "é normal?", precisamos perguntar se é normal? E é isso que aparece com mais frequência quando nos tornamos mães, "é normal?" Começa na gestação, "e se meu filho não for normal?" Como assim, por que você está falando normal? Vai nascer, acabou. "Está bem, mas e se não for normal?" Se vira. O que você chama de normal? Aí começa esse tipo de questionamento.

Temos muitas redes, grupos e tal, e logo depois dessa mudança de vida, do *blog* e tudo mais, eu criei um grupo no *Facebook*, chamado *Maternidade Consciente*, um grupo que era marcado por altas confusões, alto nível de agressividade, e hoje não tem mais isso, hoje é bem tranquilo, as pessoas que entram lá entram sabendo onde estão entrando, que é proibido falar nome de medicamento, é proibido mesmo, porque os cuidados não são medicalizantes, e as pessoas pedem para entrar, porque estão em busca disso, hoje são mais de 6 mil pessoas. Antes, fomos pautados por coisas como essa, que não estava no nosso grupo — eu entrei em um grupo aleatório e peguei uma fala para mostrar que isso é absolutamente comum, natural e esperado, esse tipo de dúvida e tal —, "meninas, meu filho está com 11 meses, sempre gostou do banho, mas ultimamente chora muito durante o banho e durante a troca de fraldas e roupas. Vocês já passaram por isso? É normal?" Eu não coloquei as repostas a essa pergunta, mas havia coisas chocantes, gente sugerindo que ela procurasse um médico, porque não era normal chorar durante o banho, na troca de fraldas, e isso podia ser um sinalizador de um transtorno de comportamento — era um bebê.

No *Maternidade Consciente*, eu sou moderadora ainda, mas já não trabalho mais tão ativamente, hoje há um grupo que dedica seu tempo voluntário para isso e tal, mas antes você dizia... "Olha, claro que é normal, é um bebê, bebê mais calminho é aquele bebê que está ali mais juntinho, no colinho e tal, de repente você abre um espaço para ele e ele não quer. Então, é normal, não precisa ir ao médico, não tem

nada de errado. Chora mesmo, mas está chorando, está bem, chora, faz cocô, xixi, vai querer comer também". Porque o choro criou aquela coisa, "mas está chorando", e nós falamos: "Está bem, deixa chorar. Vai lá, pega no colinho, vem beijinho e abraço", ao que elas respondem: "Não, mas daí fica mal-acostumado", "não fica, calma. Vamos lá e tal", "está bem, mas a minha mãe diz que fica..." "Está bem, vai lá mesmo assim". Então, é uma luta muito sutil, delicada, de apoio; eu não preciso ter dois doutorados para fazer isso, mas acontece que eu tenho e as pessoas acabaram validando o que eu falo por causa disso.

Discutimos por que é normal com muita delicadeza, com muita sutileza, hoje, é com muita delicadeza, mas, no início, eu não tinha nada dessa delicadeza, a luta pela humanização do parto me humanizou muito, sabe? A violência é violenta, primeiro, com o ser que violenta e, depois, com o outro; a humanização também, ela humaniza, primeiro, quem está na luta, depois, o outro, foi o que aconteceu comigo. Então, falamos que normal é norma. O que é normal? É uma forma acordada, repetível, de fazer algo, é um documento que contém uma especificação técnica, é um manual, é uma regra acordada. Bebês não são assim, crianças também não. O que é normal? Não há uma norma técnica da ABNT [Associação Brasileira de Normas Técnicas] para cuidar de uma criança; claro que seria mais fácil se houvesse, mas não há, então calma, relaxa, e vamos lá. Sempre buscamos problematizar junto com as mulheres, "mas quem criou essa regra de que toda criança precisa usar chupeta?", "ah, mas tem que ter", "mas quem falou para você que tem que ter?" E repetimos com as mulheres, novas mães, e também com os novos pais, aquilo que fizeram conosco.

Eu fiz esse processo sozinha na gravidez, foi horrível para mim, foi horrível descobrir que eu sabia muitas coisas erradas sobre a criação de seres humanos — eu sou uma, eu fui criança. Bom, eu estava com 7 meses de gestação, a criança não tinha berço, nossa, eu chorava, "meu Deus, a criança vai dormir em uma caixa de papelão", comprei o berço, não usei nunca, ficou lá o berço com bagunça, era um esconderijo de bagunça. Então, sempre esse questionamento, quem criou

essa norma? Essa norma serve a quê? Ela serve a quem? É esse tipo de discussão que fazemos nas redes desmedicalizantes.

Um palestrante de ontem, professor Luís Fernando Tófoli, falou: "Mas acontece que fazem sucesso esses manuais de como adestrar um bebê, de como fazê-lo dormir sem chorar e tal, porque os humanos são viciados, e são viciados em regras." E ele falou essa frase, em um contexto do visto em psicofármacos. É por isso que fazem tanto sucesso esses livros de *"Como adestrar o seu filho em 10 passos"*, como se o seu filho fosse um cachorro, com todo o respeito ao cachorro, mas não é, é uma criança. Bom, e problematizar essa questão é normal ou é frequente? "Mas é normal dar remédio para criança ficar quietinha, é normal, está todo mundo fazendo", calma, é normal ou é frequente? "Mas não é a mesma coisa?" Não é a mesma coisa. Não é porque é frequente mulheres sofrerem violência dentro dos seus lares que nós vamos chamar isso de normal. Isso é a banalização do mal, que também foi falado ontem pelos palestrantes da tarde, em lembrança aos 108 anos que Hannah Arendt estaria completando agora, anteontem, se eu não me engano. Vamos parar de ficar banalizando o mal, faz mal esse tipo de coisa. A medicalização da infância, da educação, dos afetos, do corpo feminino, do parto, aparece na hegemonia, e a hegemonia é medicalizante.

Então, olha só, aquela mesma pergunta: "Meninas, meu filho está com 11 meses, sempre gostou do banho, mas ultimamente chora muito durante o banho e durante a troca de fraldas, é normal?" A hegemonia, que é um peso sobre nós, é o que nos mantém agachados, ao invés de eretos, nos diz "medicaliza", a hegemonia é medicalizante, então, a resposta natural que grande parte das pessoas pode dar a uma pergunta dessa é medicalizante também, "olha, mas não, fica de olho. Quem sabe você não leva ao pediatra", e você vai dizer o que para o pediatra, quando chegar lá? "Olha, eu fui dar banho no meu bebê, o meu bebê chorou", que bom, gente, ele tem pulmão. Então, esse é o tipo de problematização que fazemos, e as pessoas riem quando falamos isso, "mas é verdade", e começa a se centrar, esse riso do "eu estou nervosa, sou mãe de primeira viagem" faz parte. Nossa, eu, até os 2 anos de ida-

de da minha filha, ficava na frente da Clara, ela estava dormindo e eu estava lá, para ver se ela estava respirando. Faz parte, não é nenhum transtorno da verificação repetida de respiração infantil, eu estou lá, olhando, porque é uma angústia, eu não estou com TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), é angústia, sabe? O ser humano é angustiado, o ser humano sente tristeza; ele não está deprimido, ele sente tristeza, ele fica feliz, não fica eufórico, maníaco e tal.

Para fechar, como desenvolver essas táticas de produção e sustentação do humano em nós por meio de cuidados despatologizantes? Empoderando essas pessoas, dizendo "olha, você não precisa de uma palavra médica, de um aval da Medicina para fazer algo que você está sentido que está dando resultado." "Ah, meu filho, toda vez que está no berço, chora; eu pego, ele acalma, mas isso cria pessoas dependentes do contato humano", que bom, você quer que ele seja dependente do quê? Do poste de luz da sua casa? "Mas ele pode ficar mal-acostumado", ele vai ficar acostumado ao seu colo e isso é mau? "Ah, mas toda vez que ele chorar, ele vai querer colo", que ótimo, você também, toda vez que chora, quer colo. Na primeira aula que eu tive como nova aluna do departamento de saúde pública, em um programa de pós-graduação em saúde coletiva, eu tive aula com um homem fantástico, Marco da Ros, médico sanitarista, e ele deu um exemplo muito bom, que eu gosto sempre de falar, aonde eu vou, eu falo. Vocês já ouviram falar em crise conversiva?

Crise conversiva acontecia há muitas décadas, a pessoa tinha um chilique, se tremia toda e caía. Não é crise convulsiva, é crise conversiva. Vinha uma pessoa, com um misterioso frasquinho, colocava perto do nariz, e a pessoa voltava. Alguém hoje já viu uma crise conversiva na rua? Não. O que acontece se a pessoa tiver uma crise conversiva na Avenida Paulista? Ela morre, pisoteada, porque as pessoas vão continuar, vão passar por ela, e vão continuar seus afazeres. Não temos mais crise conversiva, nós temos uma doença chamada depressão, o que é depressão? É um isolamento total do contato humano, é uma introspecção, é isolamento. Antigamente, uma crise conversiva era um pedido de socorro, "olha, estou precisando de

atenção, ok?" E a pessoa vem, acolhe. Hoje não tem isso, porque ninguém acolhe. É uma mudança muito grande do tipo de acolhimento que damos para o ser humano, e uma pessoa vai dizer "está bem, mas se ele chorar e eu pegar no colo, ele vai parar de chorar, ele vai ficar mal-acostumado ao calor humano", você tem vários modos de reagir, você tem que falar "amiga, não, calma", ou não, você explica, "olha, pense que ele vai ficar acostumado ao seu colo, do pai, ao colo da avó", e explica com todas as letras, isso faz muito sentido para qualquer ser humano.

Empoderamento, fortalecimento de autoestima, promoção da autonomia, acesso a informação — por isso, por mais que os textos sejam longos, eu não reduzo —, a não banalização do mal, e a criação de redes, para promoção na coletividade, e como diz a Maria Aparecida Affonso Moysés, temos que ocupar todos os espaços, porque se não ocuparmos, vem alguém e ocupa, e não sabemos qual é a ideia daquela pessoa. Temos que ocupar os espaços, a universidade oferece um espaço? Vai lá e faz alguma coisa. Você tem uma ferramenta, como um *blog*? Vai lá e escreve algo, você pode postar algo para libertar as pessoas. Temos que ocupar os espaços.

Este é um exemplo do efeito de uma rede de apoio despatologizante. "Estou precisando de conselhos"; uma mãe escreveu isso, em um grupo materno: "Não sei como lidar com o comportamento da minha filha de 2 anos e 6 meses, ela está em uma fase difícil, por exemplo, quando chegamos a algum lugar, as pessoas falam com ela, ela faz cara feia e se esconde no meu colo, não cumprimenta ninguém, ela ganha presentes e diz que não gostou, mesmo tendo gostado e não diz obrigada, sendo que eu, por meio de exemplos, ensino a ela o que é preciso dizer, com a bisa dela é o horror, ela faz questão que a minha filha diga oi e tal, e eu tenho que pelo menos insistir um pouco, porque senão a bisa fica chateada até comigo. É normal isso? Parece que quanto mais questão eu faço que ela seja legal com alguém, mais mal-educada ela parece. Eu devo insistir para ela cumprimentar as pessoas? Qual a melhor maneira de lidar com isso? Obrigada." Vejam o tipo de resposta que aparece, e isso é uma constante nesse grupo,

o moderador nem trabalha mais nesse grupo. "Minha filha, em locais diferentes do seu convívio diário, é uma timidez só, não fala e nem cumprimenta, me sinto mal." Isso são respostas para a moça. "Mas nada que eu faça ou diga muda a atitude dela, tudo é fase. Ela está com 2 anos e 10 meses, vai à escola e lá também é tímida. Temos que ter paciência, nem tudo está ao nosso controle, só não se irrite com ela, acho isso pior, mostre calma e diga que você entende o que ela está passando. Um dia acredito que melhora." Isso é uma mudança muito grande do tipo de acolhimento que se dá, que se pode dar, é empoderamento da mulher, "olha, calma, você vai conseguir", e isso muda as pessoas. Tanto muda que o *blog* tem hoje 4 mil visualizações por dia, vai fazer 3 milhões de acessos esta semana.

Termino com uma frase do professor Boaventura de Sousa Santos, que eu não sei se vocês conhecem. É um português, da Universidade de Coimbra, pelo qual eu tive a grande honra de ter o *blog* estudado, com uma aluna de orientação dele, em uma tese de doutorado. "Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize", que eu acho que é um dos objetivos desta grande reunião aqui. Fechando com a frase que a Maria Aparecida Affonso Moysés disse hoje: "Vamos usar a informação científica pelo lado dos jedis." Porque jedis são inclusivos, os jedis não têm diferença hierárquica por sexo, cor, pode colocar o sujeito no fim da frase, colocar o complemento. Então, esse é o meu papel hoje, como pesquisadora científica, usar a ciência para quem por muito tempo ficou excluído dela. Obrigada.

REORDENAMENTO INSTITUCIONAL: DESAFIOS DA PROTEÇÃO INTEGRAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NELSON ALDÁ – Possui graduação em filosofia pelas Faculdades Associadas do Ipiranga e mestrado em psicologia educacional pelo Centro Universitário Fieo. Atua há 25 anos no seg-

mento criança, adolescente e família, com foco no serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes sob os parâmetros do reordenamento institucional, centro de defesa de direitos e preparação de pretendentes à adoção por meio das Varas da Infância e da Juventude, Grupos de Apoio à Adoção e Comissão Especial de Direito à Adoção da OAB/SP.

JÁ NAS primeiras falas que vi neste Fórum, até brinquei com o colega, "estou no lugar certo, estou me sentindo em casa para fazer esta discussão", de alguma forma um pouco privilegiado, porque eu não sou da área médica, então eu acho que vou ficar um pouco à vontade para dizer algumas coisas. Da mesma forma, eu sou membro consultor da Comissão de Adoção da OAB (Ordem de Advogados do Brasil) de São Paulo, e é uma delícia não ser advogado naquela comissão, porque eu posso dizer; dá uma confusão danada. Eu quero trazer essa reflexão para vocês, conforme o ponto de vista da minha formação acadêmica, mas, mais do que isso, da minha profissão e da minha militância, porque eu acho que é importante que observemos que são esses valores que nos levam a discutir, principalmente neste momento, em um fórum com essa perspectiva. Eu vou trazer uma experiência particular, eu tenho 24 anos de atuação em acolhimento institucional, comecei na Febem (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor), no modelo do Código de Menores de 1979, participei do grupo que pensou, escreveu e executou o fechamento das unidades de abrigo da Febem no Estado de São Paulo de 1991 a 1998, e, desde então, eu não saí mais da área. Vou trazer algumas reflexões para vocês dos meus últimos dez anos, o que gerou, por sinal, a minha pesquisa de mestrado em uma instituição localizada no município de Carapicuíba, que surgiu em 1915 para atender filhos sãos de famílias de hansenianos, com lepra, mal de Hansen. É uma questão interessante trazer esse aspecto neste momento. A minha pesquisa de mestrado teve como problema se uma organização centenária poderia, ou conseguiria, lançar-se na era do Direito Constitucional de 1988, e analisar isso com base na proteção integral. Eu não vou

falar da pesquisa aqui, eu trouxe alguns extratos, com o tema que nós estamos discutindo, para podermos conversar e depois debater um aspecto. Eu queria fazer um convite a vocês, um convite de Janusz Korczak, um médico pediatra, que coordenou o que eu vou chamar de um abrigo, um acolhimento, no gueto de Varsóvia, e que escreveu um livro que foi precursor do direito universal da criança e do adolescente, *Quando eu voltar a ser criança*. Nesse livro, ele diz que nós adultos temos conhecimento e inteligência empoeirada. Então, eu queria que saíssemos da poeira; tudo que eu disser aqui, que nós tenhamos um movimento de olhar a criança, e olhar a criança com o desafio. Sou pai, tenho dois filhos já adultos, e cuidar dos meus filhos foi fácil, cuidar dos filhos dos outros é um problema, tudo tem que ser o melhor, tudo tem que estar adequado, cuidar de criança pobre, então, triplica o que eu estou dizendo aqui. Então, eu acho fundamental colocarmos dentro de uma reflexão primeira a questão da criança, esquecendo as nossas formações. Tudo isso vislumbrado por quê? Eu não consigo olhar rede, criança e adolescente, se eu não olho da perspectiva histórica. O que eu trago para vocês são imagens dentro de uma amostragem etnográfica, porque eu quero que esses sujeitos digam, e o Nelson Aldá possa colaborar com o que eles estão dizendo. Então, nessa perspectiva, que vamos olhando e vamos crescendo, no sentido da reflexão, dessa questão da proteção integral, porque nós falamos de crianças e dos adolescentes aqui, e temos que dizer que elas estão na égide de proteção integral, e não vivemos isso na prática do nosso cotidiano.

No caso daquela instituição, eu fiz uma organização de 4.375 prontuários, de 1927 a 2008, e é interessante, a primeira ficha da pesquisa é de 8 de setembro de 1927. É interessante percebermos o outro foco, que é o foco social, da assistência social, neste momento. O menino descrito na ficha nasceu em um asilo, ou seja, de um pai, de uma mãe que foram compulsoriamente internados por efeito de Lei, pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, e essa criança nasce, e é encaminhada, então, para essa entidade, que é para acolher filho são. Então, o prontuário, a ficha social, tem mais características

médicas do que sociais, se nós olharmos os documentos que vêm na sequência da vida dessa criança, ela está marcada com a história da mãe, e das cartas posteriores, "como é que está meu filho?", tudo isso que estamos dizendo aqui, como foi dito há pouco, essas mães não tiveram a oportunidade de viver, e quiseram viver. Então, a vida de uma criança já é marcada por um prontuário, que tem uma ficha social, por um *hall* de questões que a torna estigmatizada diante do processo da sociedade. Outro aspecto importante, isso é legitimado pelas leis, há o Diário Oficial, o estatuto, o repasse de um para o outro, vai-se estruturando essa questão para que o desejo da corrente da sociedade, do ponto de vista legislativo, dê conta de fazer aquele atendimento e aquele acerto com as crianças. O modelo do quarto de meninas parece um hospital. Eu imagino uma criança crescendo ali dentro, décadas da sua vida, formações, desenvolvimentos, e essa questão toda sendo colocada por ela.

Dia das Crianças, você não tem ideia que horror que é ir para um abrigo no Dia das Crianças. É um horror, são 500 brinquedos, 500 coisas, briga no portão, menino querendo coisas; eles dão importância para nada, e nós estamos formando esses meninos desse jeito. Tudo que a sociedade tem de dó, de pena, entende a caridade diferente, estamos determinando a vida dessas crianças nesses momentos. O imaginário social que nós temos desses meninos e dessas meninas é da criança do orfanato, a criança abandonada, a criança coitadinha, que não come, que tem problema de escola, que não tem habilidade, que não tem capacidade, e nada disso é verdade. Nós, que convivemos com essas crianças, vamos ver que elas não são iguais, porque elas têm um único diferencial, foram abandonadas, elas não têm pai e mãe, foram vítimas de violência de uma maneira séria, isso não as torna iguais em absoluto a outra criança que podemos conhecer. A nossa especificidade de trabalho, que é uma briga que eu tenho na área, porque as pesquisas nacionais mostram que, na melhor das hipóteses, 60% das crianças que estão nos acolhimentos estão lá por falta de políticas públicas; consequentemente, nós gastamos 60% do nosso tempo para fazer o que não é nosso, e não nos especializamos

nas violências, no abandono, na questão da adoção, e questões mais específicas desse processo. Então, é algo que precisamos olhar e tomar cuidado, até porque tudo isso é feito — e eu ratifico mais à frente — pela judicialização da pobreza, a judiciliazação das situações de pendências da sociedade, inclusive da articulação de rede da assistência social, que hoje é política; então, são várias questões importantes de olhar, tudo colocado dentro desse aspecto.

Eu faço muita questão de mostrar um recorte de jornal de 1971, porque mostra um marco social muito importante; em 1956, foi promulgada uma Lei de convivência familiar e comunitária, quem é da área sabe que nós temos hoje o acolhimento familiar de crianças, que é uma alternativa ao abrigamento; essa Lei fantástica, que eu adoro, melhor do que a de hoje, é muito boa, mas caiu em desuso; em 1971, foi feita uma Lei trazendo a possibilidade de recurso financeiro, que era investido para que a criança voltasse à família, para as organizações sociais. Então, a família se tornou organização social, em detrimento do pai, da mãe e da rede parental, um problema que nós temos até hoje, extremamente acentuado, e sobre o qual também vamos conversar um pouco à frente.

Pensando em ações que adoecem o contexto, e eu fiquei pensando muito, quando eu estava me preparando para vir para cá, porque eu não saberia dizer para vocês de medicamento, se toma ou não toma, dessas questões todas, mas eu sei que a convivência faz com que a criança vá adquirindo questões muito sérias no seu desenvolvimento, e às vezes físicas, e eu me preocupo muito com saúde mental, como é que vamos ver, nessas crianças, esse desenvolvimento? Eu estava fazendo a minha pesquisa, e o senhor Paulo chegou no portão do abrigo e queria entrar, eu falei: "Não deixe nem entrar, porque eu não tenho tempo, eu não vou atender mal uma pessoa. Pede para ele me ligar, dá o telefone", e ele saiu me xingando, mas me ligou, eu falei: "Eu tenho um dia para o senhor. Eu quero atende-lo bem, o que o senhor quer?" Lá aparece o senhor Paulo, porque alguém disse que eu estava fazendo pesquisa, e me traz um álbum, um pequeno álbum amarelo com várias fotos, "eu trouxe isso aqui para a sua pesquisa, e eu quero dizer

uma coisa, a minha mãe tinha hanseníase e foi internada lá por 1945, 1947, 1949, alguma coisa por aí, e eu tive que vir para cá, eu nunca fui doente, eu fiquei aqui uns sete, oito anos da minha vida, e eu preciso provar para a minha família que eu fui feliz, que eu não sou doente."

Vejam o que esse homem carrega desse lugar, 50 anos depois, na vida dele. Estou falando de 1949, mas eu estou falando também de discussão da lepra naquele momento, em 1947 não se internava compulsoriamente, em 1967 o Estado de São Paulo tinha uma Lei que proibia internação compulsória, quer dizer, havia uma discussão, mas a instituição não estava antenada com a modernidade científica, ou com o momento científico da discussão. Esse menino foi colocado lá, e o que ele me traz de lembrança? Ele tinha lembranças da janela do prédio em que ele ficava, olhava, e como ele era, queria reencontrar uma funcionária, que estava com ele em uma das fotos.

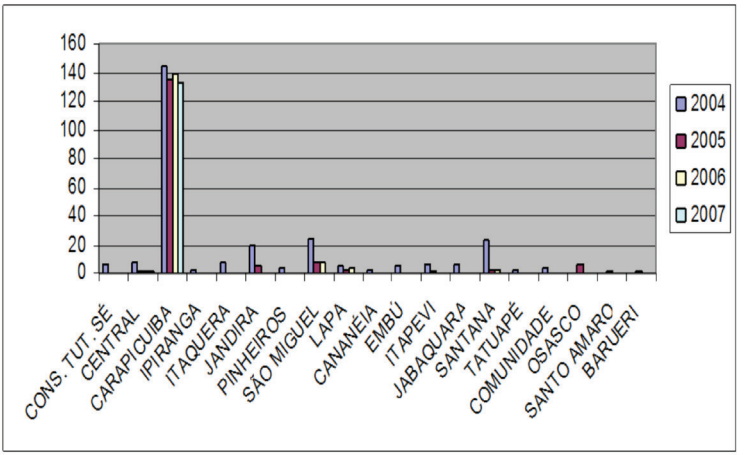
Nós achamos a funcionária com 90 e tantos anos, viva ainda; foi um barato o encontro dele com ela. Mas eu aprendi com o senhor Paulo que nenhuma instituição tem o direito de guardar o que é da vida dos outros durante 50 anos para depois devolver. Outro desejo dele era refazer uma foto em que ele estava em frente à instituição, quando era muito pequeno; isso mostrava à família dele que ele tinha quase que uma forma de se perdoar, ou de ser perdoado, por um momento de institucionalização, porque ele foi o único da família a viver esse momento. Se nós pensarmos do ponto de vista psicológico de desenvolvimento, o que é que isso significou a cada dia na vida desse homem? E eu digo que eu tenho um problema, porque ele não quis levar o álbum embora, ele quis deixar comigo, o álbum está comigo. Então, o que significa isso dentro dessa questão, será que hoje ainda mobilizamos isso nos acolhimentos institucionais?

Eu às vezes dou graças a Deus, porque o projeto inicial da organização social era ter o dobro do tamanho que tem hoje, ainda bem que não tiveram dinheiro para construir, porque teria muito mais crianças. Se nós olharmos o prédio da instituição, é um prédio de autocontrole, pelos fossos, que são barrancos; se nós olharmos as construções, todas as portas principais são voltadas para o centro, e o prédio princi-

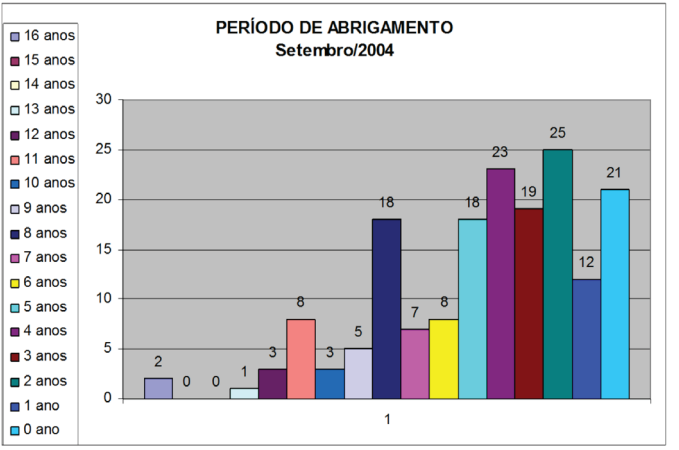
pal é cozinha-refeitório, ou seja, dormir e comer são a grande questão do atendimento. Eu faço supervisão de muitos acolhimentos institucionais, "Nelson, isso está resolvido com 20 crianças e adolescentes", não está, porque nós temos um imaginário presente ainda; há muitos abrigos querendo muros de 7 metros de altura, colocar cadeado na porta, polícia na porta, e por aí vai, e as crianças estão aí dentro, e as crianças estão vivendo essas experiências.

