

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E  
DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Veridiana Limberger

**A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE  
CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO ESCOLAR EM SANTA  
CRUZ DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul  
2022

Veridiana Limberger

**A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE  
CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO ESCOLAR EM SANTA  
CRUZ DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Camilo Darsie de Souza

Santa Cruz do Sul

2022

### CIP - Catalogação na Publicação

Limberger, Veridiana

A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE  
CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO ESCOLAR EM SANTA CRUZ  
DO SUL/RS / Veridiana Limberger. – 2022.

107 f. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa  
Cruz do Sul, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza.

1. Medicalização. 2. Saúde Mental. 3. Educação. 4.  
Biopolítica. I. Souza, Camilo Darsie de . II. Título.

Veridiana Limberger

**A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE  
CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO ESCOLAR EM SANTA  
CRUZ DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

*Dr. Camilo Darsie de Souza*  
Professor orientador – UNISC

*Dra. Betina Hillesheim*  
Professora examinadora – UNISC

*Dra. Giana Diesel Sebastiany*  
Professora examinadora – UNISC

*Dra. Sandra Caponi*  
Professora examinadora – UFSC

Santa Cruz do Sul

2022

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, aos meus filhos, Theodoro e Miguel, por aceitar e compreender a falta que fiz em tantos momentos, pois precisava ler e escrever, deixando-os em segundo lugar, pela paciência quando eu já não tinha.

Agradeço também aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, pela parceria, pelos ensinamentos e, em especial, ao professor orientador Camilo Darsie de Souza, pela tranquilidade e serenidade durante todo o percurso, sempre me mostrando que tudo daria certo, aceitando a minha produção como resultado do meu processo e conhecimentos.

Agradeço aos colegas do CAPSia, pelo incentivo e apoio com materiais e sugestões, por compreender meus momentos de distanciamento, quando era preciso usar meu tempo para produzir.

Também agradeço à PROSUC/CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pela concessão da bolsa de estudos (Modalidade II), pois sem ela não seria possível realizar a pós-graduação.

## RESUMO

Ao encontro das vivências e incômodos diários na atuação no CAPSia – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (serviço para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas), esse trabalho buscou investigar como tem ocorrido uma possível naturalização da medicalização de crianças e adolescentes, numa interface entre saúde e educação, em Santa Cruz do Sul/RS, problematizando o discurso produzido pela escola a partir do conceito de biopolítica, de Michel Foucault. Entende-se que está ocorrendo uma visão reducionista, a qual, muitas vezes, busca explicar questões de ordem social em perspectivas individuais, numa culpabilização do sujeito, assim como a utilização dos psicofármacos e dos atendimentos especializados para controle e enquadramento do comportamento, mantendo uma ordem social pré-estabelecida. A metodologia utilizada foi a análise de discurso, de Michel Foucault. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, baseada em análise documental, revisão bibliográfica e problematização de respostas a questionários eletrônicos (*Google Forms*) que foram enviados a professores atuantes em escolas da rede privada e/ou pública; na Educação Básica, nos Ensinos Fundamental e/ou Médio deste município. São realizados, cada vez mais, encaminhamentos, através das escolas, de alunos às unidades de saúde em busca da referência ao CAPSia, por inúmeras causas que falam de uma busca por mais atenção e produtividade. Não há uma compreensão crítica acerca do processo de medicalização, nem sobre o sofrimento mental ou sobre o que seja o CAPSia e seu foco de atenção. Não há lugar para a diferença e a singularidade nas escolas. A medicalização das crianças e adolescentes é uma mostra da normatização, onde aqueles que não se enquadram nos padrões ou não se qualificam enquanto alunos-sujeitos capazes, são encaminhados para atendimentos e/ou serviços especializados, para que recebam o tratamento necessário, objetivando adestrar, controlar, alcançar o padrão e a utilidade dentro do modelo determinado pela sociedade.

**Palavras-Chave:** Medicalização; Saúde Mental; Educação; Biopolítica

## ABSTRACT

Meeting daily experiences and discomforts of working at CAPSia – Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (service for people who are suffering or with a mental disorder and with needs arising from the use of alcohol and other drugs), this work sought to investigate a possible naturalization regarding medicalization of children and young people, edging between health and education, in Santa Cruz do Sul/RS, questioning the discourse produced by the school using the biopolitics concept by Michel Foucault. It is understood that a reductionist vision is taking place, which often seeks to explain social issues from individual perspectives, blaming the subject, as well as the use of psychotropic drugs and specialized care to control and frame behavior, maintaining a pre-established social order. The methodology used was Michel Foucault's discourse analysis. Thus, qualitative research was developed, based on document analysis, bibliographic review, and electronic questionnaires (Google Forms) that were sent to teachers working in private and/or public schools; in Basic Education, in Elementary and/or High Schools in this city. Through schools, repeatedly students are referred to health units in search of referrals to CAPSia, for countless reasons regarding the search for more attention and productivity. There is no critical understanding about the medicalization process, nor about mental suffering or about what CAPSia is, and its attention focus. There is no place for difference and uniqueness in schools. Children and young people medicalization is an example of normalization, where those who do not fit the standards or do not qualify as capable students-subjects are referred to specialized care and/or services, so that they receive the necessary treatment, aiming to train, control, achieve standard and utility within the model determined by society.