Eu acho interessante outro aspecto, o prédio onde era o velório, o prédio onde ficava a sala da presidente e a capela são os únicos prédios com porta para a frente, com acesso para fora do complexo, só que saem para o barranco, são portas falsas. A vida dos meninos no acolhimento é feita de portas falsas, porque nós não conseguimos fazer uma reinserção familiar adequada, porque a sociedade, a rede não dá conta para que aquilo possa acontecer. Se o menino não consegue ser adotado, ele ficará dentro do atendimento e não temos o que fazer com ele; eu estou com três surtando porque farão 18 anos, em fevereiro, março e abril do ano que vem. O dia dos 18 anos é o dia da morte. Então, esses são aspectos importantes nessa questão toda.

Consequentemente, em 2004, é publicada a Ordem de Serviço de 15 de abril, da 3ª Vara de Infância e Juventude de Carapicuíba. Chegamos nesse contexto para quê? Diminuir o número de usuários — eu estou usando o termo da assistência social para não ficar escrevendo criança e adolescente toda hora —, reaproximação familiar com vistas à reinserção, desenvolvimento de ação de integração dos usuários com a comunidade e vice-versa, recâmbio de usuários oriundos de outras comarcas para suas regiões de origem, e verificação de usuários aptos à propositura de Destituição do Poder Familiar para a adoção. O que encontramos em setembro de 2004: 259 usuários; aproximadamente 62 dos processos eram oriundos de outras comarcas do Estado de São Paulo, apenas 38 tinham processos em Carapicuíba.



Essa era a realidade, uma assistente social, uma psicóloga para os bebês e uma psicóloga para cuidar dos maus-tratos da instituição, "ele apanhava, ele não sei o quê", então a psicóloga cuidava para ele não virar um problema, esse era o problema institucional. Quer dizer, autodepósito de criança, alta vulnerabilidade, alta pressão, é impressionante olharmos essa característica.



Tempo de abrigamento, o tempo médio de permanência no serviço era de 5 a 7 anos, sendo que 53% dos usuários estavam, em média, havia 5 anos sem contato com a família, porque o abrigo é

que cuida; nós falamos em rede, mas nós nos esquecemos de que, constitucionalmente, na Constituição brasileira, o nosso pilar de sociedade passa pela família, e olha que o conceito jurídico de família também ampliou, não é só pai e mãe, periquito e papagaio. Então, essa questão, quando falamos em rede, nós não prevemos um tratamento de direito para a mãe, mesmo que ela seja destituída, a lei é clara, há o Artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que são medidas de proteção aplicáveis à criança, e o Artigo 129, que é aplicado à família. Eu jamais vi sentença que se aplica à criança e para a mãe também.

Judicializamos e culpabilizamos a questão toda, e não fazemos o enfrentamento diferenciado dessas questões. Como é que nós fomos mudando isso? Porque eu acho que falar do problema é fácil. Como é que temos que fazer ação de resistência? Como é que temos que fazer o confronto, o conflito e a possibilidade desses aspectos? O que utilizamos? Análise e estudo de casos e processos, visitas domiciliares constantes e aproximação das famílias com a equipe técnica; assistente social não trabalha comigo, atrás de mesa, 40% das horas de trabalho dele, por semana, e psicólogo idem, é um psicólogo institucional. Outro dia, o psicólogo quebrou a perna jogando bola com os moleques, falei: "Perfeito, um bom afastamento", porque é assim que nós vamos olhar e ver de que forma podemos interagir. Já chegou psicólogo com 3 metros de língua de fora, porque as meninas queriam ir ao parque e não podiam ir, porque não era a hora, não sei o quê, a psicóloga resolveu ir junto, foi uma caminhada de 3km para ir, 3km para voltar; é assim que se aproxima da criança, do adolescente, porque há uma questão da presença, do pertencimento e da afetividade que se constrói. Outros procedimentos técnicos são a aproximação das famílias, a conscientização das famílias quanto ao seu papel, atualização dos processos judiciais.

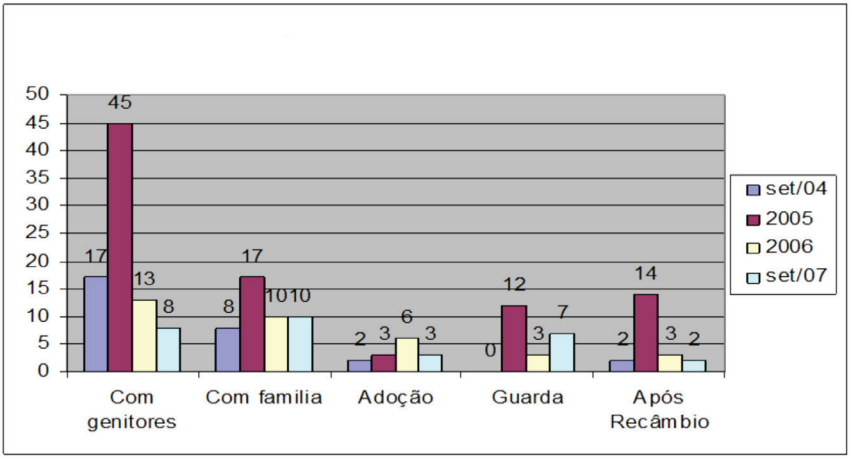
Outro problema que nós temos: nós achamos que, porque estamos com o menino, quem manda é o juiz; Judiciário é poder inerte, só funciona se provocado, o juiz não está lá para dar opinião sobre o que temos que fazer, está para decidir sobre o que apontamos, o que pro-

pomos; se nós não mudarmos esses eixos, nós estamos ainda vislumbrando o código de menores dentro dessa perspectiva. Quando eu cheguei ao Santa Terezinha, imaginem aquele volume de 260 casos — porque eram mais de 200 —, cada situação nova, um documento no cartório, o chefe do cartório pegou o promotor, pegou o juiz e bateu para a fiscalização comigo, bravo, "o senhor está fazendo tumulto processual", "o que é isso?" Não sabia. É que os processos estavam todos bonitinhos lá, saíam uma vez por ano, porque chegava o relatório, tudo copiado igual, mudava só o nome da criança, então ele saía, fazia o rito, e voltava, mais um ano lá dentro.

Eu peguei o estatuto, chamei o Direito da Criança e falei: "Promotor, o senhor vai ouvir o que o chefe do cartório está fazendo?" E ele respondeu: "Não, o senhor vai continuar fazendo isso, que continue o tumulto processual"; fomos tirando as crianças, vamos ver isso mais à frente. Também são procedimentos técnicos utilizados o contato com a equipe técnica judicial, com o Ministério Público, o juízo, o cartório e o Conselho Tutelar; hoje nós temos a defensoria pública também; sensibilização do Poder Judiciário — quando é que sentamos com o juiz para dizer qual é o nosso atendimento? Do que é que o menino precisa? Por isso, tentei montar um projeto de acolhimento familiar de pressupostos, entrei com uma equipe internacional na sala da juíza, ela olhou na minha cara e disse: "Eu sou contra", eu fiquei roxo, porque era uma audiência; pensei: "como é que agora eu vou fazer aqui? Ela é contra sem saber o que é", eu olhei para o meu amigo que estava na frente, falei: "Toca a reunião, porque eu não vou abrir a minha boca", eu vermelhei, juro, eu fiz oxigenação no cérebro, para pegar a jugular dela, aquele dia. Eu voltei ao normal, olhei para ela e disse: "Doutora, sabe que a senhora tem razão?", ela quase caiu da cadeira, "razão em quê?" "A senhora dá licença, leia isso, fala com não sei quem, veja isso, publicação não sei o quê, importância das redes, importância dessa questão", ela me faz uma ata, escreve a reunião e fala que este juízo precisa se aprofundar sobre o tema, eu falei: "Essa juíza é 10", montamos um belo projeto nessa questão, que nós estamos construindo.

Ter habilidade para sensibilizar o Poder Judiciário, eu digo a vocês que esse é um grande papel que nós temos, se nós acreditamos nesta questão de despatologizar os relacionamentos e nas questões colocadas. Mais procedimentos técnicos são aproximar a família ao Poder Judiciário, porque ela tem direito, dizer que ela não precisa ter medo de dizer o que ela tem, o que ela quer, que ela pode procurar; preparar a criança para o retorno; e conscientização da comunidade sobre esse processo, "vocês são responsáveis também", e de uma maneira organizada se dá conta de que isso pode ser feito. Consequentemente, o que vemos? Por meio desse processo de formação de vínculos familiares e das relações parentais, do acompanhamento e da movimentação sistemática dos processos, foi possível desencadear o elevado número de reinserções, com genitores, com família, para adoção, para guarda, e após recâmbio, foram para abrigos perto de suas residências.

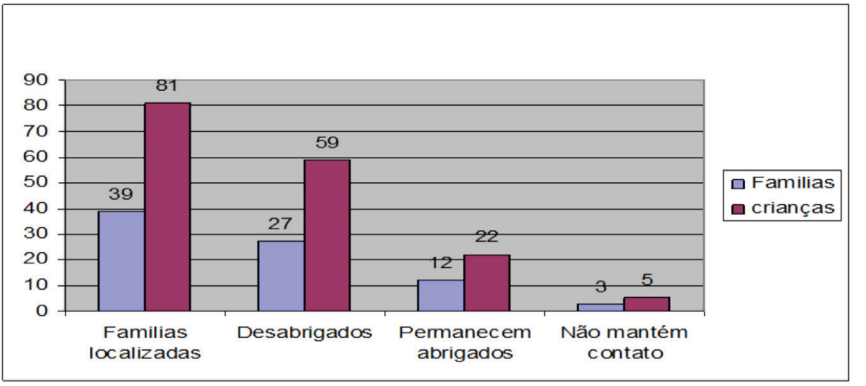
Recolocação familiar



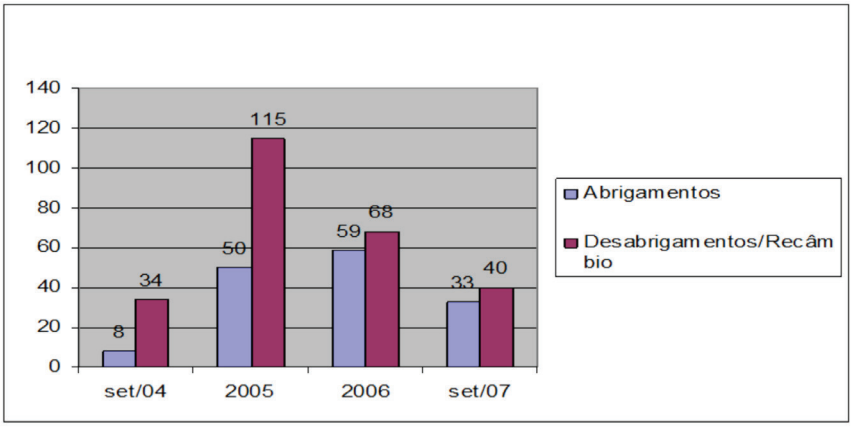
Famílias encontradas: no diagnóstico institucional, foram detectadas diversas crianças e adolescentes que não tinham nenhum contato familiar havia anos; com o estudo dos casos foi identificado que as famílias tinham sido apartadas ou separadas indiscriminadamente, os pais não sabiam do paradeiro dos seus filhos ou pensavam que haviam

sido adotados e, com isso, não houve convivência; foram localizadas famílias em diversas regiões do Estado e do país.

Famílias encontradas



Entradas e saídas



Eu gosto de contar o caso de três irmãos, que me comoveu: eu trabalhava na Febem e houve um movimento de fechamento da Febem e convênio, e eu encontro as crianças desse movimento, pela leitura do prontuário, no Santa Terezinha, e eram uma graça, aqueles moleques, tinham muita energia, mas eram muito legais. Eu falei: "Precisamos descobrir essa família", mas não havia informação, não havia informa-

ção de jeito nenhum; eles vieram da Zaki Narchi, que é um conjunto habitacional perto do Center Norte, em São Paulo, era uma favela, mas a favela foi retirada — descobrimos essa história —, os pais foram para um albergue e as crianças para um abrigo, e o fórum não deixou mais ter contato, porque eles se perderam, foram transferidos e não sei o que mais, então nós falamos: "Os pais moram aqui"; começamos a ir para o conjunto habitacional Cingapura, fazíamos "pente fino", sabe como a polícia faz operação "pente fino", quando está procurando bandido? Vai todo mundo para a rua, quando tem morto que desaparece. Fazíamos aquilo com a equipe técnica, todo mundo ia, até chegar ao final do Cingapura. Nada, um mês depois, nada, na terceira vez, alguém falou assim: "Olha, tem uma pessoa que vem aqui que mora na vila tal", nós fomos à vila tal, estava a avó lá, morrendo de medo de quem estava procurando. Descobrimos a mãe e o pai em um apartamento do Cingapura. Lá vai a equipe técnica, psicóloga, assistente social, parece uma festa isso. Nós tivemos uma experiência muito difícil, nós entramos no apartamento e, na mesa de centro estava a foto do menino mais velho pequenininho, na estante, a da menina, e a mãe sai do quarto adoecida psiquiatricamente por falta dos filhos, e nos traz a roupa do bebê que saiu da casa, que era o mais novinho, tivemos que sair para chorar, demos um tempo, "Voltamos já, nós vamos tomar uma água", aquelas coisas que técnico sabe fazer, e fomos desabar no choro, no meio da rua. Quer dizer, é um processo que precisamos querer. A Irene Rizzini, do Rio de Janeiro, traz algo que eu adoro: *"Nós precisamos acreditar na criança e no adolescente."* Eu, Nelson, não aprendi a acreditar em ninguém; um dia minha filha perguntou "Pai, como é que foi a sua infância na ditadura militar?" Eu amarelei, e eu falei: "Eu não vou te falar não, eu vou escrever para você", eu escrevi um texto para ela, porque eu não tive coragem nem de falar, foi terrível. "Cala a boca, moleque, quem manda sou eu", aprendi assim, era o meu pai, o professor, o padre, todo mundo fazia assim comigo, agora venho eu ser defensor do direito, eu preciso fazer um movimento diário para que isso ocorra, é exercício repetitivo todo esse processo.

Vamos falar disso, o que nós estamos fazendo naquele contexto? Criança indo embora. O lugar onde havia uma santa, onde os meninos tinham que ir para rezar — imaginem um menino pequeno e aquele negócio lá em cima —, foi ressignificado. Colocamos ilustrações de diversos modelos de família, famílias com avós, famílias com pai e mãe, família só com a mãe, família só com o pai, e trazendo possibilidades para o imaginário coletivo. Nós transformamos a mesa do refeitório, que era uma mesa comprida, onde todo mundo se sentava quietinho, o educador vinha, punha pão para todo mundo, a comida para todo mundo, "agora pode comer?", nós transformamos em uma mesa redonda, toda uma questão também pensada do processo espiralado que Pichon Rivière traz dentro do eco, esquema conceitual referencial operativo, para quem conhece; até hoje eles comem, eles conversam, eles brigam nessas mesas. Transformamos os espaços educativos, com a participação da comunidade, eles começaram a interagir; pensamos em duas pontas, os que iriam sair com 18 anos e os que estavam chegando, os bebês, dentro da perspectiva da política da primeira infância, da estimulação, do *Shantala*, e aí vai esse processo todo. Criamos alternativas de manifestação artística, para que eles pudessem decodificar e olhar. Criamos alternativas, preparando informação continuada à equipe técnica; uma das professoras do armazém cultural percebeu que as crianças se interessaram por casulos que se formavam do lado de fora do prédio, fez uma oficina do casulo; então ela, com o material reciclável, construía o processo do casulo, e fez um totem, em um galho no jardim, e foi colando esse processo, e no casulo, guardado dentro da sala, formou-se uma borboleta, a borboleta nasceu, os meninos deram o nome de Armazelinda, que era armazém cultural com Lindasi, que era professora, e ela fez um evento, chamou todos os meninos, juntou os dois períodos, ela deu um jeito, e colocou a borboleta ao lado do totem, porque ela iria soltar a Armazelinda, porque ela vive na natureza. Armazelinda saiu do cesto, veio um passarinho e pá, na frente dos meninos, foi choro e vela; eu estava na minha sala, longe, e fiquei sabendo, comecei a mandar condolências, porque nós estamos

na rede lá também, "condolências ao armazém". Ficou sério, o choro era de verdade, o negócio ficou complicado, tivemos que fazer reunião da equipe técnica, "gente, e agora? O que vamos fazer?" Os meninos queriam mandar o passarinho para a Febem, queriam mandar matar, tudo que eles viviam, que eles escutavam, eles queriam fazer. O que vamos fazer? Alguém teve a ideia, faz parte da cadeia alimentar, e começou a oficina da cadeia alimentar, a partir da Armazelinda. Nós temos que ter criatividade, nós temos que pensar, e Janus tinha muita razão dentro dessas perspectivas.

Isso foi percebido por um grupo de estudantes de serviço social, hoje eu tenho, trabalhando comigo, 25 estagiários de diversas formações, eles continuaram me mostrando que o meu mundo é pela janela, que não adianta eu olhar, e vem uma reflexão de que aquele conjunto arquitetônico não serve mais para criar, para cuidar de criança, no modelo do acolhimento de hoje, ele foi feito para o século passado, não para o nosso modelo das orientações metodológicas do acolhimento institucional. Os prédios são grandes, e as camas continuam do mesmo jeito, por mais que eu faça, a estrutura arquitetônica me impede em 50% de fazer uma proposta pedagógica, isso é fundamental que percebamos, e eu aprendi isso com um arquiteto. O padre queria fazer um puxadinho mais em cima, já era apertado, e o arquiteto foi lá e falou assim: "Eles adoram ficar no banheiro?" Falei: "Gostam, como você sabe?" "Porque cada banheiro tem 4m² e uma pessoa precisa de 2m² para ficar mais ou menos bem"; fiz um projeto em outro lugar, deu muito certo, não construí nada lá, e foi muito legal. Perspectiva: o que é que nós queremos para essas crianças?

Perspectiva técnica

Acolhimento Institucional	43	37,72%
Reintegração Familiar	31	27,19%
Guarda e Adoção	30	26,31%
Recâmbio	10	8,78%
TOTAL	**114**	100%

Em 2010, nós estávamos, lá no início, com 114 crianças, ou seja, nós previámos que 43 ficariam no acolhimento, 31 poderíamos reintegrar, 30 poderiam ir para guarda ou adoção, 10 recambiadas em todo o processo. Veja o que a judicialização me faz, já havia diminuído a quantidade de crianças, havia 10 a menos, mas, de 55 casos, eu consigo reinserir somente 11, 10% dessa questão toda, ou seja, judicialmente, continuamos fazendo permanência. Eu uso esse índice para fazer projetos, todo mundo pergunta "qual índice de inserção familiar?" Se for de 80%, 90%, projeto furado, é para enganar quem está pagando para você, não funciona, não é prático, isso não existe.

Audiência concentrada

DATA	PROCESSOS		FAMÍLIAS		CRIADS		REINTEGRAÇÃO FAMILIAR		
27/08/2010	16	29,10%	16	29,09%	28	26,92%	5	9,09%	4,80%
27/09/2010	20	36,36%	9	16,36%	31	29,81%	0	0%	0%
14/10/2010	19	34,54%	11	20%	45	43,27%	6	10,90%	5,76%
TOTAL	55	100,00%	36	65,45%	104	100,00%	11	19,99%	10,56%
			19	34,55%				CASO	CRIADS
				100,00%					

Sentenças judiciais

Ação de alimentos	1
Autos conclusos (adoção)	2
Benefício LOAS	1
Bolsa aluguel	1
Bolsa aprendiz	6
Bolsa família	2
CEJAI	3
Cesta básica	2
Contestação/audiência	2
CT - acompanhamento	6
Escola integral	1
Fonoaudiólogo	1
Geladeira	1
Internação genitora - álcool	1
Investigação criminal - genitor	1
Investigação paternidade	3
Medicamento alto custo	1
MP-ajuizamento DPF	5
Planejamento familiar	2
Providência com escola	1
PSC	1
Reavaliação (30, 60, 90 dias)	5
Tratamento (psic, álcool e droga)	15
Vaga em creche	2
Visitas à criança	2
TOTAL	**68**

No nosso tema, eu peguei de sentenças judiciais, quais foram as ordens dadas para a rede, e frisei o acompanhamento do Conselho Tutelar, que tinha a ver também com questões de alcoolismo e drogas; fonoaudiologia; internação da genitora por causa de álcool; medicamento de alto custo; e tratamento psicológico, álcool e drogas, que foram 15, o pico de problema que temos, precisamos pensar isso. Toda audiência concentrada, eu pego todas as sentenças, tabulo e faço gráficos, eles ficam doidos da vida comigo, e depois eu mando os relatórios com os gráficos. Assistentes sociais, façam isso, não vendam peixe barato, defendam as crianças, simples, uma dica para vocês. O nosso primeiro desafio, na história dessa instituição, eu percebi por uma análise de fotos, em 1956, eu encontrei uma festa de Natal dentro do prédio, eles tinham vários departamentos, e, em 1957, um de-

partamento, no Gopoúva, um bairro de Guarulhos, na comunidade, houve uma festa no Sanatório de Gopoúva, comparei as duas fotos; as crianças, em Carapucuíba, estão sentadas em fileiras, comportadas, e em Gopoúva, as crianças estão em volta de uma mesa, algumas em pé e outras sentadas, mais espontâneas. Por que essa instituição não se liga que há um movimento de desinstitucionalização, que ela tem que apoiar um movimento comunitário, que tem que fazer parte, que essa rede funciona? Esse é um aspecto importante para olharmos. O outro desafio, que é uma questão constitucional, é o reordenamento institucional, que constitui um novo paradigma da política social, que deve ser incorporado por toda a rede de atendimento do país. Reordenar o atendimento significa reorientar as redes pública e privada, que historicamente praticaram regime de abrigamento, para se alinharem à mudança de paradigma proposto. Esse novo paradigma elege a família como a unidade básica da ação social e não mais concebe a criança e o adolescente isolados de seu contexto familiar e comunitário. Consequentemente, o último desafio é a desideologização, se nós continuarmos acreditando que os filhos do governo são responsabilidade do Estado e não da comunidade, não operamos com o Artigo 98, que coloca que a medida de proteção é aplicada por ação ou omissão, primeiro, da sociedade ou do Estado, segundo, dos pais ou responsáveis — não se aplica aos responsáveis de acolhimento institucional, e se se aplica, é pouco —, ou em razão de sua conduta proposta. Se nós não fizermos uma releitura desse processo de acolhimento e de apartação das crianças, e do prejuízo a que isso leva, nós continuamos patologizando, porque uma questão vai levar a outra, e as pessoas, que estarão na comunidade, estarão convivendo com isso e repetindo, repetindo, repetindo. Estes fóruns são lugares próprios para que possamos fazer essa discussão, e realmente em um esforço coletivo, mas de um empenho intelectual, no sentido de que nós temos que usar a cabeça, concordo que não precisa ter título, mas nós precisamos ter formação, nós precisamos discutir, nós precisamos mobilizar uma atenção coletiva de ordenamento dessas crianças. Muito obrigado.

A ESCOLA COMO ESPAÇO POSSÍVEL DE RECONHECIMENTO DE NOSSA HUMANIDADE

CARLA BIANCHA ANGELUCCI – Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo, mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo e doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora no Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP).

EU FUI educadora social em 1998, em Diadema, em uma casa-abrigo com 12 adolescentes, no máximo, e, quando eu cheguei, eu fazia o plantão noturno, trabalhávamos 12 horas, e descansávamos 36. Eu sempre fazia o plantão noturno com os adolescentes que eram vítimas de violência doméstica, e esse era o primeiro dos horrores com que tínhamos de lidar, porque eram adolescentes que haviam sofrido violência doméstica e haviam sido retirados de suas famílias, porque o agressor continuava, e ninguém trabalhava com o agressor. Então, a primeira coisa que aqueles adolescentes aprendiam sobre a violência que tinham vivido era que quem apanha sai de casa, mais do que isso, eles aprendiam que tinham alguma culpa nessa história, porque, afinal, eram eles que haviam saído de casa. E quando eu cheguei ao abrigo para trabalhar — fui juntando essas coisas, com base na fala do Nelson Aldá —, eu chegava às 19h00 e saía às 7h00 da manhã, a única diversão que aquela molecada, rapazes e moças de 12 a 18 anos, tinha à noite era a televisão ou a ida para o pronto-socorro, porque o único jeito de sair da casa à noite era ficando doente; então, no início, eu me cansava, eu não aguentava pedir o carro da polícia para ir até o pronto-socorro, mais alguém doente, até que eu pude entender que era a única forma de sair da casa, passeando no pronto-socorro. Dos 12, pelo menos dois por noite tinham alguma coisa, e poder entender isso ajudou a construir outros

passeios que não o do pronto-socorro, que era bastante limitado, como vocês podem imaginar.

Depois disso, fomos para a praça, fomos assistir ao ensaio da escola de samba, fazíamos jantares, eram apenas 12 adolescentes, dava para trabalhar bem, nos limites impostos pela instituição. Também fiquei muito emocionada ouvindo a fala do Nelson Aldá, porque foi o único trabalho, em toda a minha vida, que eu não aguentei, eu deixei de ser educadora social depois de um ano e meio, porque eu não suportava coadunar com aquela violência de ver uma lógica operada pelo Judiciário, que era: "deixamos o adolescente esperando até que a família perceba o mal que fez, e naturalmente, sem ninguém trabalhar para isso, a família queira e reclame de novo o adolescente", e nisso rompiam-se laços, anos se passavam, 18 anos se faziam, e nós lá, produzindo o que era possível naquele tempo. Foi o único trabalho que eu deixei, porque eu falei: "Eu não dou conta, eu não dou conta". Então, foi bom assistir a possibilidades acontecendo, e não só a repetição e reiteração das impossibilidades, e, com isso, eu quero dizer quanto é importante a temática deste Fórum, que é pensar as táticas de acolhimento, as táticas de suporte, as táticas de promoção do humano entre nós e em nós.

Todo mundo, quando me acompanha, sabe que eu vou falar do direito à educação, e eu escolhi um aspecto do desafio do direito à educação para compartilhar com vocês, nessa linha de pensar as táticas e as possibilidades entre nós. Vou discutir isso baseada em um autor, especificamente, que é um psicanalista inglês chamado Donald Winnicott, é com ele que eu vou me fazer acompanhar nessas narrativas. Queria começar lembrando um aspecto, Donald Winnicott tem uma concepção de doença e de necessidade de cuidado, ou de saúde mental, muito específica. Ele trabalha o conceito de saúde e o parâmetro de decisão se uma pessoa precisa de atendimento ou não na saúde mental em um livro que se chama *Holding e interpretação* — não é à toa que eu busquei esse texto, que se chama "Holding", quando estamos nós discutindo aqui acolhimento, suporte e sustentação. E Winnicott é um psicanalista que decidiu trabalhar em ambulatório, ele não trabalhava com crianças internadas, era um pediatra, psicana-

lista e não trabalhava com crianças internadas, e ele vai explicar por quê, e é com isso que eu quero começar.

Ele dizia assim: "Se eu tiver que trabalhar com a internação, vou ter que dessensibilizar, eu vou ter que perder algo do humano em mim, e eu não quero, eu não aguento fazer isso, e por isso vou trabalhar no ambulatório com as consultas." Então, peço que vocês fiquem com essa ideia de quanto trabalhar com essas situações muito radicais, como a da internação, pede um índice de desumanização em nós. Quero lembrar também que ele era um sujeito que prezava a cultura acima dos trabalhos de intervenção terapêutica, fosse na Medicina ou em outra área; ele entendia que é a oferta cultural que pode receber um sujeito humano e dar suporte para o seu desenvolvimento, e nós, profissionais, entramos em um processo em que colocamos a cultura mais a serviço das crianças e dos adolescentes; então, para ele, a ideia de que o mundo, o ambiente e a cultura que ofertam processos de desenvolvimento é central, e o nosso papel é facilitar esse processo; quero dizer, com isso, então, que ele acha que o mundo é mais potente que a ação individual de qualquer profissional, o mundo é mais potente.

Vem, então, a sua interpretação pessoal sobre o que é a ideia de saúde mental, e o parâmetro, então, para decidirmos sobre a necessidade ou não de cuidados no campo da saúde mental, e esse trechinho eu vou ler, é pequeno. Outra coisa que eu preciso contar, para quem não o conhece, Winnicott valorizava um falar coloquial, ele entendia que temos que conversar com as pessoas de modo que elas entendam, vejam que incrível isso; então, seja com familiares, seja com outros colegas, ele sempre vai buscar um ato comunicacional que seja plausível, inteligível para todas as pessoas, e não só para os eruditos. Ele dizia assim: "Se uma pessoa vem falar com vocês, e ao ouvi-la, você sente que ela o está entediando, então ela está doente e precisa de tratamento psiquiátrico, mas, se ela mantém o seu interesse — do profissional —, independentemente da gravidade de seu conflito e de seu sofrimento, então você pode ajudá-la.

Ele diferencia, então, tédio de sofrimento, isso por quê? "O paciente que nos oferece uma narrativa" — continua dizendo ele —

"que é entediante, não está permitindo que a linguagem e a metáfora elaborem ou modifiquem a sua experiência, ele cria um espaço de comunicação em que ambos — ele, o paciente, e o profissional que o atende — ficam paralisados pela técnica da narrativa, assim como pela monotonia e pela repetição de conteúdo". Então, a decisão pelo atendimento não tem a ver com o nível de sofrimento pelo qual a pessoa passa, mas com a possibilidade de criar processos comunicativos, com a possibilidade criativa de lidar com o seu sofrimento, esse é que é o parâmetro. Bom, por que eu estou falando isso? O que tem a ver essa história com tudo isso? Como vocês podem notar, há alguns pressupostos nessa afirmação de Winnicott, e vou me arriscar a dizer o que entendo como o principal. O principal é a liberdade e o interesse das pessoas que nos procuram, a liberdade para permitir o encontro humano, temos que criar situações de encontro, e, para isso, precisamos ser livres e sair dos limites quadrados de uma técnica, de uma sala, de uma instituição, e também temos que garantir interesse, que possamos ter interesse para permitir que uma narrativa se construa; isso pede paciência, pede interesse pelo outro, pede vontade de ouvir histórias.

Esse é o fio que eu quero utilizar para pensar a relação profissional/usuário de qualquer atendimento em saúde, e quero emprestar a concepção de Winnicott, na verdade, para subvertê-la, honrando o jeito dele de pensar. A última coisa que Winnicott queira era que houvesse winnicottianos no universo, ele fez um grande esforço para que o kleinianos deixassem de existir, não porque não gostava de Melanie Klein, outra psicanalista da Inglaterra, mas porque as pessoas não têm que ser "anas", kleinianas, winnicottanas, angeluccianas, elas têm que ser elas; isso é valorizar a singularidade. Então, eu vou levar a sério o que ele falou, que não devemos ser o que o outro diz que é bom, e vou procurar subverter essa afirmação dele sobre o tédio, as narrativas entediantes. Porque a minha pergunta é a seguinte, quem é que entedia na atualidade? Quem é que nos deixa entediados? A minha impressão é que é o discurso científico que entedia, não são as pessoas que nós atendemos, é o discurso científico que entedia

as pessoas, a nós, profissionais, muitas vezes, mesmo repetindo esse discurso, e também aos usuários dos nossos atendimentos. Então, entediante, porque não cria comunicação, está bem? É por isso que é entediante, não é porque é chato, bobo e feio e nem porque é muito sofrido; é porque não permite comunicação. E se não é permitida uma abordagem criativa do sofrimento humano, para que tem servido esse discurso científico? A serviço de que ele está? Porque ele não está reconhecendo e sustentando a humanidade em nós, ele reifica profissionais e pessoas atendidas — quero pedir atenção a esses dois aspectos —, ele reifica as pessoas atendidas, isso estamos mais acostumados a pensar, porque não ouvimos as pessoas, não entendemos o sofrimento delas, não reconhecemos uma história ali, e as tratamos como objetos. Mas o importante do processo ideológico é que não existe uma relação entre os sujeitos quando o outro está sendo tratado como objeto. Eu também me objetifico como profissional, porque, ao deixar de ouvir, eu também me reifico, eu já faço o meu trabalho de maneira reificada, coisificada. Deixamos de ouvir as pessoas, mas deixamos de nos perceber como sujeitos, deixamos de perceber que podemos nos interessar ou não, que podemos dar outra mirada para aquela situação, que podemos inventar um novo meio de intervir, que podemos ser sujeitos do trabalho e no trabalho, qualquer que seja. Então, quando a técnica reifica a relação, ela está reificando, coisificando, a pessoa atendida e o profissional; não podemos esquecer isso, porque senão fica parecendo que o profissional continua sendo sujeito quando ele domina o outro, mas quando eu domino o outro, eu passo a ser coisa também, porque eu sou mera reprodutora de um conjunto de coisas que eu tenho que fazer, e, portanto, eu deixo de pensar sobre o assunto.

Então, se vocês me acompanham nessa história de que o entediante é o discurso científico, que reifica a nós todos, nós também temos outra mirada para isso, que é a de que juntos podemos construir uma saída, ou seja, o profissional e a pessoa atendida podem deixar de se ver como pares de oposição, como um contra o outro, "ele é que não quer", "eu queria tanto o bem dele, ele é que não faz", "ele não adere

ao tratamento", nos colocamos em oposição aos usuários dos nossos atendimentos, e quando percebemos que o processo de reificação nos coloca no mesmo lugar, como impedidos de ser gente, então podemos constituir uma solidariedade em que as duas pessoas criam a saída e não são mais vistas como oponentes em uma disputa sobre o que é o bem para você, porque o que é o bem para o outro, todo mundo sabe, só não sabe qual é o seu próprio bem.

Com essa situação de sermos entediantes, nós também ficamos ressentidos com as pessoas que conseguem ser francas, que têm alguma percepção da realidade, são honestas e nos dizem: "A vida lá fora é mais bacana, é por isso que eu não faço o tratamento que você está me pedindo", "eu não sou aderente a sua solicitação, doutora". Ficamos bravos, isso é que é o incrível, porque, ressentidos e bravos, falamos assim: "Olha que absurdo, como é que eu vou concorrer com a vida lá fora?" E não percebemos a própria afirmação que fizemos; por que achamos que precisamos concorrer com a vida lá fora? Porque, de alguma forma, estamos nos conformando com a ideia de que o nosso atendimento é chato, a nossa escola é chata, a nossa vida é chata; "se eu também estou deixando a vida lá fora para atender você, ai que droga, você também tem que fazer o seu esforço, a sua parte, de se deixar dominar e não gostar da vida lá fora neste momento".

Bom, então, se pudermos nos ouvir e ouvir essa afirmação de "ai, que absurdo, ele acha a vida lá fora mais interessante", podemos nos perguntar por que precisamos competir com a rua, com o mundo? Aqui entram essas táticas de sustentação do humano em nós — vejam que o título da mesa fala "em nós", nós todos—, porque desumanizar o outro, de novo, é desumanizar a si mesmo, não há encontro humano se o outro é uma coisa, certo? E é isso que adoece, é a inexistência do encontro que adoece. Nós vivemos uma greve de 116 dias nas universidades paulistas, e veio uma professora da Universidade do Porto contar como estava sendo a deterioração das universidades na Europa, e ela dizia o seguinte: "Nós somos os agentes da nossa própria destruição, nós somos os agentes da nossa própria destruição." Bom, como isso nos ajuda a pensar? Nós nos

destruímos quando reduzimos o outro a um pedaço de carne, a um amontoado de órgãos, a um circuito bioquímico, ao trauma materno; nós nos destruímos. Nós também nos destruímos quando tomamos os nossos pares como oponentes; nós também nos destruímos quando não nos organizamos para, em conjunto, fazer reivindicações, e tomamos tudo como uma questão que pode ser tratada no âmbito do indivíduo; nós nos destruímos. Eu sou filha desse tempo, e reconheço que 16 de outubro não é qualquer data no Brasil, 16 de outubro de 2014, estamos às vésperas das eleições, e eu quero dizer, sim, que nós nos destruímos quando elegemos representantes que coadunam com a pena de morte; nós nos destruímos quando elegemos representantes que coadunam com a redução da maior idade penal; isso é nos destruirmos, sim. Nós nos destruímos quando elegemos uma bancada de parlamentares que entende que existem pessoas inferiores, porque amam de outro jeito, ou fazem sexo de outro jeito; nós nos destruímos. E nós nos destruímos quando elegemos pessoas que acham que só há uma forma de se relacionar com um transcendente; e nós nos destruímos também quando elegemos pessoas que diminuem pessoas, que diminuem os outros por pertencimento de classe, por questões etnorraciais, ou porque são nordestinas — tenho colegas aqui do Nordeste e sei que falo em nome delas. Nós nos destruímos quando de alguma forma aceitamos que pares nossos sejam reduzidos a coisas; esse é o resumo da história.

Eu vou falar mais um pouco de destruição, está bem? Eu gosto muito de Walter Benjamin, e ele fala da destruição como um projeto de sociedade que está em curso e que precisamos romper, e é por isso que eu estou falando primeiro da destruição para depois poder falar das táticas de sustentação. Bom, nos destruímos quando, em uma sala de aula, chamamos um adolescente de burro, nós chamamos os adolescentes de burros, porque eles não sabem a matemática específica que nós estamos ordenando naquele momento, e nos destruímos também quando enviamos esse menino, esse André, menino não, rapaz, de 18 anos, quando o enviamos para profissionais da saúde para fazerem um diagnóstico, não é para conhecerem o André, não é

para tentarem entender o que está se passando, é para diagnosticarem; o encaminhamento da escola vem, é "envia o André para diagnóstico", não tem uma pergunta, tem uma resposta adiantada, já se falou bastante disso neste Fórum.

Bom, pior ainda, nos destruímos quando, como profissionais de saúde, atendemos essa demanda e fazemos o diagnóstico. Sensacional, parabéns para todos nós. Então, matriculamos esse rapaz em uma escola especial privada, vocês podem falar, "mas escola especial, Biancha, em 2014?" Escola especial privada, R$ 2.500,00 por mês, bem paga, e matriculamos esse rapaz para que ele não aprenda a matemática e não aprenda a ler e escrever, porque ele tem que ser tratado na sua especificidade. Sabem qual é a especificidade dele? A de ser um sujeito "não aprendente", porque essa é a marca que se institui sobre ele, e pagamos uma escola de R$ 2.500,00 por mês para o nosso filho, porque temos a crença de que a escola tem um saber sobre ele que nós não temos, e nos matamos para pagar R$ 2.500,00 por mês, para que ele não se escolarize; aos 18 anos de idade, ele está no 8º ano do ensino fundamental II, se formos pensar aquilo que é o costumeiro no Brasil, 8º ano, quantos anos de idade tem a molecada do 8º ano? Treze. É muito legal, você ter 18 anos e conviver com pessoas de treze anos, cinco horas por dia, mais de 200 dias letivos por ano; é muito enriquecedor para sua experiência, não é?

Na escola especial, eles vão dar as atividades compatíveis com o nível mental do André, que é um nível mental de quem não aprende, segundo o discurso científico, e para o nível mental de quem não aprende, nós já sabemos quais são as atividades a serem feitas. Então, ele faz muita arte — outro desprezo, pelo campo de conhecimento que é a arte —, ele faz muita arte, e o que é fazer muita arte? Dão papel, dão tinta, tudo que ele precisa de material; mas ele estuda arte? Ele estuda história da arte? Ele pensa o movimento artístico como um novo movimento de expressão? "Não, ele se expressa", é muito lindo, essa coisa, sabe, do eu, bem íntimo da minha pessoa, de si mesmo.

O André chega para mim aos 18 anos de idade, tendo passado por isso, porque a pergunta é "ele está com 18 anos de idade, Biancha, o

que fazemos com ele?" Eu conheço o André, o básico que fazemos, quando temos vontade de estar com alguém. Quem é o André? Qual é a história dele, como é que ele conta sua própria história? O que ele sabe? Que hipótese ele faz sobre a sua própria história? E eu quis pensar com o André e a sua família sobre o que fazer, em vez de escrever um laudo dizendo "que se faça", "cumpra-se", conhecem isso? É o seguinte: o André me conta que ele foi chamado de burro, e a professora falava assim: "Gente, vão fazendo, que vocês sabem como é que é. O André é burro"; essa é a experiência dele, eu não tenho o relato gravado da professora, mas foi assim que o André ouviu, que não é qualquer coisa. "Vamos fazendo assim que... O André é burro, eu faço outra coisa com ele."

Outra coisa que o André me conta, "Biancha, eu tenho dislexia, eu tenho TDAH, e é por isso que eu não aprendi a ler e a escrever, e eu não gosto de ficar muito parado". "É mesmo? Que coisa!", como já disseram aqui, a questão não é dar uma aula sobre por que eu acho que a dislexia não tem parâmetros científicos e tal. "É mesmo? Me conta, me conta da sua vida, me conta do que você gosta de fazer, não vamos ficar falando do que você não gosta de fazer, André", e ele me conta que é vice-campeão paulista de um esporte, pensei "puxa, ele não tem concentração para ser vice-campeão", e de um esporte que pede coordenação visomotora, concentração, porque é um esporte que você faz à distância do objeto, pede temporalidade, pede organização, pede persistência, pede noção de contagem, pede registro, algum registro ele faz, mas ele não sabe ler, não sabe escrever e não sabe contar, e ele é burro, disléxico e tem TDAH, ele só não é bonito, o resto ele é.

Ele me conta que é vice-campeão paulista desse esporte, me conta que tem frequentado, no último ano, as aulas que a irmã mais velha dele faz, porque a irmã mais velha é artista de teatro, é atriz, e ela começou a puxá-lo para as aulas de teatro, não para fazer as aulas, só para ele ir junto; ele começa a ir junto, começa a assistir às peças, começa a ajudar a sua irmã a decorar as suas falas, conversa com o homem da iluminação, começa a descobrir que tem interesse em pensar na iluminação da peça, começa a ajudar na iluminação da peça, mas

ele não sabe ler, não sabe escrever, não sabe contar, ele é burro, ele não tem atenção, e tem a dislexia.

Nós vamos conversando sobre essas coisas, um dia eu peço para ele ler para mim, "eu preciso conhecer como é que você lê, me falam que você não sabe, como é que é?" Ele lê silabado, *ele lê si la ba do assim, en tão fi ca di fí cil cri ar uma in ter pre ta ção*, dá para entender o que acontece. E começamos a pesquisar quais são as possibilidades de um rapaz de 18 anos, diante do seu futuro escolar, eu empolgadíssima, menina empolgada, falo "não, todos pela educação, vamos lá. Educação é direito fundamental. Dezoito anos, como assim, vai sair da escola? Imagina, está no 8º ano, tem que ir até o ensino médio", militante. Tive que deixar, tive que me perceber do meu ideário, tive que me perceber na minha ideologia, para entender o que ele queria, e para que ele pudesse fazer escolhas autônomas, porque a minha vontade era que ele se escolarizasse, eu não sei qual é a vontade dele, ele já tem 18 anos, não tem 4.

Bom, vou lá e levo todas as escolas técnicas — fiz uma pesquisa enlouquecida —, com todos os tipos de formação que elas dão na cidade de São Paulo. Fiz também o levantamento de todas as escolas da região dele que ofereciam uma suplência de ensino, pois ele poderia fazer suplência pela idade, fiz também um levantamento sobre cursos técnicos que não fossem equivalentes ao ensino fundamental II, mas ao ensino médio, cursos que ele pudesse fazer em relação a teatro, iluminação, fiz, levei para ele uma pasta colorida, com etiquetinhas, com meu modo de ser, pequena obsessiva, meu modo de ser não tem nada a ver com o André. Eu ofereço isso para ele, dou a pastinha, "ah, obrigado, depois, em casa, eu leio", "ah, está bem, então está bom. Mas você não quer ler, não quer abrir para lermos juntos e ver para onde você pode ir?" "Não, depois, em casa, eu vejo. "Eu queria conversar de outra coisa", "ah, está bem, então está bem, vamos conversar de outra coisa. Sobre o que você quer conversar?" E ele vai falando da vida dele, dos amigos dele, de quando ele vai com a irmã, ele quer falar da vida dele, daquilo que opera a vida nele, é disso que ele quer falar, porque a pastinha opera a morte nele. Bom, pela primeira vez na

minha vida, eu me vi produzindo um caminho que permitisse a alguém sair o mais rapidamente da escola; eu nunca me imaginei fazendo isso, porque isso era contra o que eu defendo, e eu tive que perguntar: o que eu defendo? Para entender que o que eu defendo é a possibilidade de humanização do André, e se aos 18 anos, depois de ter ouvido um sórdido detalhe do que foi a experiência escolar dele — vocês podem imaginar que muito mais do que isso acontece, não vou contar, porque eu acho que temos que respeitar também o sofrimento das pessoas —, eu me vi produzindo a saída escolar dele o mais rápido possível, com ele. Eu tive que suportar esse paradoxo, defender que a possibilidade de o André encontrar a morada neste mundo era defender a sua saída o mais rapidamente da escola. Sustentar a humanidade em contextos em que o insuportável predomina, construído cotidianamente pelo nosso processo de desumanização, essa é a resistência necessária.

Volto então, a título de encerramento, à escolha de Winnicott a que me referi no início da minha apresentação. Ao enunciar que certas formas de vida e de atenção implicam desumanizar-se para ser eficiente — aquela história, quando ele decide não atender crianças internadas —, então enunciar essas formas como desumanizantes, porque para ser eficiente tem que desumanizar, Winnicott também nos revela um impasse, que implica uma possibilidade de transformação. Não é possível deixar de lidar com as situações desumanizantes, não dá para falarmos que a criança internada está lá, eu não quero me desumanizar, então que a criança fique lá; não dá para tomarmos essa decisão socialmente, podemos tomar individualmente, como ele a tomou, mas socialmente não dá para falar "então tudo bem".

É preciso, então, construir táticas de produção e sustentação do humano em nós, inclusive nesses contextos, até porque eles são contextos predominantes na nossa sociedade — pensem, eu sou psicóloga, tenho 300 mil exemplos disso. Lembro, toda vez, dos meus colegas que trabalham no sistema prisional, se forem escolher trabalhar em um contexto que não é desumanizante, os sujeitos apenados ficam lá, para nós nos mantermos humanos, assim é com as crianças que estão na Fundação Casa, assim é com as pessoas que são hospitalizadas, as-

sim é com as pessoas que estão institucionalizadas; então, precisamos radicalizar, abrir mão da eficiência, da eficácia, da produtividade, precisamos abrir mão disso nesses contextos, para podermos nos manter humanos, e abrir mão do compromisso imediato com a produção de resultados. Precisamos topar, precisamos suportar não pagar os carnês do baú em dia, não ser um bom trabalhador, operário-padrão, precisamos suportar esse lugar de não ser o bom trabalhador, a boa trabalhadora, precisamos deixar de ser legalistas e precisamos abrir mão do pragmatismo, é preciso suportar o que há de mais insuportável em nossos tempos, precisamos suportar sair de nós, perder-nos, encontrar o outro, demorar-nos no outro e, coletivamente, produzir saídas singulares. É nesse processo que nós produzimos caminhos próprios de subjetivação, em companhia uns dos outros, com base na cultura, mas processos próprios, singulares, e, portanto, não estou aqui trabalhando com uma oposição entre singular e coletivo, a singularização se dá no conjunto social, com base na cultura. É para isso que um atendimento de saúde deve servir, para esse processo de subjetivação no conjunto social, baseado na cultura. Do contrário, finalizo aqui, meus caros, minha caras, é melhor a pessoa procurar um amigo, daqueles amigos que a amam e que querem escutá-la, em vez de um profissional de saúde. Obrigada.

DEBATE – TÁTICAS DE PRODUÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO HUMANO EM NÓS: POR UMA REDE DE CUIDADOS DESPATOLOGIZANTES

RODRIGO – Eu sou estudante da graduação de licenciatura em Matemática da Universidade de São Paulo, e a minha pergunta é a seguinte: Como criar uma rede despatologizante, se os professores — e os professores que eu estou citando são de ensino fundamental II e médio, que são dos quais eu tenho mais conhecimento — passam o maior tempo com as crianças e com os adolescentes, e não têm,

na formação, técnicas pedagógicas suficientes para lidar com os diferentes comportamentos dos alunos? Acabam sendo esses professores que indicam psicólogos, médicos e outros profissionais para os pais. Então, esses profissionais acabam sendo a porta de entrada da medicalização das crianças, mas na formação deles não há nada que os previna de fazer isso; então, como lidar com essa parte?

ALVARO DÍAZ – Como vocês pensam que se pode reverter o efeito da tela fluorescente, acima de tudo na televisão, com seu efeito patologizante? Se vocês tiram números — eu já os retirei —, inclusive com estatísticas, no meu país, Uruguai, a criança passa 5 mil horas na escola durante 6 anos. Façam as contas. Em frente ao televisor, passam 11 mil horas, das quais uma porcentagem, que não me lembro com precisão, é exclusivamente propaganda, inclusive propagandas destinadas às crianças, muitas delas, não somente induzindo patologizações no sentido da mitologia da uniformidade, se não patologia biológica, no sentido de produtos tóxicos e consumo exagerado de calorias. Como vocês pensam que se pode, de alguma maneira, reverter esse efeito?

CARLA BIANCHA ANGELUCCI – Queria apontar dois aspectos, em relação a isso que trouxeram aqui: o primeiro, eu queria sugerir a leitura de um sociólogo da educação chamado José Mário Pires Azanha, falecido há alguns anos, ele dizia o seguinte: "A tecnologia vem da tecnologia, não vem da discussão teórica." Ou seja, formas de lidar em sala de aula, em outros contextos educacionais, que possam ser transformadoras vêm da nossa prática, não vêm da leitura teórica. A leitura teórica nos possibilita pensar sobre a prática, mas ela não nos oferta novas tecnologias; as novas tecnologias, os novos jeitos de fazer vêm da experiência, e essa experiência é necessária, experiência refletida, com base na teoria, sem dúvida, mas precisamos experimentar para criar novas tecnologias, ou seja, não é aqui, sentados, que vamos pensar um novo jeito para aplicar em outro contexto, mas é aqui, pensando sobre o que fazemos e indo para a experiência, que podemos

construir novas tecnologias. Com isso, estou querendo dizer o seguinte: no processo de formação, precisamos quebrar a dicotomia entre o momento de ler o texto e o momento de fazer o estágio, e o momento do estágio é aquele depois que você leu os 30 mil textos e já os esqueceu, porque os leu de maneira instrumental, muitas vezes. Na formação, precisamos criar contextos de atuação desde o início, e esse é um desafio para qualquer formação, de professores, de profissionais de saúde, do Judiciário, de artistas, talvez os artistas tenham a nos ensinar mais sobre isso, a sua formação traz mais o aspecto referencial, junto do aspecto teórico. Então, finalizo aqui, estou querendo dizer que os professores não têm, porque ninguém tem, essa reflexividade sobre o que fazer com uma criança com este ou aquele comportamento, porque os professores hoje — eu sou professora universitária e tantas outras pessoas aqui fazem esse trabalho de formação — não vão à sala de aula só explicando o que é esse processo, mas garantem que novos fazeres aconteçam. É preciso que possamos também, em conjunto, criar esses outros fazeres, ou seja, precisamos juntos colocar a mão na massa. E, penso eu, que isso significa que é necessário existir um movimento de mobilização de profissionais e de estudantes para repensar o projeto formativo, porque o projeto formativo dicotomiza experiência e teoria, dicotomiza a formação teórica de uma concepção ideológica sobre quem são os usuários dos nossos serviços, aprendemos só nas entrelinhas que as pessoas pobres não merecem a formação que nós temos, mas aprendemos isso nas entrelinhas; então, essa ruptura, que é o desvelamento dessa ideologia, precisa existir, senão não avançamos na prática, porque a questão não é só com relação aos diferentes comportamentos, mas também aos comportamentos das crianças pobres e negras que nos incomodam. Vá até o final da linha, porque você sempre encontra, é o comportamento da criança negra e pobre que incomoda. Então, é esse desvelamento ideológico que precisa existir. Só uma pergunta, Alvaro, quantas mil horas você mencionou?

ALVARO DÍAZ – São 5 mil horas de escola, 11 mil de televisão, das quais quase 20%, 25% são propagandas dirigidas às crianças, o que significa

que quase a metade do tempo que uma criança está na escola recebe propaganda, sofisticadas formas de *marketing* que influenciam dramaticamente sua formação, desde as crianças pequenas.

CARLA BIANCHA ANGELUCCI – Não, eu tive que pegar a calculadora para ver quanto isso representaria em dias. Me parece então, que uma criança que fica 5 mil horas na escola, 11 mil horas na frente da televisão, fica um tempo equivalente sendo cuidada por profissionais da mídia, por publicitários; essa criança não tem contato com outras pessoas, contato de troca com outras pessoas.

VICTOR PENCHASZADEH – Qual é a pergunta que existe sobre esse tema?

ALVARO DÍAZ – A pergunta que faço é: Como vocês pensam que se pode reverter esse fenômeno, que se pode evitar esse fenômeno, que se pode corrigi-lo? Porque de alguma maneira há um efeito entre as comidas tóxicas — eu não trago aqui, mas há estudos que mostram que quanto mais horas de televisão de uma criança, maior a pressão arterial da criança, quanto mais horas de televisão de uma criança, mais obesidade da criança. No nosso país, nesse momento, a quantidade de obesidade infantil está entre uns 6% ou 8%, não me lembro com precisão, mas é mais de 6%, com certeza, e menos de 8%, está por aí. Esse número não era assim há 20 anos.

DANIEL BECKER – Eu creio que esse é um dos temas mais fundamentais para a infância hoje, a questão da exposição à televisão. Você está tocando em um ponto muito crucial na vida da criança, é uma das questões que eu mais tento abordar, quando escrevo ou quando falo com famílias, a toxicidade da televisão, e agora, mais do que a televisão, a televisão carrega todo o peso da publicidade infantil, que é comprovadamente tóxica para a criança em diversos aspectos da vida infantil, e isso vem sendo agravado, na verdade, também pela portabilidade das telas, agora você tem televisão no telefone, no *tablet*, no computador, no carro, você tem telas permanentes. Então, não é só a questão da

publicidade, mas é a não interação dessa criança com o humano, a não interação com os pais, porque os pais também estão entretidos. Eu fiquei muito impressionado uma vez, quando vi a publicidade de uma creche no Rio de Janeiro, uma creche *top* de linha, das mais caras do Rio, aventando *tablets* no berçário como sendo o grande diferencial de luxo dessa creche, quando sabemos que a criança desaprende; criança até dois anos deve ter zero tempo de tela, a proposição da Academia Americana de Pediatria, que já é uma entidade conservadora, é de que a criança até dois anos tenha zero tempo de qualquer tipo de tela, porque chegamos a tal ponto de deformação de influência do impacto da propaganda e da tecnologia, que, para nós, aprender no *tablet*, no joguinho do *tablet*, o que é grande e pequeno, naquela telinha bidimensional, é melhor do que aprender grande e pequeno olhando para mim ou para a Lígia Moreira Sena, que eu sou grande, e a Lígia é pequena, aquela cadeira é grande e esta cadeira é pequena, quer dizer, no tridimensional é óbvio que a criança aprende muito mais, na interação, no aprendizado da linguagem, o neurodesenvolvimento da linguagem é por meio da interação com o outro, e estamos acreditando que o *tablet* é melhor. A televisão comprovadamente retarda; para tantas horas de televisão, você tem tantas palavras a menos, em média; há estudos mostrando isso. Eu acredito que, com a vida moderna, a vida contemporânea, a tendência é que cada vez mais as crianças estejam expostas à televisão, porque elas ficam muito em casa, porque o ambiente externo é inseguro, porque os pais voltam tarde, porque no nosso país temos a vergonha de ter turnos escolares de 3 horas. Eu trabalhei muito em favelas do Rio de Janeiro, em que os turnos eram das 8h00 às 11h00, das 11h00 às 14h00, das 14h00 às 17h00, não havia turno de 4 horas não, eram 3 horas. E a criança fica o resto do tempo vendo televisão em casa. Por isso que eu acho que essa é uma das minhas questões mais prementes, da reconquista do espaço público externo, porque a conquista do espaço público externo para uma cidade humanizada, com praças, com espaços verdes, com recreação, com cultura na rua, em um país tropical como o nosso, é uma espécie de antídoto do que a vida moderna tenta nos empurrar em ter-

mos de publicidade, de televisão, de aparelhos que são na verdade, contraproducentes, cujo excesso está matando as relações interpessoais, destruindo o nosso tempo. Por causa dos telefones nós estamos confundindo o tempo de trabalho, tempo de lazer, tempo de família; então, essa reconquista do espaço urbano e externo é uma das formas mais importantes de reduzir essa exposição excessiva que o Alvaro Díaz está trazendo. E em relação ao que o Rodrigo perguntou, eu acho que a sua pergunta passa por — a Lígia Moreiras Sena coloca isso muito bem na exposição dela — como é relevante mostrarmos ao professor a importância do trabalho dele, e não que ele tente ocupar esse espaço de diagnóstico, e não só de diagnóstico, mas essa coisa de mandar a criança para a oficina, "precisa trocar a peça, a criança que não está funcionando bem". As escolas têm uma pobreza estrutural muito grande, essa é uma das questões mais importantes do nosso país, essa reforma da educação, o investimento na educação, não só para que os professores sejam capacitados, mas para que a escola seja revestida de sua autoridade, revestida de sua importância social, e que seja um espaço onde a criança seja efetivamente educada, onde o professor tenha um espaço de prestígio. Isso começa por uma discussão que eu acho que vai acontecer, independentemente do candidato, que é uma discussão que está na crista da onda, a discussão, por exemplo, do currículo escolar que nós temos, o currículo escolar até a 4ª série é aceitável, os currículos escolares do ensino fundamental II e, especialmente, do ensino médio, neste país, são um desastre. Você querer que um garoto de 14 anos se interesse pela diferença entre os orifícios anais dos amidos dos platelmintos, que é o que é oferecido para ele no ensino médio, cumprir equações que ele nunca mais vai ver na vida, não há o menor contato com a realidade; a escola competir com isso, com um quadro negro e uma mulher com o giz na mão, com o que há lá fora, é obvio que não há TDAH que suporte uma coisa dessa. Então, a discussão do currículo é importante, o investimento na escola, o investimento nos professores, o prestígio da autoridade, e eu acho que, infelizmente, se não houver uma reforma mais ampla, um investimento mais amplo, esse problema vai continuar.

LUCI PFEIFFER – São dois comentários e depois uma pergunta para o Nelson Aldá. Dos comentários, pena que a Carla Biancha Angelucci tenha ido embora, mas eu não concordo que sejam só as crianças negras e pobres que preenchem as estatísticas que nós temos de violência. Existe atualmente uma intolerância para a infância e a adolescência em muitos setores de nossa sociedade, independentemente de classe sociocultural, de raça, de credo ou de qualquer coisa assim. Nossas estatísticas do Dedica mostram isso. A violência contra crianças e adolescentes está em toda a nossa sociedade, desde o início da humanidade, e está ligada à fragilidade e à inexistência de laços de afeto e de importância daquela criança com seus responsáveis e a constituição psíquica de seus agressores. Existem as mensagens subliminares em todos os meios de comunicação. Hoje o mundo infantil tem sido alvo maior da promoção do consumo e quanto mais imatura a criança, mais fácil a sedução. Os personagens ditos infantis têm sido fabricados a estimular a venda e o lucro por meio do que impressiona o psiquismo infantil, como figuras de olhos grandes e que repetem frases e riem o tempo todo. Não é isso que a criança procura desde seus primeiros dias, o olhar de seus cuidadores, o sorriso de aceitação e prazer, a segurança do que é conhecido, pela repetição dos ditos? É preciso que tenhamos esse olhar dirigido à proteção das crianças, não apenas para a TV, mas para tudo o que é veiculado na mídia, telas e mundo virtual. Existe uma comissão nacional que faz a censura de jogos de computadores, não são pediatras, a Sociedade de Pediatria não está lá, as de psiquiatria e de psicologia não estão lá, e o índice de violência ou dessas induções subliminares não é levado em conta, nem a sugestão de comportamentos e costumes. É um controle de censura pelo mesmo departamento que censura novelas, então imaginem que departamento é esse, que permite as novelas que são exibidas em horários em que as famílias deveriam estar reunidas e muitas crianças estão em frente à TV. Acredito que é preciso um movimento nosso e também na formação dos professores, na formação do currículo. Eu falo muito para professores e o que eu vejo é que não são só os pais que não sabem o que é um desenvolvimento normal e espe-

rado de uma criança, os professores também não, não sabem da evolução do psiquismo infantil, porque esse tema não faz parte de nossa graduação. Eu recebi ontem uma denúncia de abuso sexual de um menininho de 5 anos que abaixou a calcinha de uma menininha de 5 anos na escola e a escola levou adiante, foi para a delegacia com o menino. Então, Nelson Aldá, qual é o trabalho feito com os pais? Muitas vezes nós pedimos o acolhimento de uma criança pelo diagnóstico de violência gravíssima ou com risco de morte. Mesmo assim ainda tentamos ver a possibilidade de tratamento de um dos responsáveis. Mas recebemos crianças de 5, 10 anos de abrigamento. A lei diz que em dois anos o Judiciário da Infância e Adolescência deve encontrar uma solução para a vida daquela criança; no entanto, encontrar um lugar para uma criança que nasceu sem ele não é tarefa fácil e, às vezes eu vejo absurdos, como crianças que ficam sem nenhum tratamento, em uma instituição, após terem sido retiradas de seu meio por violências de todas as formas e é esperado que com casa, comida e roupa lavada elas tenham o que precisam. Devem se comportar bem e respeitar os outros, quando nunca foram respeitadas, produzir na escola, quando nunca conseguiram aprender; afinal, se lhes são oferecidas, pelo Estado e pela Sociedade, casa, comida e roupa lavada, elas têm que dar a sua retribuição. Em outros casos, depois de anos de sofrimento, uma avó, ou tios, ou outros parentes, mesmo que vivam em lugar distante, que nunca tenham se importado com o bem-estar daquela criança, são convocados a adotá-la, a ficar com ela, como se um lugar na vida de outros pudesse ser criado por meio de um ofício de adoção. Em casos como esses, muitas são devolvidas para o abrigo, como nova rejeição. Ainda, para elas, talvez a devolução seja menos danosa do que um novo ambiente de maus-tratos. Temos muito a fazer pelas nossas crianças.

PANDORA – Eu gostaria de perguntar para vocês todos, eu vejo que aparece na fala de vocês em vários momentos a questão de como os pais acabam ficando de lado na criação dos filhos; então, a escola tem o saber de dizer que o filho tenha um diagnóstico, o médico sabe que

o filho tem TDAH, a pulga fica atrás da orelha dos pais. Como fazer um trabalho de empoderar esses pais das responsabilidades para com seus filhos, e de como eles sabem mais do que ninguém, porque, mesmo que eles convivam pouco, eles convivem, com certeza, mais do que o médico, por exemplo, mais do que a diretora da escola, a coordenadora, talvez nem tanto quanto o professor, mas aí tem a questão de o professor não estar preparado. Então, como empoderar esses pais do que acontece com os filhos deles? E eles estarem relacionados, e não serem colocados em uma posição em que todo mundo tem mais saber sobre os filhos deles do que eles.

TATIANA – A minha pergunta para a mesa é: Que ofertas podemos fazer para essa infância, se os pais estão sendo desempoderados, se a escola precisa ser revista; se essas crianças não precisam ficar no serviço de saúde mental, onde devem estar? Em que tipo de propostas as crianças devem estar inseridas? Qual é o avanço que podemos propor como sociedade, perante essas críticas que fazemos para esse sistema, que olha para essas crianças desse jeito, que tem os pais que trabalham o dia inteiro, que tem a televisão, que tem a escola que é inadequada, com a professora com 40, 50 alunos na sala, o que podemos propor como modelo de sociedade?

NELSON ALDÁ – Eu pensei três questões para dizer, eu ainda queria falar da questão da TV. Se eu penso essa questão particularizada no acolhimento institucional, é pior, e aqui há um problema sério de normativa; do ponto de vista da política orçamentária, prevê-se para o acolhimento, indica-se a equipe mínima para trabalhar com aquelas crianças, para cada 20, um psicólogo, um assistente social, um coordenador, e a cada 10 crianças, um educador. Esse mínimo não é suficiente, porque ele não combina com o processo da assistência social de alta vulnerabilidade; como é que eu tenho um cuidado de alta vulnerabilidade com a equipe reduzida? O que significa que o educador ganha pouco, não tem qualificação, nem imagina, como você acaba de dizer, todo um processo. Então, essa questão da imagem, da tele-

visão, para além de tudo que os colegas já disseram aqui, é algo que tem que ser pensando em questão de política e orçamento de investimento nesse profissional. E dentro do acolhimento nós não temos nenhuma normativa de que o educador social tenha que ter uma formação superior; isso é um grande problema, porque nós estamos dizendo por aí que não damos conta de trabalhar na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), mas nós operamos com profissionais especializados, então é um problema muito, muito sério, nesse aspecto. Eu queria fazer também um comentário anterior à pergunta, que é a questão da pesquisa da violência, que realmente pega todas as etnias da população, mas se eu olho de novo o recorte do acolhimento institucional, e Mary Del Priore, por exemplo, vai apontar, nas suas organizações, que no início da roda no Brasil, quem estava lá dentro eram crianças brancas, em função da questão moral; depois da abolição da escravatura, os negros é que estão lá dentro, e a Fiocruz, eu não sei dizer o número agora, sinceramente não me preocupei com essa informação, mas a Fiocruz acaba de fazer uma pesquisa nacional e aponta esses números também na especificidade do acolhimento, porque nós temos que ver que a abolição da escravatura não pensou em três questões básicas para a população negra: moradia, educação e saúde. Isso está rodando ainda, e nós temos que olhar. Só queria fazer esse comentário, não conheço a amplitude da pesquisa que foi colocada, mas, nesse recorte, essa é uma preocupação. Família é um problema sério, a primeira questão é a concepção, o que a entidade concebe como família? Primeiro problema, primeiro nó. Via de regra, e também está nas pesquisas, a maioria das organizações tem denominações religiosas, quando elas trazem um conceito de família. No cotidiano, há um choque muito violento para essa questão. Naquele momento, em que nos colocávamos ali, o que é que nós fazíamos? Trabalho com família, ou seja, ela se reunia em grupos com outras famílias, faziam discussões de temas operativos das suas realidades, das suas economias, das suas vivências fora, das suas necessidades dentro desses aspectos. Vou contar um exemplo daquela situação. O que nós trabalhávamos com as famílias? "Vocês não podem deixar os

meninos aqui dentro, porque eles vão crescer e eles vão se apartar do relacionamento de vocês, aqui eles não têm sobremesa depois do almoço, eles não vão ter aquela comida bonita, cinco refeições por dia, eles vão se apartar, vocês têm vinculação, aqui não é colégio interno, com a longa permanência pode acontecer isso, isso, isso". Eu lembro que naquele caso, a primeira situação em que nós vimos a ideia da instituição, de que era a pessoa rica que levava, ou as adoções internacionais, e me chega, com esse conteúdo, uma família cuja mãe tinha uma questão psiquiátrica, e o pai, alcoolista. A família conversou entre si, depois de um trabalho, que não foi de hoje, nesses grupos e em casa, resolveu que a família dele cuidaria dele, e a família dela cuidaria dela, e se dividiriam para ficar com as três meninas, e chega na instituição uma Belina, velha, de pneu careca, para ir para o Espírito Santo, eu falei: "E agora? Eu coloco esse moleque nesse carro, ou vou ter que colocar em um ônibus, ou o quê?" Mas essa é a realidade dele, ou seja, é preciso dizer para essas famílias da importância desse movimento, dessa questão, e buscar os apoios necessários, foi assim lá, nós conseguimos muito, o sucesso se deu por essa discussão. Na verdade, é importante eu dizer a vocês que, do final de 2012 até 4 meses atrás, eu fui afastado da instituição pela própria gestão, e voltou uma nova intervenção judicial. De que jeito eu estou trabalhando família hoje? Eu tenho a política da assistência social instalada, o Cras (Centro de Referência da Assistência Social) e o Creas (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que nós podemos questionar, "funciona ou não funciona? Vai ou não vai?" — isso dá uma discussão ampla, mas são políticas colocadas dentro desse aspecto. Vou dar um exemplo também do que nós estamos fazendo, o grupo é importante, a conversa é importante, o reordenamento é importante. Esses dias eu chamei uma mãe, desacatando todas as regras, e as nossas regras são de convivência, não são proibitivas, ela fotografava a filha e ia denunciar no Poder Judiciário, eu a chamei e falei: "Senhora, venha aqui, vamos para a delegacia, eu e a senhora, agora, porque eu vou fazer um boletim contra a senhora, porque a senhora está fotografando seu filho", "como assim? É meu filho"; eu falei: "Neste momento, não é, a

sua guarda está suspensa e a guarda é minha e eu não deixo você tirar foto do seu filho, porque você está usando de outro jeito. Vamos voltar ao foco, por que as crianças estão aqui? Na sua casa não aconteceu isso, isso, isso? É com isso que nós queremos ajudar a senhora". Gente, dessa fala, da ação da equipe técnica, a mulher tomou banho direito, a casa dela está de outra forma, porque ela entendeu qual é o problema, e não a periferia dos problemas que se instalavam. Outro grupo de crianças: uma mãe com situação psiquiátrica muito complexa, com visitas cotidianas ao Caps (Centro de Atenção Psicossocial). A família tinha um relacionamento muito bom com as crianças, mas vivendo o problema, e o pai ausente. O Fórum, com uma indicativa de destituição para adoção, seria facílimo, as crianças eram branquinhas, lindinhas, de olhos azuis que você não tem ideia. Fizemos uma discussão de rede, e nós já conseguimos antecipadamente uma determinação judicial de que as crianças não serão adotadas, ponto, mas um grupo do Creas, que havia acabado de chegar, veio brigando, "não, vocês vão ver", "não, ninguém vai tirar as crianças, não. As crianças já estão definidas, em sentença judicial, que elas vão para a família." Que processo nós estamos fazendo hoje? Juntamos o Caps, o Cras, o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude, fizemos uma reunião, e nas audiências concentradas, que vão acontecer na próxima semana, nós vamos apresentar uma agenda e um cronograma de acompanhamento das crianças pelos organismos da cidade, e pelo acolhimento institucional. É difícil fazer isso? Isso pode ter eficácia? Eu não sei, mas é a rede que está sendo instalada, e ela precisa funcionar dentro dessa perspectiva. Mas, para além de todas essas questões, o que nós entendemos ser fundamental? É entender essa pessoa, ou seja, essa mãe — como é na maioria das vezes — ou esse pai, como pessoas de direito, ao lhe tirarem os filhos, também foi por falta de conhecimento, e temos que dar algumas ferramentas para que elas possam fazer dessa forma. Isso se dá individualmente e no coletivo; então, a experiência de outra família, traçada ali, vai dando um suporte e uma sustentação dessa questão toda. Porém é uma atividade muito difícil, não tenho tabulado o resultado dessa questão, porque crian-

ças que nós colocamos na família já voltaram e tentamos de novo. Outro problema é o modelo da instituição como modelo da família, e a criança prefere o modelo institucional, chegou bebê, então o seu afeto, o seu cuidado, a sua troca, foi com a monitora, não foi com a sua mãe, por mais que a monitora tenha feito rodízio na vida dessa criança, várias passaram, mas ela tem um afeto institucional, então é uma crise, e eu acho, inclusive, que o estatuto tem uma falha hoje identificada. A Lei nº 12.010 prevê que façamos o retorno para a família, para a família extensa, ou adoção, não há um direcionamento do que fazer com o adolescente que não teve nenhuma dessas possibilidades colocadas; existe sim, dos 18 até 21 anos a república jovem, mas se você não preparar antes, não adianta república jovem. Quando eu penso em família, eu tenho o problema que — a maior parte das crianças são essas — hoje, das 80 crianças que eu tenho sob a minha responsabilidade, guarda institucional, 33 com certeza ficarão até os 18 anos, e outra informação importante é a do prazo, que é a cada dois anos. A Lei diz que é obrigação do juiz, então não podemos nos livrar do pai ou da mãe, o juiz tem que olhar cada processo a cada seis meses. Agora foram determinadas as audiências concentradas, ou seja, o que a Lei delimita em dois anos, eu tenho quatro possibilidades de análise, dentro desse processo, mas muitas crianças e adolescentes ainda perderão essa possibilidade por causa desse contexto. Há um problema na circulação de crianças. Nós não estamos pensando a circulação dessas crianças no modelo de acolhimento institucional, elas ficam em um limbo, é um desafio. E eu tenho ainda que entender outro conceito, o que é uma família pobre? O que é uma família de periferia? O que é uma mulher negra de periferia pobre? Eu estou acabando com a história da minha equipe técnica, porque lá as crianças estão divididas em famílias, família Almeida etc., eu falei: "Família Almeida, família Cravo, família Canela, é coisa de autarquia, não é de família pobre", eles têm com quem contar. Eu adoro a noção da ONU (Organização das Nações Unidas), "família é aquele com quem se conta", e essas famílias da periferia lidam com essa questão. É uma grande questão para vivermos hoje na sociedade.

DANIEL BECKER – Eu vou tentar fazer somente uma fala de despedida, mas tentando responder às perguntas da Pandora e da Tatiana. Começando pela Tatiana, respondendo às duas ao mesmo tempo, a Tatiana fez uma pergunta complexa, bastante difícil, e tem um filósofo que diz que para toda pergunta complexa, difícil que é colocada diante da humanidade existe uma resposta simples, que está invariavelmente errada; então, não há resposta simples para o que você perguntou, e também não há resposta simples para o que a Pandora está perguntando. Nelson Mandela tem uma frase em que ele fala que a melhor forma de você avaliar uma sociedade é olhar para a forma como ela trata as suas crianças; a sociedade brasileira está mal avaliada, na minha opinião, temos um longo trajeto a percorrer, e estamos diante de forças muito hegemônicas, muito poderosas, que estão trabalhando na direção oposta. Então, se nós estamos querendo empoderar os pais, ajudá-los a entender o seu papel preponderante na educação dos seus filhos, ajudando a entender que eles devem estar presentes com seus filhos, ajudando a entender que a interação, o convívio e a intimidade com os seus filhos são a forma mais importante, mais simples de tratar qualquer distúrbio, qualquer transtorno que essa criança apresente, simplesmente pela presença, pelo convívio, pela conversa, pelo afeto, coisas que estão se rarefazendo nas famílias, temos que entender que existem muitas forças trabalhando na direção oposta; a própria forma como a vida se organiza na sociedade moderna: as pessoas te prendendo mais tempo no trabalho, te prendendo mais tempo no trânsito, te prendendo com as crianças, entregues a creches, a escolas, muitas vezes 10, 12 horas por dia, enfim, sem esquema de cuidado pessoal e com esses pais ausentes. As forças sociais trabalham no sentido oposto do que estamos fazendo, mas só há uma forma de combater isso, que é continuar fazendo o trabalho que nós estamos fazendo, tentando fazer isso como um trabalho de formiguinha, tentando disseminar as nossas ideias, disseminar nossas palavras por meio de diálogo, combatendo as forças, combatendo a publicidade infantil. Quem diria que o Brasil teria de repente uma resolução do Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e

do Adolescente) proibindo publicidade dirigida à criança; essa resolução do Conanda tem dois meses, três meses, é claro que isso não vai vingar, de alguma forma, porque a publicidade é muito mais forte do que o Conanda, especialmente dependendo dos governos que virão por aí, com a ideia de que o Estado babá deve ser controlado, de que o Estado não pode ser babá da sociedade. Esse é um discurso muito perigoso, em que você tenta diminuir o poder do Estado, e oferece o poder todo ao mercado. Eu acredito que o Estado deve ser forte, sim, na regulação das forças de mercado, porque as forças de mercado são muito perigosas para a sociedade. Mas a resposta é essa, continuar nosso trabalho de formiguinha, como nós estamos fazendo aqui, por meio desses fóruns disseminais que estão acontecendo aqui e ali.

LÍGIA MOREIRAS SENA – Pandora, como ele disse, é uma questão muito complexa, não tenho uma resposta muito simples, nem uma proposta muito simples, porém eu consigo vislumbrar alguma coisa, com base nos estudos que eu venho fazendo de saúde coletiva, especificamente saúde da mulher. Tivemos uma mudança muito grande que, muitos anos atrás, nós não acreditávamos que fôssemos conseguir, que era a questão da redução dos índices de mortalidade materno e neonatal. Acreditava-se, com a realidade que existia no Brasil, que seria muito difícil tirar o país de uma má avaliação com relação à mortalidade materna e neonatal; nós conseguimos, e conseguimos com algumas medidas políticas e econômicas de saúde coletiva, saúde pública, que ajudaram nessa redução. Se conseguimos isso, acho que conseguimos outras coisas com vontade política, como, por exemplo, a Rede Cegonha, que prevê para cada cidade signatária um valor em dinheiro para aquele município, é um pacote que é comprado quando o prefeito assina "nós queremos participar disso"; mandam o dinheiro e você tem que cumprir algumas coisas, quais são essas coisas? Tantas gestantes, uma porcentagem que represente a totalidade atendida pelo município, têm que passar por aquele pacote de exames e testes e acompanhamento durante a gestação, que vão nos fornecer índices biomédicos de que ela tenha uma gestação saudável, que poderá ter um

parto de acordo com o que eles acham aceitável — não vou entrar no mérito —, ou seja, ter um bebê vivo e saudável, que não morra, nem a mãe morra, e não morra o pai. Temos uma visão muito biomédica da coisa, criança que nasce com saúde, família que vai ser montada com saúde, e a criança que tem índices de saúde mensuráveis bons, por que não há uma formação para ser pai e mãe? Se temos dinheiro para pagar um exame, que não é uma coisa barata, quando colocamos esse montante, por que nesse acompanhamento não se faz oferta de informação? Hoje nós já temos acesso a essas mulheres, já temos cadastros de gestantes; por que não fazemos um acompanhamento de outro nível agora? Claro, primeiro precisávamos garantir que ia estar todo mundo vivo no fim. Conseguimos? Legal, mais um passo. Não basta estar vivo, como é que essas crianças vão ser criadas? Acontece que, para fazermos algo assim, temos que ter muito clara a valorização da infância, e isso é um assunto muito recente; criança sempre foi considerada um estorvo social; há uma autora, Fabiola Colombani Luengo, que publicou um livro, *Vigilância punitiva*, em que ela fala sobre o papel do professor no processo de diagnóstico e medicalização. No primeiro capítulo, ela fala sobre como ser criança no Brasil sempre foi uma droga, ela fala uma história da infância no Brasil, mostra como foi que a educação chegou ao Brasil, a educação não foi feita para — que absurdo! — educar, foi feita para resolver o problema dos abrigos, que estavam lotados, porque as crianças eram educadas em casa pela classe mais alta, e a classe menos favorecida era a mão de obra, tínhamos mais filhos para ter mão de obra, não tínhamos previdência privada, era filho que era a previdência; como é que você teria uma vida futura garantida, quando você não pudesse mais trabalhar? Porque você colocava oito filhos no mundo e eles iam te sustentar. Foi uma série de mudanças, hoje temos previdência, previdência que precisa passar por uma reforma, mas nós temos. Já saímos do mapa de perigo de mortalidade materna e neonatal? Mais ou menos, quer dizer, porque, com o avanço das taxas de cesariana, estamos tendo um pequeno aumento, novamente, da mortalidade materna e neonatal, por conta dos riscos e tal, mas se nós já conseguimos garantir que as

pessoas vão ficar vivas, legal, agora vamos garantir como elas vão estar vivas, porque não basta ficar viva a qualquer custo. Então, se conseguirmos garantir que uma grande parcela da população — que, claro, ainda não é o ideal, mas já é um avanço — consiga ser acompanhada durante a gestação, então temos como chegar a essas pessoas para falar "olha, ninguém nasce aprendendo a ser pai e mãe, não somos virtuosas da maternidade, da paternidade também". Vamos conversar sobre isso, porque grupo de gestantes, grupo de casais grávidos existem, mas são poucos os que falam sobre coisas pertinentes. Sobre o que eles vão falar? Sobre como esterilizar mamadeira; por que causa confusão de bico? Gente, mamadeira custa caro, não é todo mundo que vai poder comprar. Sendo que temos um recurso poderosíssimo de redução, inclusive de outros índices ruins, que é a amamentação, e que não é um processo fácil, "amamentação, lindo, natural", não é lindo, é natural, mas não é lindo, há muitas mulheres que precisam de incentivo do começo ao fim. A informação dada antes facilita todo o processo, eu não tive nenhum problema de amamentação, eu era uma mulher que não pensava em ser mãe, e minha filha mamou até os dois anos e cinco meses, não foi nenhuma guerra, foi informação, mas eu faço parte de um grupo de pessoas que não representa a maioria do país. Ou seja, nós temos como chegar a essas famílias, temos como oferecer informação, mas precisamos de vontade política.

NELSON ALDÁ – Eu não vou dormir se eu não falar isso. Essa questão que a Tatiana colocou, eu acho interessantíssima, e me vem aqui que é uma questão de linha de pensar. Me veio com muita força, na sua pergunta, a filosofia do centro e da periferia, são modelos, se nós pegarmos toda a questão da América Latina, 1970, 1980, o modelo do que se construiu e do que se destruiu nas décadas seguintes. Eu acho que há uma reflexão importante a ser feita para pensar essa dinâmica. Agora, na questão concreta da sua pergunta, eu acho que existe uma mobilidade, uma possibilidade perigosa que eu vou dizer aqui, mas é essa a questão, nós temos que tirar as políticas do eixo do partido e colocá-las como prioridade da população; se nós não

fizermos isso, vão continuar sendo políticas temporais, que mudam dentro de um programa de partido, e não dentro de um sistema de garantia de direitos, no caso da criança e do adolescente. Se nós não fizermos isso no aspecto do controle social, nós vamos continuar repetindo, repetindo, repetindo.

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Acho que é mais uma mesa que nos comove, nos afeta, e eu quero começar dizendo para vocês que saiu o resultado do prêmio Jabuti, e a Daniela Arbex ganhou o segundo lugar. Mas acho que uma questão que precisamos pensar: ontem, na minha fala, eu disse que um dos modos de acharmos outros mares e outras praias onde possamos mergulhar que não no mar da moralina, e sair dessa coisa que nos sufoca, repetindo Deleuze, "um pouco de possível senão eu sufoco", temos que pensar em divulgar informações, divulgar conhecimentos, e de uma forma que consigamos — foi falado aqui na mesa — nos desterritorializar das nossas formações, e eu acho que há um desafio para todos nós aqui, eu queria lembrar que várias vezes se falou que o professor é mal formado, eu queria lembrar que somos todos mal formados, e somos todos mal formados porque assim fazemos esse processo de um modo tão eficiente, não é porque somos maus, fazemos achando que estamos fazendo bem; somos mal formados, para fazermos o que se espera de nós muito bem, e é isso que temos que romper, divulgando. Mas, então, a primeira coisa é romper com os nossos preconceitos, acho que é uma luta, sim, juntar todos aqui nos empoderou muito, somos outras pessoas, outra potência, e acho que enfrentamos algumas questões que são extremamente importantes e que essa mesa trouxe; vejam, acho que a Luci Pfeiffer trouxe, além de tudo, um dado que é fundamental, que são os nossos preconceitos de etnia e de classe, porque somos, sim, racistas, somos, sim, elitistas, somos, sim, formados em um mundo positivista, e é uma luta romper com isso, violência doméstica contra crianças e adolescentes não respeita a classe social, e não respeita a cor da pele, mas o modo como a criança é vítima de violência, os familiares que fazem a violência, esses são permeados

pela cor da pele e pela inserção social, porque é um país desigual, é uma sociedade fundada na desigualdade e no preconceito. Então, acho que o que a Luci falou e o que a Carla Biancha Angelucci falou são coisas que se complementam, porque quem é que, na escola, ou no centro de saúde, ou onde atende, olha da mesma forma a criança loirinha de olhos azuis e a criança que chega cheia de ramela e de nariz escorrendo e negrinha e suja? Vamos colocar a mão nos nossos preconceitos para podermos enfrentar isso, eu acho que é por aí, e eu acho que é um movimento coletivo, e como é que fazemos? Não sabemos e até acho que ainda bem que não sabemos, porque, se soubéssemos, seria uma resposta mais fascista ainda do que já estamos vivendo, lembrando que o caminho nós fazemos caminhando, e é isso que estamos fazendo, com bons encontros, conversando, por isso que existem esses encontros, por isso há o Despatologiza, por isso há o *blog*, por isso a Luci, com o Dedica, por isso estamos em movimento, é para isso que vivemos. Precisa ser coletivo, é lógico que o coletivo, como disse a Carla Biancha, é um coletivo feito de singularidades, mas em que a minha singularidade só existe no coletivo; eu só sou assim, porque eu nasci em Sertãozinho, venho do boia fria, e fui, em 1968, para São Paulo, onde eu juro que não tive tempo para assistir a aulas de anatomia.

MARIA TERESA CAVALEIRO – Podemos brincar que hoje se fala muito de rede de atenção, e não precisamos tomar Ritalina para ficar atentos a essa rede, então é uma rede de atenção, de ficar atentos ao que está acontecendo à nossa volta, e que, apesar, às vezes, desse sentimento de solidão e de não ter saído, quando nos encontramos, nós vamos descobrindo potências, vamos descobrindo outras formas de enfrentar o que está colocado para nós.

PARTE VIII

CONFERÊNCIA: EL ACTO MÉDICO ACTUAL: ENTRE LA MÁQUINA DESCOMPUESTA Y EL SER SUFRIENTE

MARCELO VIÑAR – Médico psicanalista, ex-professor do Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidad de la Republica (Udelar). Trabalha com supervisão do atendimento à infância marginalizada. autor dos livros *Mundos Adolescentes e Vertigem Civilizatória* e *Exílio e Tortura*. Membro titular da Associação Psicanalítica do Uruguai.

SOMOS HUMANOS... nadie lo duda... pero la manera de sustentar y argumentar esta auto-presentación o autodefinición varía con el tiempo y en el espacio, con la diferencia de culturas y creencias.

Hasta la modernidad la fundamentación era teológica: algún dios nos había creado a su deseo o a su imagen y semejanza... más tarde prevaleció la argumentación biológica: la morfología del cráneo, la bipedestación, la oposición del pulgar, y más recientemente el descubrimiento de la determinación genética, esto nos otorgaba la especificidad de ser especie humana, que en verdad compartimos en un 99% con algunos primates.

Yo creo que hoy hay itinerarios más heurísticos, más útiles y fecundos para explicitar los fundamentos de la humanidad del

ser humano. Digamos con Marc Augé en "Antropolía de la Vida Cotidiana": El par naturaleza-cultura es indisoluble de la condición humana y coextensiva a la condición de hablante.

No hay dicotomía entre el hombre natural y el hombre cultural, su identidad individual es en y por la relación con otros hombres. La relación con el otro puede ser de exterioridad (otro distante y extraño) o de proximidad participante (de empatía e interioridad). Es la distancia entre el observador y el testigo (la observación panóptica y reificante) como opuesta al establecimiento de un campo dialógico.

El ser humano es humano porque habla afirma Martín Heidegger, en una conferencia para jóvenes ingenieros es necesario distinguir el lenguaje técnico de la lengua de tradición.

Con este punto de partida y para enfocar hipo e hipermedicalización, transcribo desprolijamente algunas ideas de Jean Pierre Vernant: "Somos animales, como ellos nacemos, crecemos, nos reproducimos, enfermamos y morimos… pero en el curso de la evolución de la especie, aparece un elemento que no está incluido en la animalidad: el lenguaje articulado. El lenguaje articulado es la herramienta que nos permite pensar los objetos en ausencia de su percepción actual, invocarlos, convocarlos — representarlos, es decir alojarlos en nuestra mente y con ello darles otra forma de presencia. También crear objetos abstractos, que no están en la naturaleza, pero son categorías que nos ayudan a pensar nuestra existencia, el amor, la pasión, los ideales y valores, la emoción ética y estética, la curiosidad que crea las artes y las ciencias, la insaciable avidez de desentrañar enigmas y crear otros nuevos. A esto le llamamos lenguaje simbólico, a distinguir del lenguaje parlatorio que nos sirve para repertoriar al mundo.

Capacidad recursiva del pensamiento, la denomina el lingüista Noam Chomsky, y coloca en este hecho el intervalo diferencial entre inteligencia humana y animal. Esta última — afirma — es perceptiva y situacional, reacciona ante escenarios actuales. El humano comparte esa aptitud pero le agrega otra dimensión, un ámbito ficcional

donde creamos los imaginarios personales y colectivos, los sueños diurnos, y allí germinan los ideales éticos y estéticos y el intervalo entre lo sagrado y lo sacrílego.

Pensar los objetos en ausencia de su percepción, también transforma la temporalidad de la mente, ya no vivimos en una sucesión infinita de momentos presentes sino que habitamos un tríptico temporal, con un pasado, un ayer constituido por recuerdos, experiencias, temores y amenazas y un futuro, un mañana hecho de anhelos y proyectos. Una diferencia entre el tiempo cósmico y la temporalidad humana.

Poder pensar la diacronía del tiempo, al presente como instante fugaz, articulador de lo que fuimos y de lo que seremos, es propio de la mente humana. Y en lo colectivo, (que liga y decanta las sensibilidades comunes de las unidades que lo componen), llevó al hombre primitivo — a todos los hombres — a preguntarse por el origen (y así inventaron las cosmogonías) y por el destino (e inventaron las religiones).

Y hoy tenemos la pesada tarea de definir con qué ingredientes fundamos la noción contemporánea de ciudadano, la humanidad del hombre del siglo XXI.

Más allá de la invención de la herramienta, que funda al Homofaber (el hombre productor), que inauguran la hominización, la creación de la tumba y su correlato de amor y temor a los ancestros, objetivan la anticipación y conciencia de la finitud y con ello fundan al Homo Sacer (el hombre sagrado) junto a la prohibición del incesto.

Siempre que haya hombres habrá herramientas y técnicas de subsistencia, de producción e intercambio. Pero tampoco habrá humanidad si junto a estos útiles y técnicas materiales no se adjuntan creaciones derivadas del lenguaje y la espiritualidad; reglas de alianza marital, prescripciones y proscripciones sobre la vida doméstica, que poco a poco configuran relatos y rituales; ceremoniales que marcan el intervalo entre lo sagrado y lo sacrílego, lo permitido y lo prohibido, lo bello y lo feo, lo excelso y lo execrable, lo sano y lo enfermo. Escenarios imaginarios con tanta eficacia simbólica como las

exigencias objetivas de la vida material. Y una curiosidad insaciable que origina y funda las artes y las ciencias.

Es decir que el Homo Sacer es tan consistente como el Homo Faber y es simultáneo en su aparición. El Homo Faber suscita más consenso (o menos controversia), que la definición de lo sagrado, que desde siempre ha sido más problemática y más mortífera y sangrienta en la historia de la humanidad. Piensen hoy en Israel y Palestina y en el Irak de sunitas y chiitas y en Afganistán con la restauración del califato. O el medio siglo de guerra en Colombia o la guerra silenciosa de campesinos y poderosos en Paraguay o Centroamérica: en términos genéricos, expresiones de poder y dominación.

Pero la pregunta del quién somos, de dónde venimos, hacia dónde vamos, para qué estamos en el mundo, en suma, el sentido de nuestra residencia en la tierra, es un asunto que ha ocupado la historia de la humanidad.

¿Siguen vigentes estas preguntas en el siglo XXI, en la actualidad? ¿Cómo se plantean y responden? Y si ellas han perimido y se han extinguido, ¿cuáles son las causas y consecuencias de esa extinción?

Otro capítulo es conversar sobre qué entendemos cuando decimos que el humano es un ser social, o más doctamente: su pretendida unidad bio-psico-social que proclama la Organización Mundial de la Salud.

También las hormigas y las abejas viven en sociedades organizadas, con roles diversos y complementarios. Idem para los pingüinos emperadores y algunas manadas, por ejemplo, los lobos que cazan, o los delfines que pescan, de modo colectivo y coordinado. Pero lo que define a las sociedades animales es la (casi) fijeza de sus comportamientos, que se repiten en la constancia, o cambian muy lentamente por el principio darwiniano de la selección natural, o como algunos opinan, por las leyes del azar (porque la evolución del universo cósmico y la de la vida en el planeta son menos deterministas, más inciertos y caóticos de lo que pretendía Laplace en el siglo XIX).

Los animales son "autómatas genéticos" cuyos comportamientos y reacciones frente a los estímulos ambientales, son fijos e inmutables

generación tras generación, es lo que se conoce como la dotación instintiva que determina el repertorio de comportamientos predictibles.

Algo contrastante ocurre en la especie humana donde cada generación es promotora de una promesa de novedad e innovación, proceso que llamamos progreso civilizatorio, que desde el inicio de la modernidad se acelera exponencialmente, que los trabajos de Paul Virilio[1] describen con pertinencia y que Ignacio Lewcowicz y Zygmunt Bauman designan como pasaje entre modernidad sólida y modernidad líquida.

Me asombra e ilumina esta disponibilidad de la especie humana para el cambio, en su contraste con la constancia o fijeza de las demás especies vivientes donde el cambio (si ocurre) es un acidente no una constante como en nuestra especie. Una abeja o una hormiga son semejantes a sus tatarabuelas. Nosotros nos parecemos o diferenciamos de ellos en una multitud de rasgos, de tal diversidad y complejidad que nos invita a la interrogación. Diversidad en la genealogía y diversidad en los perfiles culturales. En esto reside nuestra grandeza como especie.

¿De dónde surge esta disponibilidad para el cambio que marca un umbral diferencial entre la inteligencia animal (adaptativa y situacional) y la condición humana embarcada en el huracán de la historia?

Mi respuesta a esta pregunta es que el lenguaje articulado (y la generación del pensamiento simbólico que esa herramienta habilita), abre el desarrollo de las artes y las ciencias — al comienzo contenidas y sumergidas en cosmovisiones teológicas — y que más tarde se autonomizan. Galileo es el icono fundacional que inaugura la observación sistemática y el uso de la razón, liberándola de la primacía del milagro de la iluminación divina (los Papas autorizando la disección del cadáver). Postura que le costó el ostracismo y la exclusión y casi le cuesta la vida.

---

1 Virilio, Paul — urbanista y pensador de lo contemporáneo ha puesto el énfasis en libros y artículos sobre los cambios societarios en la sociedad tradicional y su aceleración desde la revolución industrial y ahora la era informática.

A diferencia de los animales, cuya conducta está predeterminada por su dotación genética, en la fijeza de sus comportamientos instintivos, la herencia cultural — que según el biólogo Albert Jacquard prevalece en la especie humana — permite a la generación que llega, heredar condensadamente la experiencia acumulada y transformarla en nuevas adquisiciones. Esto me parece asombroso.

A diferencia del animal que es un "autómata genético", el pichón de humano tiene al nacer una pobre dotación de comportamientos instintivos, es al comienzo una "nulidad totipotente" que construye su mente y sus comportamientos de manera lenta, paulatina y gradual, en intensa interacción con el entorno humano que lo acuna y protege en su inmensa indefensión, producto de la prematurez.

No es sólo por la vanidad de distinguirnos de los monos o los delfines (siempre nuestra vanidad autorreferente nos lleva a postularnos como la cumbre y culminación de los seres vivientes), sino para empujarnos a pensar en los límites de nuestra razón y resistirnos al tobogán de la creencia, donde las explicaciones se delegan al mito, a la superstición o la teología. Tobogán que desemboca en la parálisis de la interrogación.

El camino explicativo que más me ayuda a pensar el cambio civilizatorio se apoya en la prematuriedad humana al nacer. El recién nacido humano es un retoño mucho más inmaduro y frágil que los retoños de otras especies. El pichón de humano es cuadripléjico y afásico durante un largo tiempo después del nacimiento. Para ser breve comparemos la autonomía de movimiento mucho más corta en los animales domésticos, el cachorro y el potrillo, que caminan a las pocas horas de nacer, el pichón de humano tardará un año en lograrlo. Esto habla — me enseñó el maestro Koolhaas — de un año (o más) de vida fetal extrauterina. Sé (de oídas) que esta teoría llamada la Neotenia de Bolk, estudia las etapas de la mielinización del sistema nervioso en los años iniciales, donde el dato más simple y elocuente es que el cerebro duplica su peso durante el primer año de vida. Probablemente no sólo su volumen, sino la riqueza y diversidad de sus conexiones sinápticas.

Más allá del campo de la Biología, la inmadurez al nacer con su correlato de fragilidad determina una dependencia extrema de la protección del entorno, inicial (prevalentemente materna) o en el reverso, de los fallos y carencias de esa protección.

Basta ver al recién nacido en la desesperación de su llanto y en la felicidad de su saciedad, alternancia que se repite cientos de veces, para autorizarnos a decir que más allá del zócalo biológico, lo que apuntala la humanidad del ser humano es la fusión de la díada madre-bebé o de la boca y el pecho. Amamantar = función biológica de nutrir, se anuda con amar, función de aplacar la "angustia de aniquilamiento" que provoca el trauma del nacimiento, al pasar del nirvana intrauterino, donde la temperatura y nutrición fueron constantes, a salir a la intemperie, donde se está a merced de la discontinuidad de sensaciones, gratas y displacenteras o dolorosas o catastróficas.

Desde esa precariedad e incompletud originaria, el humano se construye en relación: el otro y los otros preceden al yo. La noción de que el recién nacido es un "nuevo ser" es una visión y una ilusión adulto-céntrica. Desde el psicoanálisis y desde la antropología, hay argumentos suficientes para afirmar que ser persona — en el sentido de disponer de un cuerpo y una mente propios — no es un hecho simultáneo al nacimiento biológico sino una lenta adquisición gradual y paulatina, subsiguiente a la adquisición del lenguaje. Al nacer, el recién nacido sólo ve a 30 cms, ergo el mundo es la teta proveedora o frustradora, no viniendo de otro, sino una extensión del propio cuerpo. El bebé vive un universo sincrético, autoreferencial, que no distingue el ser del mundo exterior.

Desde esa indiferenciación originaria se inicia el largo periplo de la individuación, trabajo a perpetuidad y que jamás concluye.

Trocando defecto en virtud, la prematuriedad al nacer y la indefensión y dependencia extrema que son su consecuencia, multiplica exponencialmente la importancia del entorno humano que acuna y modela al recién nacido. En el ser originario, lo más importante son los otros, nos hacemos sujetos bajo su influencia que nos organiza y moldea. Lo más decisivo de nosotros mismos reside — en los comien-

zos — en el entorno humano (cultural) que habitamos y nos habita. Esto denuncia la falacia de la noción del individuo aislado, somos sujetos en relación (salvo los locos y los ermitaños y un poco los genios y los poetas). Es más legítimo decir que son cinco generaciones (dos en precedencia y dos en sucesión) que formatean la singularidad de un ser humano, en el encuentro del sujeto en construcción, con la lengua y la cultura que lo modelan. La unidad de naturaleza y cultura es imprescindible en la especie humana.

Hay que renunciar a definir la identidad humana como una mismidad autoreferida y excelsa. La humanidad de los hombres, dice H. Arendt, sólo se define y hace relieve sobre la tela de fondo de su pertenencia al mundo de otros hombres. La prematuriedad nos hace aptos para estar abiertos al huracán de la cultura. Allí radica nuestra grandeza y nuestra penuria. Para hablar el mínimo es dos, aunque el otro sea interior.

Desde entonces y para siempre en eso que se llama imprecisamente alma, o psiquismo, o aparato psíquico, coexisten — porosamente — a veces de modo armónico y a veces de modo conflictual y confrontativo — el mundo de los vínculos, de la obediencia y sometimiento a la autoridad y a las normas hegemónicas y el impulso rebelde de tejer nuestra singularidad en la multitud, la necesidad de ser únicos en la manera de armar y concebir al mundo. En esto — otra vez — nuestra grandeza y penuria.

En el curso del crecimiento se desarrolla en esa sustancia psíquica, una textura diferenciada que llamamos intimidad, o fuero interior o sensibilidad singular, lo que nos hace a veces tan afines y tan distintos con los demás.

La experiencia de fragilidad e indefensión (que en nuestra disciplina, el psicoanálisis, se llama desamparo originario), acompaña al sujeto toda su vida, afirma Freud y yo concuerdo. El psicoanálisis le ha bautizado con muchos nombres: angustia de aniquilación, agonías primitivas.

Los antropólogos nos enseñan que la tumba tanto como la herramienta, marcan el comienzo de la hominización y son índices irrefu-

tables de la conciencia de la finitud, de una relación con la muerte, que precede a la experiencia consciente. Las ficciones teóricas del psicoanálisis sobre el protopsiquismo del infans y la angustia de aniquilación sugieren que hay un "saber" sobre el morir, fundado tanto en la filogenia como en la ontogenia, que precede a la experiencia, pero que la enfermedad reactiva. Allí opera la hipnosis y la sugestión y prospera (o germina) la hipermedicalización.

La transitoriedad de la existencia y la conciencia de la finitud enfrentan al ser humano al sentimiento de lo irremediable y desconocido. Muchas culturas (los faraones — las culturas preincaicas) consagraban mucho empeño y esfuerzo en la tierra a preparar la vida eterna en el más allá.

Sólo en los agnósticos y con la razón, nos llevan a concluir que del polvo venimos y al polvo volvemos. Aceptar nuestra corta residencia en la tierra como átomos efímeros en la evolución perpetua de la especie. Pero no es lo mismo filosofar sobre la muerte — lo que siempre hacemos hablando o callando — que pensar en mi muerte, en la angustia que se actualiza en el encuentro con la enfermedad.

¿Cómo se articula lo que precede con el tema que nos convoca a este Coloquio? En la ambigua frontera entre la hipo y la hipermedicalización.

Nadie pone en duda los beneficios de los progresos en el campo médico, que erradicaron las pestes que diezmaban periódicamente a la humanidad; que sufrieron las epidemias de viruela y de lepra, o la sífilis, que mataban o dejaban en la penuria, la miseria y la exclusión a tantos seres humanos. Que abatieron los índices de mortalidad infantil y neonatal, y que durante el siglo XX nos otorgaron el deleite de duplicar la expectativa de vida al nacer, sin lo cual muchos de nosotros, (sobre todo yo y los de mi edad), no estaríamos aquí.

Pero también debemos estar alertas de que estos logros luminosos no nos encandilen y entonces debemos asumir los nuevos e inéditos desafíos a los que el progreso nos confronta.

¿Cuándo es necesario medicar, cuándo es superfluo o dañino? ¿Cuándo es útil y necesaria la paraclínica para rectificar los límites de

la clínica y cuándo es engorroso y sólo sirve como tobogán para fomentar la mercantilización de nuestro oficio sagrado? ¿O cómo opera como coraza protectora contra los acosos de malpraxis o de omisión de asistencia?

Como sucede con la Declaración de los Derechos Humanos, la noción de calidad de vida y de consentimiento informado son retóricamente inobjetables, pero su aplicación al caso concreto es a veces compleja y siempre expuesta a la falibilidad del error propio de la mente humana.

La sagacidad de Hanna Arendt ha permitido distinguir en las actividades humanas tres tipos de procedimientos, que tienen lógicas intrínsecas y diferentes.

Una son las actividades de producción y de consumo necesarias para la subsistencia, uno planta arroz o papas y las cosecha y por extensión esta lógica es aplicable a toda la producción de alimentos de origen vegetal o animal. Esta labor (el término es de Arendt) imprescindible para subsistir es común a toda la escala zoológica.

Otra actividad, que ella llama trabajo, es el proceso que va desde la materia prima al producto elaborado, tomamos madera y producimos sillas o mesas, tomamos metales o plásticos y hacemos automóviles o aviones. Y el inventario se ha ampliado desde la revolución industrial y luego la digital.

En la labor y el trabajo, el comienzo del proceso y el resultado son intencionales y predictibles y los logros son la consecuencia de una inteligencia (o razón) instrumental.

Pero hay otras actividades humanas que no son subsidiarias de la razón instrumental sino consecuencia de la diversidad humana, diversidad en la lengua, en el aspecto físico, en el color de la piel, en la valoración de lo bello o de lo feo, en la valoración de lo propio y de lo ajeno, o de lo distinto y lo extraño.

En esta actividad humana no juega sólo la razón instrumental, sino que allí el hecho prínceps es la referencia etnocéntrica, autoreferencial, mediada por el lenguaje. Sin duda es mejor ser lindo, rico y sano que feo, pobre y enfermo pero el lío es cómo gestionamos las diferen-

cias y a qué actos (solidarios o destructivos) da lugar la diversidad. De consiguiente, la relación entre los humanos, considerados personal o colectivamente, son impredecibles, y muchas veces nefastos, las guerras étnicas, religiosas o por prestigio, poder o dominio, han sido (y son) interminables.

El acto médico es axiomáticamente asimétrico. Uno es el que sabe, prescribe y actúa, otro es el que sufre, el que teme y el que pone el cuerpo. Se puede ejercer ese poder que otorga la asimetría con soberbia y altanería o dar cabida a la empatía para restablecer una reciprocidad horizontal, de buscar una complicidad donde el paciente se sienta co-autor del tratamiento.

Trabajar con la salud y la enfermedad es nuestro oficio y vocación. Esto conlleva o implica que algo universal de la condición humana, como son la conciencia y el miedo al dolor y a la muerte, o simplemente al malestar, que en el común de los humanos es algo esporádico e inesperado, se torne para todo el equipo de salud en su pan cotidiano, en su rutina.

Como dice Canguilheim, la medicina nace y se instala en la civilización con el propósito explícito de mitigar el dolor y postergar la muerte. Este es el Aleph, el punto inicial y decisivo de nuestro complejo quehacer, que se puede comprimir en esa fórmula telegráfica a pesar de su gigantesco desarrollo y complejidad en el mundo contemporáneo.

Frente al dolor y la muerte, no vale lo mismo la preocupación esporádica del paciente que el desgaste cotidiano o por imposición del sistema del profesional. Un angustiarse al que nuestro oficio nos condena a la híperdosis. Y una de las razones de pensar juntos aquí (tal vez la principal), es cómo tramitar o metabolizar esta intoxicación crónica.

En los orígenes, la función del médico no era lejana a la del chamán o el sacerdote, acompañar en el tránsito entre vivir y morir, consolando y aliviando. La expansión científico-tecnológica de la modernidad, el inmenso progreso del conocimiento en la farmacología, la cirugía, la imagenología, crean recursos diagnósticos y terapéuticos impensables hace pocos años. Alabado sea el progreso.

Aquí tenemos la triste misión de mirar en los intersticios, en la resaca que éste, el progreso, nos va dejando. En inglés hay dos términos para designar la enfermedad: disease o illness, que podrían traducirse al español por los términos enfermedad o dolencia y sufrimiento. La enfermedad (disease) designa el órgano o la función alterada y trata al cuerpo somático como una máquina descompuesta; la noción de sufrimiento, privilegia la lectura subjetiva, la vivencia subjetiva, real e imaginaria, que cada paciente hace de la alteración de su salud. Ambas nociones no coinciden: sufrimiento y enfermedad casi nunca superponen sus códigos.

El progreso científico y tecnológico ha llevado a nuestra tribu a ser cada vez más competentes y eficientes, para entender racionalmente y tratar la disfunción orgánica de la enfermedad, muñidos de un arsenal terapéutico que los colegas de antaño no poseían. La racionalidad tecnológica funciona como un escudo, o un biombo ante las emociones (temores y angustias) que la enfermedad y la muerte despiertan. Y sensible o insensiblemente, nos protegemos en la armadura de la indiferencia afectiva y pasamos a tratar enfermedades y no sujetos enfermos. Nuestra simpatía con el enfermo real se transforma en encono con el enfermo imaginario. Y las estadísticas nos dicen que las enfermedades imaginarias suscitan un alto porcentaje (70-80% según la OMS) de las consultas. No sólo, sino sobre todo que toda enfermedad alberga o implica un componente imaginario, le otorga su fisonomía singular, del cómo cada enfermedad se constituye — o quizás no — en un padecimiento subjetivo teñido por la singularidad de cada ser humano.

Más allá de focalizar la casuística clínica que vamos a trabajar con Alvaro Díaz, yo necesito establecer esta premisa como principio general. Cuando me ha tocado ser paciente — o enfermo — felizmente pocas veces en mi ya larga vida, la frialdad y la infantilización con que fui asistido, constituyeron un factor suplementario de padecimiento o de exasperación. La soberbia médica, la actitud altanera y jactanciosa, siempre me provocaron una irritación inenarrable. Y eso que yo era un eminente colega, no un enfermo cualquiera. Este factor es

importante, sobre todo en las enfermedades crónicas, donde la adhesión y complicidad del afectado son un factor co-determinante del éxito terapéutico. Por eso es diferente una medicina con alma que una medicina desalmada. Hipertensos, diabéticos, alérgicos, y en ese conglomerado difuso de las afecciones llamadas psicosomáticas, la relación intersubjetiva es tan decisiva en el éxito terapéutico como el arsenal farmacológico que dispongamos para el tratamiento.

Vuelvo al principio. Para trabajar bien por los pacientes, es ineludible que el médico trabaje consigo mismo, con su persona y sus emociones, donde descubrirá que su soberbia es un mecanismo defensivo contra sus propias ansiedades.

El desdén de algunos colegas y la burla al gesto compasivo por un interlocutor en situación de vulnerabilidad, es proverbial.

Hace medio siglo, un viejo profesor de Clínica Médica, predicaba que el diagnóstico más difícil era asegurar que alguien estaba sano. Si a esta dificultad le agregamos el fondo hipocondríaco, ese rasgo de enfermo imaginario que todos tenemos, un territorio de ambigüedad y de equívocos se despliega allí. ¿Cuándo medicar? ¿Cuánto medicar en el primer nivel de asistencia? ¿Cuánto de racionalidad y cuánto de sugestión se confunden en ese acto? ¿Cómo resolver la disyuntiva del paciente que quiere medicación y no la necesita? ¿O el que sí y la rechaza? ¿Dónde se discuten y resuelven estos dilemas que tienen tantos costos — humanos y financieros, como los aspectos técnicos de la salud pública?

Conceptos nobles como "calidad de vida" y "consentimiento informado", conllevan zonas de incertidumbre y ambigüedad. ¿Dónde y cómo se debaten estos temas?

El saber técnico del facultativo que busca la respuesta y la solución del problema es heterogéneo al saber humanista del universitario que apunta a reconocer la perspectiva dramática y conflictual que desata la enfermedad, sobre todo la enfermedad crónica y aquella que compromete la vida o la integridad en el proyecto de vida.

Idealmente ambas perspectivas — la técnica y la humanista — debieran complementarse e integrarse en un escenario único. En la

práctica médica actual están estalladas, escindidas o dispersas en el mosaico de especialidades. Y por un enigma a descifrar, cuanto más florece el saber técnico, más se marchita el acto médico como encuentro humano.

La afirmación previa, fundada en la más cruda observación empírica, (cuatro o más pacientes por hora) lleva a una anomia del encuentro. Muchas veces el médico no toca, ni siquiera mira al paciente, apenas le habla mientras redacta — (con letra ininteligible) — las prescripciones o derivaciones, algunas caricaturales, donde brota la sospecha de si se busca el beneficio del paciente o se magnifica la encuesta para un mayor rendimiento financiero de la persona o del sistema o para poner una barrera de hormigón contra la eventualidad de denuncia de malpraxis por omisión de un examen superfluo.

El primer nivel de asistencia, el modelo inglés del "general practitioner" o en criollo, el médico de familia, ha perimido, por lo menos en las urbes, aunque haya gloriosas excepciones en los pequeños poblados. Pero no quiero enfrentarme al progreso con un lamento, una nostalgia del pasado.

Creo que es realista la exigencia ciudadana de restablecer y fortalecer ese primer nivel de asistencia, de restituir la figura del médico generalista con su capacitación y competencia definidas (técnico, interlocutor o consejero) para dirimir la frontera entre la omisión de asistencia y la hipermedicalización. Un médico generalista cuya formación, prestigio y salario esté a la par de los quehaceres especializados.

Promover un sistema nacional integrado de salud como objetivo o utopía, sabiendo desde la partida que uno de los adversarios o enemigos más poderosos serán las corporaciones de especialistas y los intereses mercantiles de la industria farmacéutica, que son y serán reacios a renunciar a sus privilegios, a veces faraónicos. Será un duro y largo combate.

Mi texto se vuelve demasiado largo pero quiero concretar una historia que les traigo. Hace ya medio siglo — antes de que las dictaduras militares oprimieran nuestros pueblos y asfixiaran la reflexión universitaria, y sobre todo antes de que la revolución tecnológica in-

vadiera y vulnerara la humanidad del acto médico, con los aparatos de diagnóstico y tratamiento, (que a veces complementan pero otras reemplazan la palabra del médico), en la Escuela de Medicina de Montevideo donde yo fui estudiante y egresado, surgió un pujante movimiento colectivo para cambiar el Plan de Estudios. No sólo para actualizar y reformar los contenidos, (tarea permanente y necesaria), sino para cuestionar y reformar los fundamentos de la formación médica y de sus objetivos.

Se le objetaba a la enseñanza médica tradicional el ser biologista y enciclopedista, un primer año de ciencias morfológicas (anatomía macro y microscópica), es decir trabajando con cadáveres y microscopios, un segundo año de fisiología donde destripábamos sapos, perros o ratones.

A instancias de un grupo de pioneros, nació el proyecto de ampliar el enfoque biológico tradicional que constituía la columna vertebral de la enseñanza, para restituirla — (clamábamos con cierta solemnidad) — al campo de las ciencias antropológicas, esto es, que incluyeran la perspectiva psicológica y social en los blancos, negros o grises del eje salud-enfermedad.

La magnitud del emprendimiento implicó la exigencia de que cada asignatura renunciara a imponer un saber exhaustivo de la misma, una renuncia al saber enciclopédico vigente entonces, para abordar una enseñanza por problemas o situaciones que reflejaran la originalidad de cada enfoque. Esto significaba romper el potrero de las cátedras y organizar unidades docentes de diferentes campos disciplinarios (por ejemplo para el SNC, la convergencia de neuroanatomistas, neurofisiólogos, farmacólogos y clínicos). Y de yapa enfrentar profesores monumentales, que sentían amenazado su status (y jerarquía, y hacerlo sin demasiados gruñidos ni puñaladas).

Fuimos por entonces a consultar al maestro José Bleger cómo se instrumentaba la enseñanza de la perspectiva psicosocial de la práctica médica, pidiéndole bibliografía y autores destacados. Su respuesta fue instantánea, categórica y taxativa: "la docencia consistiría en un solo y único capítulo": "la entrevista psicológica", conocer al prójimo,

lograr acceso a su intimidad, poder contactar con los sentimientos y representaciones que comporta el encuentro con un semejante, cuando ese encuentro no es trivial, sino que busca cierta densidad o profundidad significativa".

Entre el asombro admirativo, el susto y una perplejidad desconfiada, aceptamos el desafío, tan distante de la enseñanza magistral — donde el docente derrama desde la jarra llena de su saber al vaso vacío de la mente del aprendiente.

El procedimiento (o dispositivo) era simple. Un par o un trío de estudiantes que recién ingresaban al ciclo universitario (de edad promedio 18 años), reclutarían a una persona (el almacenero, el cartero o la abuela de un amigo, el repartidor de diarios o el concejal del distrito) para sostener con ellos un par de entrevistas semanales durante cuatro a ocho semanas. El contenido de las entrevistas era luego discutido por un grupo de 30 estudiantes.

El desafío parecía simple y elemental: lograr decir quién era el entrevistado y poder comunicárselo a terceros. No se daban consignas ni guías tipo receta, sino la mera construcción y redacción de un esbozo biográfico que los estudiantes lograran del entrevistado. El acceso a sus recuerdos, sus proyectos y sueños, logrados o frustrados, sus aficiones y temores. Tener acceso a la interioridad, a la intimidad del prójimo, con respeto y cercanía. Consignar lo que el decía y lo que se callaba u ocultaba.

El segundo paso — tan decisivo como el precedente — era examinar grupalmente los resultados logrados, calibrar vivencialmente las dificultades de acercarse, descubrir vivencialmente la visibilidad y las opacidades que emergen en el acercamiento a un semejante, los logros y obstáculos que se producen en una exploración cuya meta es conocer y decir quién es el prójimo.

Buena parte de los alumnos y docentes que en esto participaron, quedaron hondamente marcados por lo fructífero de la experiencia, donde se accede a la humanidad del otro, a su intimidad, (como ocurre en el amor y la amistad) y se vuelve imborrable cuando el sujeto que lo protagoniza y lo vive con la intensidad propia de los 18 años.

La plasticidad y sensibilidad de los 18-20 años es más fresca y maleable de lo que se logra más tarde. La artrosis no es sólo de los huesos, suele afectar también el alma…

Más tarde en el ciclo clínico, los profesores que al comienzo eran objetores de la reforma, se burlaban de nosotros con desdén. Uno de ellos, muy admirado por mí, me había dicho con sarcasmo amistoso: "¡Pero les vas a enseñar el complejo de Edipo o los infartos de miocardio…!" Años más tarde reconocieron con gratitud que las promociones que habían transitado aquella experiencia, eran menos reticentes, menos evitativos y fóbicos a acercarse a los pacientes hospitalizados y lograban mejores historias clínicas, mejores anamnesis y exámenes clínicos.

Transitamos esta experiencia durante un lustro, pero la dictadura militar lo interrumpió abruptamente. Tal vez por ello mi recuerdo es desmedidamente idealizado. Tal vez la experiencia no hubiera resistido la explosión tecnológica de las últimas décadas del siglo XX.

Hoy día hay menos pacientes, o menos actos donde la palabra del médico sea parte del dispositivo terapéutico. Hay instituciones o empresas de asistencia médica donde el asistido en nombre de la eficiencia, es cliente o usuario y su condición de paciente o doliente ha perimido y una corporación que la atiende, con todos los beneficios del marketing y ninguno de la ternura.

No puedo concluir mi desarrollo sin una expresión de gratitud y admiración a las y los pioneros que propulsaron la organización de este evento, que sitúa en el centro del debate el tema de la exclusión de las humanidades en medicina, evento a contramarcha de la moda hegemónica de promover el progreso tecnológico y científico, pero sin detenerse en una pausa reflexiva para pensar los efectos colaterales de este progreso, eventualmente dañinos, la pérdida de la dimensión subjetiva del padecimiento en nombre del omnipotente saber objetivo.

El progreso farmacológico comporta muchas veces eficacia terapéutica, pero también se mercantiliza vendiendo salud, belleza y juventud eternas, sin discriminación crítica entre la verdad y la mentira,

entre la veracidad y el engaño, desmintiendo que todos vamos a envejecer y morir, desmentida de altos costos humanos y económicos.

La ética del consentimiento informado, que hace del afectado un co-autor de su peripecia de salud y enfermedad, tiene una vigencia retórica irrefutable, pero suele estar ausente del acto médico cotidiano, donde el médico casi siempre muy apurado, se presume un dios que decide por ambos y ciñe al paciente a una obediencia infantil, o a una rebeldía contestataria que promueve la desconfianza o la denuncia de malpraxis.

Estos males que se incrementan en esta modernidad tardía, tienen altos costos morales y materiales, humanos y económicos y exigen una ética que los atienda con tanta atención como los celebrados progresos técnicos que nos ahorran tantos males. De todos modos las Parcas son invencibles y sólo podemos diferir el desenlace. Gracias Cida y queridos colegas por invitarnos y ayudarnos a pensar.

PARTE IX

CONFERÊNCIA: MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y DESMEDICALIZACIÓN DEL MEDICO EN LA SOCIEDAD DE CONSUMO

ALVARO DÍAZ BERENGUER – Professor de Medicina Interna e Clínica Médica na Universidad de la Republica (Udelar) — Uruguai, integrante da Comissão de Bioética dos Serviços de Saúde do Estado, integrante da Comissão de Segurança do Paciente e Prevenção de Erros Médicos. Autor dos livros: *Medicina e literatura*, *A medicina desalmada*, *A medicina e o sofrimento* e *O narcisismo na medicina contemporânea*.

CADA PUNTO de vista implica definiciones previas, coordenadas. Las nuestras parten del Sur, desde abajo hacia arriba, con la perspectiva del pequeño Uruguay. Es decir que nuestro Norte es el Sur como afirma Joaquín Torres García.

Nuestras coordenadas están dramáticamente influidas por una sociedad que crea normas por intereses comerciales. Intentaremos, aunque sea transitoriamente, de soltarnos de ataduras y observar con otros ojos.

La Medicina actúa de manera visible, explícita, vinculada con lo operativo inmediato, la reversión de los procesos mórbidos que aque-

jan a los seres humanos con la intención de prolongar la vida y disminuir sufrimientos; pero también actúa de forma, implícita, oculta, inconsciente, para dar explicación a lo inexplicable, dar coherencia a la sociedad humana y la seguridad necesaria para la convivencia, desplazando en gran medida sin habérselo propuesto, a las Religiones tradicionales. La palabra Religión tiene su origen en religar, reunir, unir, dar cohesión. La Ciencia reemplaza hoy en gran medida a la Religión. Ahora estamos bajo la tiranía de una Ciencia manipulada por intereses.

La Medicina está enraizada en la cultura de su pueblo. El médico recogió la tradición interpretativa de la realidad de sus ancestros chamánicos que da sentido a lo inexplicable, a través de una mitología compleja y cambiante, que en los últimos siglos surge de la Ciencia, pero sin abandonar las raíces mágico-religiosas. El médico es hoy, o debiera ser, científico, psicólogo, sacerdote, chamán, mago, abogado y juez, según las circunstancias, propósito casi inalcanzable.

A lo largo del siglo XX, se acrecentó el poder terapéutico con nuevas herramientas tecno-científicas, mientras que perdió pie ese don ancestral que le permitía al médico explicar lo inexplicable, o por lo menos hacerse cargo de ello. La esperanza infinita que el imaginario colectivo ha depositado en la Ciencia choca ahora en el consultorio con la crudeza del médico de carne y hueso, y sus limitaciones. Cada nuevo procedimiento de la alta tecnología o nuevo fármaco de sofisticación biomolecular, genera expectativas esperanzadoras, pero su aplicación no cumple con lo prometido. El entusiasmo de la noticia pronto se opaca porque en la realidad los avances son siempre insuficientes para evitar la muerte y los sufrimientos. Las noticias por otra parte no son inocentes.

La comunicación en el consultorio está profundamente perturbada: se ha "cibernetizado" como dice Eric Fromm, se ha "robotizada". La interacción reemplazó a la comunicación, en una relación mecánica de engranaje contra engranaje, lo más aséptica posible de sentimientos. Los espíritus no tienen lugar. Tampoco hay tiempo para que el encuentro fructifique en certezas. No hay confianza. No hay fe compartida. Lo objetivo de la ciencia "objetiviza" al paciente, lo transforma en obje-

to. Esta corriente positivista comenzó en el siglo XVIII junto con la idea que el hombre era una máquina hecha de materia y que en el Universo no existía más que la materia regida por las leyes de la materia.

La Medicina es cada vez más compleja y costosa, en la medida que crece el número de engranajes y de las especializaciones y subespecializaciones; y cuanto más compleja más se acorta el tiempo promedio destinado a los pacientes. Los administradores consideran al enfermo un objeto manipulable en una cadena industrial.

Gracias al lenguaje somos sujetos en relación con los contemporáneos y con nuestros ancestros. Habitamos en el lenguaje. Nuestro mundo y nuestro cuerpo están hechos de otros, aquí y en el más allá, con flores y pecados. Jacques Lacan propone que el cuerpo es un organismo atravesado por el lenguaje y el médico es el intérprete de ese lenguaje.

En el encuentro y en el ensamble con el otro y su entorno, en el pasado, en el presente y en el futuro, germina y fructifica lo que se conoce como humanidad. Médico y paciente son los actores principales de esta historia tanto más humana cuanto más rico sea el diálogo entre ellos sobre los males del cuerpo y el destino. El desamparo originario del enfermo al que lo condena su cuerpo, encuentra solución a través de la interpretación de los síntomas y los signos. Ese lenguaje que dignifica, no son solo palabras. La importancia del lenguaje se manifiesta en la fuerza de una sonrisa.

El ámbito del enfermo, es mucho más que una explicación científica de un fenómeno biológico; es una vasta trama de relaciones propias de su cultura de su tiempo y de su lugar. Allí debe penetrar el médico, con lo que dice y lo que no dice; con los silencios que solo son posibles en función del tiempo compartido. Solo el tiempo sin tiempo posibilita el lenguaje y el encuentro. Solo así se evita que el paciente perciba el diagnóstico y el pronóstico como un "lenguaje esotérico" o una "profecía en clave" (palabras de Mario Benedetti en su Cuento La Muerte).

La medicina se debe a los otros; sin el lenguaje queda despojada de ellos y de su esencia. Nuestro cerebro hecho de materia, es un laberinto donde deambulan los espíritus de nuestros congéneres gracias al lenguaje.

Al mismo tiempo que la sociedad globalizada estrechó su vocabulario, la medicina evolucionó hacia la aplicación fría de procedimientos protocolizados, en donde el lenguaje pasó a un segundo lugar. La interpretación médica a través de algoritmos se ha globalizado y está de moda como las decisiones basadas en la evidencia. La omnipotencia del saber científico desplazó la duda, la incertidumbre, las infinitas posibilidades del destino.

El algoritmo de la antigüedad griega está vinculado con las matemáticas, con la exactitud. Ahora quedó restringido al ámbito de la computación, de la cibernética, y de la medicina. Nada más lejos del acto médico que la certeza matemática; el médico actúa en la duda, en penumbras, donde todos los gatos son pardos. Muchas veces es el tiempo el que nos conduce a la verdad. Veritas filia tempore: la verdad es hija del tiempo. Pero como decía Francis Bacon: la verdad es hija del tiempo pero no de la autoridad. La tendencia matemática y lo mecánico inducen a creer en la verdad de un discurso que en realidad tiene pies de barro y un engañoso contenido.

El objetivo, el fin, la misión del médico consiste en hacer el Bien. Para ello se enfrenta a un mar de incertidumbres científicas y humanas, por los caprichosos vaivenes de la enfermedad. El rumbo no está orientado por la Ciencia sino por los valores humanos que el médico descubre con su enfermo. El algoritmo es solo una constelación en el cielo que orienta al navegante, pero nada más. Al mirar con la profundidad del telescopio la constelación mitológica desaparece y se cae en el más allá. Gérvas y Pérez Fernández dicen: "La alquimia de los números deslumbra a los pacientes y a la sociedad, y se prefiere la seguridad de una respuesta errónea barnizada de estadística a la incertidumbre de nuestra ignorancia".

William Osler vislumbraba que hacer medicina es como navegar por un mar desconocido con mapas que no son suficientes. El rumbo de nuestro destino no es solo predecible por la Ciencia.

La salud consiste en una utopía inalcanzable, pues en este concepto subyace la seguridad absoluta y la vida eterna: en última instancia se puede considerar a la salud como un bien equivalente a la

esperanza de la salvación. La propia palabra salud proviene de esa raíz: de "estar salvado". La salud está enraizada en los mismos orígenes de las religiones.

No es posible separar el concepto de enfermedad de las características de cada pueblo. En una tierra de gigantes, ser enano, significa padecer una enfermedad, así como en una tierra de enanos ser gigante es una enfermedad. Cada pueblo trae consigo una mitología propia que suele explicar los males, y los procesos de inclusión o exclusión de los individuos, lo que está íntimamente ligado con la moral. La actual Medicina sin patria, globalizada, desarraiga, y hace perder pie a quienes la necesitan.

El arte de curar está inmerso en la mitología: historias fantásticas rodean las enfermedades y las curaciones desde los comienzos de la humanidad; no es posible borrarlas.

El cazador del Mal lucha con él. Ello es evidente en las metáforas bélicas que se usan en la actualidad: "armas terapéuticas", "combatir las enfermedades". Cuando surgieron los antibióticos se llamaban "balas mágicas". El médico derrota a la muerte.

Las enfermedades estigmatizan, esto es, causan vergüenza, y quitan el honor. El poder que usa el médico contra el Mal, no debería dirigirse solamente a los fenómenos biológicos sino también a quitar la vergüenza y devolver el honor, porque ese poder permite mantener al individuo enfermo incluido entre sus semejantes, inserto en su mundo, en su entorno, protegido, esperanzado.

El poder de curar cristaliza en símbolos que caracterizan al salvador: el estetoscopio en el cuello, la túnica blanca, el título enmarcado en la pared. Estos son distintos en cada cultura. La Técno-ciencia provee innumerables artefactos que adquieren sin proponérselo esa capacidad de amuleto, que comenzaron con el estetoscopio y el bisturí, pero que se prolongan en la tecnología médica actual.

La enfermedad no es solo un modelo científico; es una construcción simbólica de una sociedad que explica el sufrimiento y la muerte a su manera, y que implica culpas. El enfermo que ha sido condenado por el destino busca ser absuelto por el médico.

El médico tiene el poder de re-incluir al paciente en el reino de los que tienen dignidad y esperanza. Su figura se construye sobre hazañas victoriosas y su sola presencia puede impedir que se libere el enfermo imaginario que todos llevamos dentro.

El camino iniciático de la formación del chamán incluye el enfrentamiento con la realidad de su muerte y con las alternativas culturales de este dilema, enraizadas en una cultura ancestral que pasa de generación en generación. Sobre esa base despliega sus acciones y logra la coherencia de su tribu, para la cual se transforma en líder espiritual junto al cacique.

El viento positivista que sopló en los últimos siglos arrasó con la mitología ancestral que daba sostén al infortunado. La medicina quedó reducida a la atención de los fenómenos biológicos. Causas y efectos tienen significados inciertos, alejados de la cotidianidad de la sociedad, son insuficientes para explicar la enfermedad y la muerte. Los médicos contemporáneos son los intérpretes de las causas del silencio eléctrico de la actividad cardíaca y encefálica, no de la muerte. Ya no es tan frecuente como antes escuchar "Dios así lo quiso".

La muerte está siempre presente en la imaginación del enfermo; ella está cerca.

Con el corsé de la actividad científica, la muerte tiene su causa biológica sobre la que sería posible actuar. Cuando esto se proyecta en la atención de los moribundos, caemos en el empecinamiento terapéutico absurdo y en la culpa ante el fracaso de la resurrección.

La enfermedad grave y la muerte siempre traen consigo una pesada carga de culpas. No es posible asistir al sufrimiento que no podemos evitar, sin que corra por nuestras venas cierta culpabilidad que en el fondo está impulsada en última instancia por la piedad.

La sabiduría que nace de la experiencia personal y de la tradición, cayó en descrédito mientras que se reforzó la fe en todo aquello que proviene de la aplicación del método rígido de la Ciencia, donde lo fundamental es la causa racional, la etiología. Se ha sobrevalorada la razón sobre el sentimiento, y el encuentro con el paciente se transformó en causalidad. El médico se preparó para luchar contra las causas,

no para atender al desvalido sin causa, y menos para atender las culpas. Ese vacío fue necesario llenarlo con una nueva especialidad: los cuidados paliativos.

Si antes el chamán era el vehículo que conectaba los males del enfermo con el mundo de los espíritus y con el resto de la comunidad, ahora el médico es el vehículo para la conexión con la mitología del frío mundo de la tecno-ciencia, en la que médico y paciente creen ciegamente, pero ese nuevo mundo está deshabitado, aunque sin embargo está manipulado. El paciente se reubica en su nueva circunstancia vital, según lo que cree entender y según sus esperanzas que están depositadas en ese gigante de pies de barro, pero permanece solo, aislado, excluido.

Si antes en el principio era el verbo, ahora en el principio es la acción; el diálogo quedó sustituido por el acto. Louis-Vicent Thomas afirma que "Universalmente, el silencio está ligado a la muerte".[2] En nuestra sociedad la proximidad de la muerte interrumpe la comunicación y hace imposible el mensaje.

El término "medicalización" se refiere a un proceso de impregnación social de todo lo vinculado a la medicina y a la creación mitológica de un nuevo Dios con pies de barro.

La medicalización está presente en el lenguaje cotidiano (por ejemplo: "la sociedad está infectada de delincuentes", "es necesario hacer diagnóstico de la situación económica", "hay que cortar por lo sano"), y también se pone de manifiesto también en la comercialización de productos de distinto tipo.

La Coca Cola nace como producto médico y gran parte de los productos que se comercializan utilizan en su promoción, conceptos médicos. Hay zapatos deportivos saludables, hay comidas saludables, hay vestimentas saludables, hay sillas saludables, hay ambientes saludables. Por contraposición y subrepticiamente se crea un entorno enfermizo. La existencia humana está hoy atrapada por la Medicina. Nacimientos y muertes están en manos de los médicos y deben estar certificadas.

---

2 Thomas L-V Antropología de la muerte. Ed Fondo de Cultura.México 1993.

Para obtener la libreta de conducir o un trabajo se exige la intervención médica. Solo un médico puede definir si un criminal padece un trastorno psiquiátrico y la responsabilidad que le cabe ante la Justicia. Es el perito médico asesorando al juez el que en última instancia decide sobre la responsabilidad de los actos criminales.

La Ciencia y su pariente la Medicina, comienzan a desplegarse en la imaginación de los hombres como Todopoderosas a partir del siglo XVIII. "Frankenstein o el moderno Prometeo" de Mary Shelley, publicada en 1818, relata la construcción de un ser vivo que culmina siendo un monstruo. Se muestra allí la potencialidad de la Ciencia para cambiar el destino, pero también se muestra su inmoralidad. La novela surge de las ideas precursoras de Luigi Galvani y de Erasmus Darwin, aunque en aquel tiempo totalmente infundadas, que a través de la electricidad se podría revivir a los muertos. Frankenstein encarna el científico inmoral que a partir de entonces se encuentra en innumerables obras literarias y televisivas, incluyendo dibujos animados para niños.

En el siglo XX la Medicina desplegó todo su fulgor, encandilando con la realidad de la reanimación cardiorespiratoria, los transplantes, el desarrollo de los bebés de probeta, la manipulación genética, el cambio de sexo. Toda la vida entró en la cueva de la Medicina científica dejando fuera a los espíritus ancestrales.

Si bien la medicalización puede ser considerada en teoría como el traslado de la responsabilidad de la salud a los ciudadanos, en realidad consiste en un proceso de dominación ideológica de los mismos, a través de una nueva mitología.

Orueta Sanchez y su equipo, afirman que: "La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia."[3] El más mínimo sufrimiento (incluyendo a la ansiedad), son percibidos como enfermedades que requieren ser atendidas por el sistema. Compartimos

---

3 Orueta Sanchez, R. y col. Revista Clínica de Medicina de Familia Rev Clin Med Fam vol.4 n°.2 Albacete jun. 2011

José Alberto Mainetti que el término "connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradojales o indeseables, de tal fenómeno".

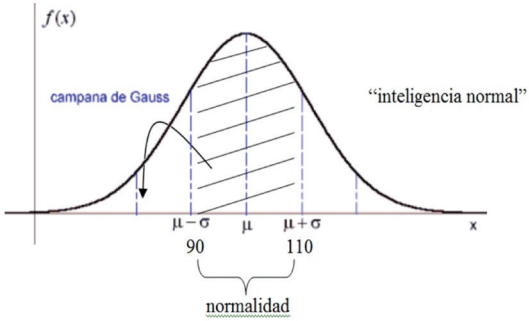
Michael Foucault, uno de los primeros filósofos en rebelarse contra el poder médico, dictó una conferencia en Rio de Janeiro en 1974 donde afirma que a partir del siglo XVIII, la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaron en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa de los brazos de la medicina.[4]

Al año siguiente Foucault destaca la aparición de la figura del "anormal", y el dominio de las anomalías como objeto privilegiado de la psiquiatría. Dentro de lo que se considera anormal destaca la figura del pequeño masturbador y del niño indócil.

La medicalización incluye la intromisión en la moralidad de las personas.

El espíritu científico del siglo XIX aplicó la causalidad entre el aspecto del cuerpo físico y las razas por un lado, y la moralidad y la inteligencia por el otro. El médico italiano Cesare Lombroso publica el "Hombre delincuente" con el análisis de los rasgos físicos que caracterizan al criminal. Comienza por ese entonces a desarrollarse la idea de una raza superior y de la eugenesia, tema latente en la medicina de nuestros días.

Paralelo de Gauss



4 Foucault, M. Historia de la Medicalización. Educación Médica y salud Vol.11, No.1 1977

En el ámbito de las matemáticas surge en paralelo Carl Gauss, con su clásica campana: una base metodológica para la definición de lo normal y lo anormal; de lo sano y lo enfermo.

Ya en el siglo XX, en la década del 70, coincidiendo con la corriente crítica de Foucault, Iván Ilich publica su libro Némesis médica, que contiene un capítulo titulado "La medicalización de la vida" en donde afirma: "La proliferación de agentes médicos es insalubre no única ni primordialmente a causa de lesiones específicas funcionales u orgánicas producidas por los médicos, sino a causa de que producen dependencia. Y esta dependencia con respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos saludables y curativos- de los ambientes social y físico, y tienden a reducir la capacidad orgánica y psicológica del común de las gentes para afrontar los problemas." Y agrega: "los miembros de la familia generalmente se asustan ante la idea de que se les pueda pedir que atiendan a sus propios enfermos". [5]

Lo cierto es que en la civilización occidental, ya nadie nace ni muere en su casa. Ya no hay comadronas que atiendan los partos ni viejas que amortajen los cadáveres.

La medicalización también incluye estos cambios antropológicos. Si antes la muerte fue atendida por un sacerdote que esperaba el último aliento, hoy la muerte es atendida por el médico que espera el silencio eléctrico en una pantalla fluorescente.

El témino patologización se refiere a otra cosa, a la inclusión de un fenómeno normal en la categoría de enfermedad, partiendo de la base que si algo se sale de la norma debería ser considerado como tal. Los procesos históricos de normatización se acompañan de procesos de patologización. Las enfermedades cambian a la par de las normas.

La patologización es más evidente en el terreno de los trastornos de la conducta humana, dentro del ámbito de la psiquiatría, pero también existe más allá en el terreno global de la medicina. Los límites de la presión arterial, de las cifras de colesterol o de la glicemia, que de-

---

5 Ilich, I. Némesis médica La expropiación de la salud. 2da Ed. Barral Editores. Barcelona. 1975.

finen la oportunidad de la intervención médica, están en permanente cambio. En la medida que van disminuyendo se van expandiendo las indicaciones de los tratamientos farmacológicos.

¿Dónde están los límites de lo sano? Estamos genéticamente condenados a muerte desde el momento en que nacemos. La existencia viene acompañada de pérdidas y sufrimientos. ¿Cuáles son entonces los parámetros que se utilizan para definir la necesidad de tratamiento médico? ¿Las respuestas dependen de la Ciencia y de la Medicina? ¿Se encuentran en la cultura? ¿O dependen de la política sanitaria? ¿O de intereses comerciales? Probablemente todos estos factores entran en juego.

Un ejemplo de patologización, y posterior despatologización, es la homosexualidad, que fue una condición medicalizada y patologizada, y se la concibió como una enfermedad hasta que a mediados del siglo XX, comenzó un proceso inverso de despatologización. ¿Es posible considerar a la homosexualidad como una variable a medir y clasificar? ¿Es un problema orgánico o del espíritu? ¿Es un problema?

La medicalización tiene relación no solo con el cuerpo y la patología orgánica, sino también con el espíritu, que la Medicina hace suyo, expropiándoselo a los individuos. Por ello no existe otra profesión en donde la importancia de la moral sea tan relevante como en Medicina.

Walter Freeman luego de la segunda guerra, realizó en EEUU más de 3500 lobotomías frontales con la técnica del picahielo, para el tratamiento de trastornos conductuales menores tales como la rebeldía de los niños o los adultos y conductas consideradas "alteradas" como la de los homosexuales o de los comunistas.

Recorría su país en un vehículo adaptado que denominaba "lobotomóvil" La técnica dejó de ser utilizada por la aparición de la clorpromazina en los años 50. Las normas cambian, las enfermedades también, en un proceso dialéctico. ¿Ser distinto significa ser enfermo?

Todo individuo de esta sociedad "debe ser feliz" y para ello se necesita consumir antidepresivos. Los niños "no deben molestar". Mientras la psiquiatría fomenta adicciones a los psicofármacos, y ya no se puede dormir bien sin un hipnótico, se condena el uso de la

marihuana por fomentar supuestas alteraciones conductuales irreversibles. Probablemente en poco tiempo se autorice su uso bajo la tutela del médico, verdadero vigilante de la salud y quien transforma la inmoralidad en normalidad.

Muchos millones en el planeta reciben tratamientos que no cambian la evolución ni calidad de vida de quienes los reciben; por el contrario, son perjudiciales. ¿Cómo podemos haber llegado a este extremo?

La medicalización es un proceso antropológico que establece lo que es normal y lo que es anormal, lo que hace bien y lo que hace mal, lo que es moralmente correcto y lo que es moralmente incorrecto. Los abogados y legistas, recogen en la Leyes las normas morales de la sociedad, pero no las crean; en cambio la medicina, crea normas de conducta, normatiza, determinando que es enfermedad y lo que no lo es. De hecho la medicina está dedicada a combatir todos los Males del ser humano, pero para ello primero determina qué se considera Malo y qué Bueno.

Y muchas veces también se erige en juez: condena o absuelve.

La despatologización de la homosexualidad ocurrió a partir de un estudio sobre la sexualidad de los norteamericanos que reveló que entre la heterosexualidad y la homosexualidad había un continuo de conductas diversas, planteando que lo estadísticamente normal no podía ser considerado médicamente anormal.[6]

Se puede utilizar el término desmedicalización en dos sentidos: uno, como desmedicalización de la sociedad, esto es como propuesta de reversión del fenómeno de medicalización; dos, desmedicalización del arte o desmedicalización del médico, para referirse a un proceso deshumanización del profesional, y a este aspecto es al que nos dedicaremos.

En este último sentido, un ejemplo es la propuesta actual de desmedicalización del parto para evitar la intromisión exagerada de la atención sanitaria en un momento particular de la vida de la mujer y su hijo. Desmedicalización en este caso, aunque parezca paradojal, es

---

6 KINSEY A. C., POMEROV W. B. Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia: 1948.

sinónimo de humanización. Y es que de alguna manera la medicalización ha provocado deshumanización.

Nos referimos entonces a la desmedicalización del arte o a la desmedicalización del médico, como un cambio del modelo médico tradicional de las últimas décadas. Nos referimos a la deshumanización del acto médico.

Se plantea con base al respeto de los derechos humanos, la importancia de la transferencia de la responsabilidad y del poder de curar a los propios interesados, lo que se funda en la concepción de la igualdad entre los seres humanos y en una distribución homogénea del poder, en un afán democratizador. Esto coincide con la corriente de la bioética moderna originada en el seno de la sociedad norteamericana, en la que prima ante todo el principio de autonomía: la libertad ante todo. Esta es una característica fundamental de la posmodernidad en donde el individuo se transforma en la referencia de sí mismo.

Aferrarse al principio de la autonomía en la atención de los individuos enfermos puede transformarse no pocas veces en abandono. En aquellas situaciones definidas por la propia etimología de la palabra: enfermedad, in firmus, no firme, débil, la responsabilidad cae sobre el médico que debe actuar en un delicado equilibrio entre su obligación de beneficencia y la obligación de respetar la voluntad de su paciente. El actuar médico es cuidar: una acción que ocurre entre un ser poderoso y otro debilitado. La desmedicalización se proyecta en última instancia como pérdida de abrigo, de sostén, en abandono a su suerte. El principio de autonomía es bienvenido cuando se basa en el respeto al paciente; pero es inhumano cuando no hay ánimo protector, lo que ocurre cada vez con mayor frecuencia.

Dany-Robert Dufour dice que los individuos de esta sociedad postmoderna "están más abandonados que libres".

El principio de beneficencia está repleto de conceptos morales y de contenidos propios de la cultura a la que se pertenece. La consideración de todos esos puntos de vista está en la base del arte médico.

La "desmedicalización del arte" consiste en una obnubilación del diálogo y en la atenuación de la responsabilidad para conducir los destinos del enfermo, lo que significa abandono.

En la "cibernetización" del acto, la responsabilidad se elude y diluye, desplazándola al enfermo, que muchas veces no está en condiciones de decidir; entonces el paciente pregunta a su médico ¿Ud. en mi lugar que haría?

En ese abandono cae el consentimiento informado que se transforma en un contrato comercial que así como promete, también permite eludir responsabilidades. Muchas veces se firma sin haberlo leído. La información siempre es tendenciosa y muchas veces oculta el interés del médico.

Los procesos sociales están en íntima relación con la Medicina. La referencia del congénere como base de la moral está en crisis en la sociedad occidental actual y eso se proyecta en la intimidad de los consultorios como desmedicalización del arte.

Prueba de ello es que el dolor ha quedado huérfano de su vínculo antropológico-religiosos (el dolor y el sufrimiento estuvieron durante muchos siglos vinculados con el acceso al más allá en el cristianismo). Con la imposición del método médico racional, el dolor se traslada del alma a la materia, y es cada vez más insoportable. La medicina se ha desalmado.

Asistimos a una epidemia de dolor para la cual no se encuentra solución a pesar del enorme desarrollo farmacológico. Tanto es así que la medicina creó una especialidad particular: la terapia del dolor; a pesar de ello, el dolor prosigue su marcha. El dolor es el primer estímulo para el desarrollo del lenguaje (la insatisfacción más primitiva causa el llanto del bebé a través del cual llama al abrigo materno); ahora sin abrigo del lenguaje médico, el dolor no encuentra donde ir.

La esencia del médico se encuentra en la etimología de la palabra que proviene del latín "medeor": cuidar, dar abrigo, proteger, acciones que parten de la empatía y de un sentimiento particular: la piedad ante el dolor y el sufrimiento.

La medicalización de la sociedad se acompaña de la "desmedicalización del arte médico", una forma distinta de nombrar lo que por varios rincones se conoce como deshumanización de la medicina, situación en la que el paciente no solamente se siente excluido por padecer su enfermedad sino también porque es abandonado a pesar que esté en los cuidados más intensivos posibles, rodeado de las manos y túnicas más limpias posibles y penetrado por los caños más modernos.

La sociedad en la que vivimos actualmente se llama "de consumo". Habitamos en un lenguaje comercial donde el paisaje cotidiano son las marcas empresariales y los símbolos del marketing desde la tierna infancia. El Yo se edifica sobre la base de marcas comerciales como valores; es decir las marcas comerciales son los baluartes narcisistas en los que se asienta la existencia contemporánea.

Toda necesidad humana es blanco del marketing que induce al consumo, y aquí una de las claves del éxito comercial: encontrar los denominados "nichos de mercado" que no son otra cosa que los lugares que permiten la explotación de las necesidades humanas. Si las necesidades no existen para lo que se quiere vender, se pueden inducir a través del marketing.

La distancia entre el deseo inducido y la imposibilidad de satisfacción de lo que se propone, genera violencia en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo la relación médico-paciente.

En el momento actual muchas de las necesidades de la humanidad se deben al insolente marketing contemporáneo. El individuo es modelado en sus gustos por la sociedad de consumo, sin que se pueda resistir. El marketing es un alquimista de los deseos.

Decía Noam Chomsky que "El sistema ha conseguido conocer mejor al individuo común de lo que él se conoce a sí mismo. Esto significa que, en la mayoría de los casos, el sistema ejerce un control mayor y un gran poder sobre los individuos, mayor que el de los individuos sobre sí mismos."

En este juego de necesidades y consumo participa la Medicina. La salud se transformó en un "bien de consumo". El mundo occidental

vive actualmente una mejor la calidad y promedio de vida que los siglos que dejamos atrás; sin embargo antes no se percibía el riesgo de enfermar como ahora, ni existía la actual dependencia del equipo médico.

La propaganda es el vehículo fundamental para impulsar el consumo, y si ella existe a pesar que cuesta fortunas, es porque es muy eficaz. La propaganda no es inocente y como decía el escritor norteamericano Raymond Chandler, todo lo que ella dice, es mentira.

A la propaganda tradicional, se suman las sofisticadas formas de marketing de la industria farmacéutica, en la que invierte más que en la investigación destinada a los nuevos productos. Nos referimos al uso de líderes de opinión, a la información vertida en Congresos supuestamente ajenos a los intereses comerciales, al sesgo de publicación de artículos científicos en revistas de prestigio, a la promoción directa a través de visitadores.

Dentro de estas formas sofisticadas de márketing se debe incluir la patologización. El marketing farmacéutico es un agente patologizador: crea enfermedades con sus culpas correspondientes y la moralina tóxica de la que habla Cida Moyses.

Lo que podría ser más impactante en términos de salud de la población no importa si no promete nada al bolsillo. La investigación se centra más en las enfermedades crónicas que en las agudas, porque las primeras requieren tratamiento de por vida; más en las enfermedades frecuentes que en las enfermedades raras, porque el mercado es más amplio; más en las enfermedades de los países desarrollados que en las enfermedades de los países en vías de desarrollo, porque el retorno es más rápido y seguro.

La industria más lucrativa del planeta después de la industria de la guerra, para asegurar la venta, utiliza la amenaza de enfermedades, o directamente la creación de enfermedades sacando determinadas situaciones fuera de la norma. Desde este punto de vista ¿qué es una enfermedad en nuestra sociedad sino una necesidad de consumo? Estar sano no es negocio.

Hay quien dice que la Ciencia es ideología disfrazada de conocimiento y que es producto de una estructura económica particular.

Mientras en las escuelas se despliegan acciones educativas para fomentar la salud, por la puerta de atrás, abierta por este proceso de patologización, penetran fármacos innecesarios con acciones todavía inciertas.

Nos enteramos de los virus del ébola por la amenaza de su expansión al mundo occidental, a pesar de que se conocen desde hace más de 30 años sin que a la industria farmacéutica se le ocurriera invertir dinero en ello. La investigación destinada a obtener una vacuna promete suculentas ganancias. Las acciones ya están en alza.

La OMS lanzó una alerta internacional por el riesgo de expansión de la enfermedad. Seguramente es una medida acertada para prevenir el mal, pero también seguramente es un formidable estímulo para que los capitales se muevan rápidamente en el sentido de aprovechar este nuevo nicho de mercado.

La influencia del libre juego del mercado en relación con las enfermedades también cambia la concepción de enfermo terminal. Es terminal aquel enfermo que va a morir en poco tiempo porque no se poseen recursos terapéuticos suficientes para curarlo. Como la disponibilidad de esos recursos es distinta en una región y en otra, un enfermo puede ser terminal en una región y no serlo en otra. La definición de terminalidad varía según el poder económico. La salud es un derecho humano condicionado por el libre mercado y sometido al consumismo.

El marketing impone junto a la moda automotriz o del vestir, modelos corporales. Estas nuevas realidades crean problemas distintos a las enfermedades tradicionales: por ejemplo, la imperiosa necesidad de adecuar el tamaño de los senos, o la delgadez extrema. ¿Es un deseo, es una enfermedad, es una alteración en la percepción del esquema corporal? ¿Cuál es el perfil del médico en estos casos?

Atraída por un suculento nicho de mercado, la Medicina científica también mejora el aspecto personal que viene unido a la fantasía de éxito, al deseo de ser admirado por los demás. La Medicina hoy transforma al feo en hermoso, al gordo en flaco, al petiso en alto, al calvo en peludo, al rugoso en liso, al viejo en joven. Si antes el ciru-

jano plástico era "reparador" ahora es fundamentalmente "estético", "un artista de la belleza", un artista del deseo, porque eso es lo que se busca, el deseo de los demás. La Medicina permite ahora comprar el deseo de los demás.

Esta tendencia puede ser aplicada a toda la nueva medicina que se avizora en el horizonte: la búsqueda de modificaciones genéticas que mejoren la cualidades humanas e impidan el desarrollo de enfermedades; que mejoren el cociente intelectual, o que permitan seleccionar el color de ojos y del pelo, o que aumenten la estatura. ¿Dónde están los límites de lo normal? ¿De quién dependen esos límites?

Las consecuencias de una sociedad de consumo sobre las enfermedades no ocurren solamente en el terreno simbólico de la enfermedad, sino que también se proyectan en lo estrictamente biológico. Las enfermedades pueden ser resultado del consumo de productos biológicamente innecesarios.

La epidemia de cáncer de pulmón fue consecuencia de la masificación del cigarrillo por imposición del marketing. Inicialmente se hizo participar a los médicos generando garantía de producto saludable. También participó en la campaña el actor Ronald Reagan, quien fuera luego Presidente de los Estados Unidos.

Las enfermedades están estrechamente vinculadas con las formas de vida del ser humano. Hoy se plantea con frecuencia que padecemos "enfermedades de la civilización", y por eso se mira con simpatía todo "lo natural". Desde nuestro punto de vista lo antinatural es la forma de organización social que conduce a la sociedad de consumo. Hay quienes la defienden diciendo que mejoraron los índices de mortalidad, lo que es indiscutible, pero eso no quita el daño ambiental y las nuevas enfermedades que conlleva, lo que hace incluso temer por la sobrevivencia del hombre sobre la tierra.

Vivimos en un medioambiente cada vez más tóxico por distintas razones como expondremos, no solo por el aire contaminado por humos de motores e industrias. En particular nos referimos al exceso de consumo de productos alimenticios que también es tóxico.

La actual epidemia occidental de enfermedades cardiovasculares asociadas a la obesidad, diabetes, hipertensión, dislipemia, apnea obstructiva del sueño, está directamente vinculada con un estilo de vida impulsado por el consumo.

Hoy en día, el marketing impone productos que fomentan el sedentarismo al mismo tiempo que induce el consumo de concentrados energéticos. Basta entrar en un supermercado para buscar un litro de leche y llevarse un bombón que no precisaba. Esto ocurre en todo el mundo occidental y la consecuencia es un incremento en las enfermedades vasculares, que tomó características epidémicas.

La medicina ahora está obsesionada por las medidas preventivas que permitan evitar esta epidemia. Así surgió la idea de la "polipíldora" compuesta por una estatina para reducir el colesterol y los triglicérido, una tiazida para el exceso de sodio, un betabloqueante para proteger al corazón y colaborar con un inhibidor de la enzima conversora de la angiotensina para reducir las cifras de presión arterial, ácido fólico para reducir los niveles de homocisteína y aspirina para inhibir la agregación plaquetaria. Esta superpíldora pensada para ser masificada; se debería tomar diariamente después de los 55 años, independientemente de los factores de riesgo.

Por ahora la epidemia sigue su curso y el 50% de las personas del mundo occidental tienen sobrepeso. Es desde nuestro punto de vista, una sociedad tóxica con repercusiones más graves que el ébola o el HIV. Es una sociedad que al mismo tiempo que se enferma a sí misma, se medicamentaliza absurdamente solo por una razón: el libre mercado, que exige vender a pesar de la inutilidad de lo que se vende.

Las industrias de la salud y todas otras aquellas vinculadas (farmacéutica, tecnológicas, de la alimentación), fomentan la medicalización. Los programas televisivos sobre la salud son cada vez más frecuentes, y muchos de ellos son financiados directamente por empresas con interés comercial directo en lo que se divulga. Verdades a medias tienen claras intenciones de fomentar el consumo de algún producto, de alguna técnica.

Los nuevos celulares permiten transmitir las variables corporales más importantes para controlar la salud a la distancia y asegurarse así que un médico pueda estar atento de lo que ocurre con la máquina corporal. Esta es la última onda, la monitorización permanente de la vida. Como dice Nestor Braunstein "Esa vigilancia sobre el cuerpo se acompaña de una constante y progresiva reducción de los umbrales para que al sujeto se le considere 'enfermo'".[7]

La sociedad actual alimenta el miedo a la enfermedad, al mismo tiempo que ofrece los métodos para borrarla de la conciencia; un buen seguro de salud tranquiliza. La muerte no está suelta como antes a la vuelta de la esquina, sino que fue expulsada por el marketing y la medicalización.

Todos los métodos de rejuvenecimiento y ofertas de larga vida están mediatizadas por la Medicina, con una característica particular: la inmediatez, la desaparición de la temporalidad, todo en el aquí y el ahora; ya no hay promesa del más allá, ni tiempo para esperarlo. El marketing oculta su verdadero discurso: compre la inmortalidad ahora. Y "si llama ya, le hacemos un 20 % de descuento", "oferta solo para las próximas diez llamadas".

La reciente sociedad de consumo utiliza a la belleza como mascarón de proa. La propaganda de Coca Cola recurrió a la figura de la Nurse por la asociación de la belleza femenina con la salud. Belleza y salud están intrincadas.

Desde el siglo XVIII hasta el presente, se ha clasificado al ser humano desde muy diversos ángulos, convirtiéndolo sin darse cuenta en números, gráficos, imágenes según las técnicas empleadas para tales fines, y lo han desmembrado en sus diversas partes constituyentes, también según distintos criterios, quitándole el alma. El propio individuo a veces es más reconocido por un número que por su nombre.

A partir del Renacimiento, cuando las autoridades de la Iglesia autorizan la disección del cadáver, se penetró en la intimidad del cuerpo y se hizo evidente lo oculto; la materia de las profundidades. Harvey

---

7 BRAUNSTEIN, N. *Clasificar en Psiquiatría*, Ed. Siglo XXI, México 2013

pone a circular la sangre y descubre en el latido cardíaco el motor que la mueve. Desde entonces se expande la noción que somos en última instancia materia regida por leyes científicas; solo materia: todo se transforma, nada se destruye.

La patología, una categoría del saber científico, es una herramienta fundamental de la práctica clínica, pero que no resuelve las preguntas más importantes del paciente: ¿Qué mal habré hecho yo para padecer esta enfermedad? ¿Tendré frío cuando esté en la tumba? ¿Podré ver a mis seres queridos? ¿Me iré para siempre? ¿Qué ocurrirá con mis cosas?

El médico actual no encauza el miedo a la muerte, al que evita, y al evitarlo, evita también al paciente. El médico se encierra en un mundo tecno-científico que en última instancia le permite soñar con su propia inmortalidad. En la atención de los moribundos la falta de humanidad se pone en carne viva. El médico suele ver en el moribundo un fracaso personal y una imagen de su propia muerte. La postura contraria exige "sacrificios", como aquellos del chamán.

El médico chileno Alejandro Goic propone que "la enfermedad, la vejez y la muerte no son enemigos a quienes es perentorio derrotar, sino que son fenómenos humanos que hay que asumir con inteligencia, humildad y, sobre todo, con humanidad". Goic afirma refiriéndose a la situación a la que hemos llegado: "la relativización de los valores de compasión, ayuda, solidaridad, respeto por la vida humana y la dignidad de las personas, podría significar el fin del paradigma humanitario y ético que, desde los tiempos de Hipócrates, ha iluminado la medicina durante veinticinco siglos".[8]

Para evitar esto es necesario cambiar las reglas del mercado y evitar que la libertad económica genere a través de la imposición del consumo, los cambios culturales que promueven la deshumanización y la violencia en todos los ámbitos de la sociedad. Junto con ello la tarea educativa más importante consiste en promover la empatía, es decir, la capacidad de ponernos en el lugar del otro, para sentir lo que el otro siente. Eso requiere despertar sentimientos; no reglamentarlos.

---

8 GOIC A. *El fin de la medicina*. Ed. Mediterraneo. Santigo de Chile. 2000

Decía Walter Benjamin: "en los hospitales se muere de hambre de piel." Una enfermedad es un pedido de ayuda, no solo una entidad científica. Lo que importa es ayudar, o mejor dicho "dar", verbo de raíces muy profundas en la historia del ser humano, de origen religioso y vinculado en su profundidad con el sacrificio.

DEBATE – DIALOGO ENTRE LA PRAXIS Y LA REFLEXION. DONDE, COMO, QUIEN

MARCELO VIÑAR – Faz seis meses que recebi o convite de vir a este encontro, e faz 20 anos que deixei a prática e a docência médica, então pedi a ajuda de Alvaro. O resultado é este: a essa altura não sei quanto de meu texto pertence ao Alvaro e quanto do texto dele me pertence. Esse foi um fenômeno de osmose que, graças à Maria Aparecida Affonso Moysés, se produziu entre mim e Alvaro, um encontro de gerações, por isso, promovemos esse diálogo como encerramento. Esse é o motor humano, superando os limites do sujeito, é claro, é a geração do humano entre os dois. Assim, eu agora proponho essa experiência de intercâmbio que houve entre nós nesses seis meses, incitados e induzidos por esse colóquio — nós nos vemos esporadicamente, uma ou duas vezes por ano, mas por conta dessa convocação nos vimos semanal ou quinzenalmente para trocar ideias de como pensar o tema. Essa experiência, que me enriqueceu, e acredito que a Alvaro também, espero que se reproduza nesse momento em que todos poderemos acionar, nesse encerramento, o que pensam sobre o que foi visto nesses três dias.

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS – Eu estou numa situação privilegiada, com dois médicos que têm reflexões tão fundamentais para a formação do profissional e para sua atuação, e especialmente para sua relação consigo mesmo. Acho que até antes da relação com a pessoa a quem ele atende, a relação consigo mesmo, que foi uma questão

também colocada pela Carla Biancha Angelucci ontem, quando nos lembrava que quando o outro é reduzido a um objeto, quando a relação profissional–paciente é uma relação sujeita a objeto, na verdade ela não é uma relação sujeito–objeto, ela é uma relação objeto–objeto, nós também nos desumanizamos. Está aberta essa roda de diálogo para quem quiser falar e um convite para que todos nós nos filiemos a essa luta pela despatologização da vida. Eu sempre digo que nós, o tempo todo, temos opções, e eu acho que neste momento temos, fundamentalmente, duas opções. Ou nós nos deixamos cooptar, e não somos cooptados, nos deixamos cooptar, por todo esse sistema bastante lucrativo e frutífero, ou optamos por ficar do lado da vida, do lado das pessoas, do lado das crianças e adolescentes, do lado de práticas profissionais bem feitas. Eu convido vocês todos para que nos mantenhamos em encontros e do lado da vida.

LUIZ FERNANDO BILIBIO – Eu queria compartilhar duas questões com o Marcelo Viñar e com o Alvaro Díaz, porque todas as falas me impactaram e me afetaram muito, mas eu queria compartilhar com vocês para podermos pensar um pouquinho mais antes de terminar. Elas são distintas, mas as duas têm me ocupado muito; a primeira, sobre a qual eu estava conversando com o Marcelo no intervalo, é uma situação da minha prática de ensino, de ensinança, e que eu acho que fala muito a respeito dessas situações. Não sei se eu tive a decência ontem de falar que sou professor de Educação Física, eu sou da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atualmente, e uma das situações de cotidiano, de ensino, que aconteceu foi a seguinte: um aluno meu, que trabalha com atividade física para pessoas que têm algum tipo "de demanda" para fazer atividade física como um dispositivo para desenvolver mais saúde, estava reclamando da pessoa com quem ele estava interagindo, da seguinte maneira: "Eu não sei o que fazer, eu vou lá, eu tenho que fazer a pessoa fazer ginástica, porque vai fazer bem para a saúde dela, mas ela quer conversar comigo, ela fica me tirando para psicólogo, e daí eu não consigo fazer o meu trabalho". Eu perguntei: "Qual o problema de con-

versar com ela?" A primeira questão é a seguinte: o ato da conversa, que demanda um tempo, uma atenção, uma dedicação, é tido como algo não técnico, como algo não profissional, de menor relevância. E tem um detalhe, "eu não sei, eu não sou psicólogo", ou seja, para a profissão do psicólogo há uma legitimidade, como outras profissões, a escuta, o falar, mas eu não sou psicólogo, enfim, "mas não precisamos, eu tenho que fazer o meu trabalho". Então, o meu trabalho técnico como uma questão muito interessante, ou seja, quase que dispensando um encontro. Quando eu começo a problematizar isso com os estudantes de Educação Física, eles começam a se deparar com a seguinte ameaça: "Não, mas conversar, escutar o outro, interagir com o outro, se colocar num encontro intercessor com outro, isso qualquer um faz. Então, por que o mercado vai me contratar, eu, profissional de nível superior? Porque isso qualquer um faz". É como se o encontro humano, me encontrar com o outro — num certo sentido, não estamos falando de uma técnica especializada — fosse um ato de menor relevância profissional e que, de alguma maneira, vai nublar o meu *status* de profissional de nível superior, vai me descaracterizar, e isso é totalmente desterritorializante. Ou seja, estou falando de uma incompatibilidade entre, digamos assim, o rol de saberes e práticas, estabelecido com base em um conhecimento pautado pela perspectiva da técnica, que inviabiliza o encontro humano, e o encontro humano, por consequência, à própria *charla* — conversa informal —, sendo um ato de relevância menor e quase desqualificado o encontro humano em oposição ao *status* profissional. Agora vou chegar à segunda questão, que talvez não esteja tão afastada dessa primeira, e eu estou me lembrando de uma banca que fiz há uns três meses, de um projeto de Dissertação de Mestrado, em que um mestrando da área da Medicina estava trabalhando essa temática, de certa maneira, o fenômeno da medicalização ainda está em um registro de que há um conjunto de práticas, para tentar "melhorar o humano" ou resgatar a saúde do humano, "toma essa pílula que isso vai te fazer bem; toma esse medicamento; faça essa prática; não faça mais aquilo; deixe de ter esse comportamento, porque vai te tornar um ser humano

melhor", ele ainda opera nesse registro, existem alguns autores, e no campo da ficção isso já está sendo trabalhado, e talvez vá chegar o momento em que se superará esse registro, na seguinte direção: "Desistimos, não dá para controlar a vida, precisamos eliminar o elemento humano", e daí entram todos os investimentos nos autômatos, nos robôs, na inteligência artificial, como esse outro ente com que, sim, vai ser possível ter uma "civilização" — entre aspas, civilização, porque dispensamos o ser humano — adequada, compatível com o que nós temos de referência do ideal civilizatório. É impressionante, as imagens que o Alexandre, esse mestrando, trouxe na dissertação dele, por exemplo, da evolução da robótica no Japão, que vai cada vez tentando se aproximar mais do humano, explorando ao máximo a ideia do Frankenstein. Há uma moça japonesa, que você não consegue identificar entre outras qual é o autômato, qual é o robô, de tanta perfeição do ponto de vista do acabamento. Só para finalizar, há um filme, que concorreu ao *Oscar*, *Ela*, que é fantástico para colocar esse paradoxo, em que a única relação que o protagonista do filme conseguiu entender como mais humana e lidar mais próximo do que ele queria estabelecer como parceria foi um programa de computador.

MARCELO VIÑAR – Como continuar a falar ao Luiz Fernando, ele pode escrever um tratado das origens do totalitarismo e o colapso da democracia. E a civilização da imagem e o colapso do intercâmbio de palavras entre os seres humanos nesta civilização do vértigo, da predominância da imagem, do visual, eu não sabia se tinha vergonha ou orgulho de ser o único a expor sem imagens, por ser um homem muito antigo e pré-digital — tinha que fazer minha apresentação em *Powerpoint* —, não sabia se me envergonhava ou me enobrecia com isso, com a diferença, ou as duas coisas, porque nem sempre o uso da palavra transmite humanidade, mas há instância de intercâmbio entre humanos em que só a palavra transmite humanidade e não há máquina nem imagem que seja capaz de substituir a palavra. Martin Heidegger estabelece a diferença radical, como um feito da civiliza-

ção moderna, entre falar da linguagem da razão instrumental da que usa a linguagem para nomear objetos, para repertoriar o mundo, o que ele chama de linguagem de tradição, assim, agir onde ocorre o inesperado, agir onde ocorre a emoção, agir onde ocorre o que eu quis narrar com Alvaro, começamos sem saber o que íamos fazer juntos, terminamos nos interinfluenciando, para poder produzir algo que eu não poderia fazer sem ele, e, presumo, ele não poderia fazer sem mim, e nenhum de nós teria feito essa tarefa se não tivesse havido esse chamado da Unicamp, com este tema, que nos interpelou e tocou em um ponto sensível da evolução da medicina moderna.

ALVARO DÍAZ BERENGUER – No meu país, se formaram, já vão, creio que a segunda ou terceira geração de médicos em Cuba, uruguaios que se formaram em Cuba, que voltaram ao nosso país para fazer Medicina, uma das coisas que me pediram foi que eu tratasse de lhes transmitir no que consistia a medicina uruguaia. O primeiro problema que tive foi que não sabia como era a medicina cubana, então me reuni com eles para que me contassem sobre a medicina cubana. Muitas diferenças, mas uma das coisas diferentes que me chamaram enormemente a atenção, o tempo, quando digo "e vocês, quanto tempo têm para atender um paciente?", "como, tempo?", "sim, no Uruguai temos dez minutos por paciente", "não, nós não temos tempo". Não há diálogo sem tempo, não há. São coisas assim que se dizem rapidamente, mas são coisas que requerem muito tempo. Eu lhes perguntaria, agora: que diferença veem vocês entre a medicina cubana e a ocidental, que calculo que acaba por ser parecida, na capacidade de diálogo?

CARLOS – Primeiro, somando ao agradecimento do colega, que passou por aqui em outro momento, aos companheiros responsáveis por realizar este evento tão importante. Sou médico cubano, um dos médicos do Programa Mais Médicos, do Brasil, hoje me sinto honrado e muito orgulhoso por me receberem aqui, nesta instituição, como meus colegas, e por ter a possibilidade de beber da fonte de sabedoria de personalidades como as que participaram deste evento, por

acompanhar o prestigioso profissional da saúde brasileiro. Queria expressar como percebi a aura magistral de tal figura ou personalidade da ciência, e, na verdade, o vemos como convite para refletir sobre o que deve exercer cada profissional da saúde, a responsabilidade que temos ante a sociedade, ante o mundo, ante a população, que são os principais protagonistas da nossa existência como profissionais, assim como na concepção ideológica que temos da medicina em nosso país, e dois podem ter a resposta para o que pergunto. Houve dois aspectos muito importantes na conferência, que me impactaram muito, e o primeiro é que precisamos aprender a escutar nossos pacientes, qualquer profissional de saúde, principalmente o médico, a primeira coisa que precisamos aprender é escutar. Profissional da saúde que não sabe escutar, seu resultado não vai ser satisfatório, eu prometo e acredito nisso, responsavelmente. Não tenho a experiência dos professores, mas tenho 21 anos de trabalho como médico geral integral, e nessa pouca experiência, me apoio para dizer o que acabo de dizer. Muitas vezes, só em saber escutar nossos pacientes, estamos curando em 90% sua doença, só escutando-o corretamente. Escutando-o, estamos fazendo algo muito importante, que é estabelecer uma empatia, que no estado médico-paciente é positivo, facilita o trânsito do objetivo pelo qual ele veio, que é resolver seu problema de saúde. Por isso apoio a proposta que eles fizeram, que vai contra aceitar a imposição de normas. Ao longo do tempo, a norma tem posto muitos lugares no mundo, eu não venho criticar o que se faz em nenhum lugar, esse não é meu objetivo. Nós, como profissionais, nos dedicamos a escutar nossos pacientes, a diferença do profissional da saúde é que qualquer outra pessoa não vê, observa, e nossa preocupação é falar de algo muito importante, que é a linguagem verbal e a linguagem extra verbal. Franzir um cenho, um sorriso, uma palmada no ombro, às vezes isso dá tanta informação ou dá tanta saúde que não podemos calcular. Que o paciente perceba que você é um participante e que quer escutar, que lhe interessa seu problema e que está interessado em resolvê-lo é medicina também, e não usa tecnologia, mas cura mais que a tecnologia. Nessas coisas,

está implícito examinar corretamente o paciente, e eu não estou indo contra a tecnologia, mas temos que recordar algo, existem pacientes, não enfermidades. Uma mesma enfermidade tem, em duas pessoas, comportamentos diferentes, e a resposta a determinada terapêutica pode variar de um paciente a outro. Então, não posso automatizar que todos os pacientes tenham que fazer um mesmo protocolo, independentemente do fato de que não havia funcionado o trabalho, mas há coisas que são muito inerentes à personalidade do paciente de que estou tratando e só pelo que dizem a psicanálise, a psicologia, puderam olhar mais profundo a esse respeito, não? Mas não é um segredo que cada organismo responde diferentemente, então, por isso, não podemos dizer "para pneumonia...", perfeito, a pneumonia tem um grupo de coisas, mas a pneumonia, no professor, tem um comportamento e no outro professor poderá comportar-se diferentemente. Então, eu tenho pacientes, não tenho enfermidades, é a primeira coisa que precisamos definir, e, para poder pontuar todas essas coisas, temos que escutar, temos que examinar, não podemos aceitar imposições de tempo e de normas, porque isso conspira contra a qualidade da atenção médica que podemos dar ao nosso paciente, isso conspira contra a qualidade de vida que devemos proporcionar a ele, para o que estamos designados socialmente e humanamente, nós, profissionais da saúde, na realidade é assim. Dois pacientes com sintomas iguais respondem ao diagnóstico diferentemente, e a duas terapêuticas diferentes, não creio que seja necessário dar exemplos aqui, porque somos todos profissionais e conhecemos isso. Em meu nome e em nome dos cubanos aqui presentes, agradeço infinitamente o convite e a possibilidade de participar, saibam que viemos ao Brasil ajudar e dar nosso melhor e aprender dos brasileiros tudo de bom que possamos aprender também, vemos que os colegas profissionais do Brasil são muito talentosos, muito capazes, e com os quais podemos aprender muito, com os quais queremos intercambiar as experiências que possam ser úteis para vocês e para nós, e nosso objetivo principal é contribuir para melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro, só isso. Muito obrigado.

ALVARO DÍAZ BERENGUER – Queria dizer duas coisas: a primeira, há uma confrontação de modelos interpretativos da realidade, o médico de um lado e o paciente de outro, o médico tem um modelo científico, que edifica sobre tudo que estudou e elabora sobre a base de todas as suas leituras, seus trabalhos, seus *papers*; ele tem um modelo, mas o paciente tem um modelo interpretativo, não me lembro o nome de quem o descreve, chama-se modelo antropológico. Entre ambos os modelos, há uma distância brutal, estabelecer o diálogo real entre ambos os modelos é muito difícil, mas o único que pode fazer isso é o médico, isso não depende do paciente, é o médico que tem que se colocar dentro do modelo antropológico de interpretação do paciente, para poder trabalhar, e isso requer baixar do pedestal, não estamos acima do pedestal, para entrar no modelo antropológico há que baixar do pedestal, porque o próprio paciente não se abre; então, nós não descemos do pedestal.

Uma realização do Fórum Pensamento Estratégico (PENSES) da Unicamp, o Fórum Construindo Vidas Despatologizadas, ocorrido em Campinas (SP) entre os dias 14 e 17 de outubro de 2014, reuniu cerca de 20 especialistas de diversas áreas do Brasil, Argentina e Uruguai no debate sobre a medicalização e seus efeitos. Uma das principais conclusões é que a necessidade de definir, na infância, um padrão de "normalidade", limitador e que não contempla a diversidade decorrente de vivências e históricos de vida, está fazendo com que os reais problemas afetivos e pedagógicos que atingem as crianças sejam ignorados e substituídos por diagnósticos de transtornos de ordens diversas. Esta publicação traz a íntegra das palestras com a proposta de estimular a discussão e auxiliar na formulação de políticas públicas.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-98612-46-1
9 788598 612461