**Keywords:** Medicalization, Mental Health, Education, Biopolitics

## RESUMEN

Al encuentro de las vivencias y malestares diarios ejerciendo en el CAPSia – Centro de Atención Psicosocial de la Infancia y Adolescencia (servicio para personas con sufrimiento o trastorno mental, y con necesidades que repercutieron por el uso del alcohol y de otras drogas), este trabajo buscó investigar cómo ha ocurrido una posible naturalización de la medicalización de niños, niñas y jóvenes, en una interface entre salud y educación, en Santa Cruz do Sul/RS, problematizando el discurso producido por la escuela a partir del concepto de biopolítica de Michel Foucault. Se entiende que está ocurriendo una visión reduccionista, la cual, muchas veces, busca explicar cuestiones de orden social en perspectivas individuales, en una culpabilización del sujeto, así como la utilización de los psicofármacos, y de las atenciones especializadas para el control y el encuadramiento del comportamiento, manteniendo un orden social pre-establecido. La metodología utilizada fue el análisis del discurso de Michel Foucault. Para eso, fue desarrollada una investigación cualitativa, basada en el análisis documental, revisión bibliográfica, y problematización de respuesta a cuestionarios electrónicos (Documentos de Google) que fueron enviados a profesores que ejercen en escuelas de la red privada y/o pública; en la Educación Básica, y/o Bachillerato de esta ciudad. Cada vez más surgen estos direccionamientos, a través de las escuelas, de los alumnos a las unidades de salud en búsqueda de la referencia al CAPSia, por innúmeros motivos que tratan sobre una solicitud de más atención y productividad. No hay una comprensión crítica acerca del proceso de medicalización, ni sobre el sufrimiento mental o sobre lo que sea que el CAPSia, y su foco de atención. No hay lugar para la diferencia y a la singularidad en las escuelas. La medicalización de los niños, niñas y adolescentes es una muestra de la normalización, donde aquellos que no encajan en los padrones o no se califican como estudiantes-sujetos capaces, son direccionados para la atención y/o servicios especializados, para que reciban el tratamiento necesario, teniendo como objetivo adiestrar, controlar, alcanzar el padrón y la utilidad dentro del modelo determinado por la sociedad.

**Palabras clave:** Medicalización, Salud Mental, Educación, Biopolítica



*Mas eu também sei ser careta  
De perto, ninguém é normal  
Às vezes, segue em linha reta  
A vida que é “meu bem, meu mal”*

*(Vaca profana, Caetano Veloso)*

## SUMÁRIO

1 O PERCURSO: MESTRADO E PANDEMIA FRENTE A FRENTE.....	07
2 OS DESAFIOS DO MÉTODO.....	14
2.1 Percalços e rearranjos.....	14
2.2 Análise do discurso.....	17
2.3 O CAPSia.....	20
3 A LOUCURA A PARTIR DE MICHEL FOUCAULT.....	24
3.1 Uma construção social.....	26
3.2 A Reforma Psiquiátrica e o CAPS.....	29
3.3 A escola se insere no campo do saber médico.....	36
4 OS SABERES E AS RELAÇÕES DE PODER NA ESCOLA: A MEDICALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO.....	52
4.1 A disciplina.....	53
4.2 Pensando os saberes enquanto instrumento disciplinar.....	57
4.3 A biopolítica.....	60
4.4 Escola versus medicalização.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS.....	83
Anexo A – Questionário eletrônico ( <i>Google Forms</i> ).....	83
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	92
Anexo C – Parecer Consubstanciado nº 5.047.870 do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNISC.....	95
Anexo D – Carta de Aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS.....	101

## 1 O PERCURSO: MESTRADO E PANDEMIA FRENTE A FRENTE

*“[...] daí a alegação de que não havia regra para a completa sanidade mental”. (Machado de Assis)*

Desde que iniciei o Mestrado, se passaram 2 anos. Quanta emoção, quantos sentimentos, quantas mudanças, quantas coisas aconteceram na minha vida e no mundo: pandemia, vacinas, guerra da Rússia contra a Ucrânia! Iniciei de um jeito e termino de outro...

Após apenas um dia de aula presencial, em março de 2020, deu-se início ao isolamento social devido a pandemia de Covid-19<sup>1</sup> que se instaurou no Brasil e no mundo. O isolamento provocou mudanças significativas na sociedade, em diferentes instâncias, exigindo adaptação do comportamento humano frente ao novo modo de viver e, principalmente, de se relacionar. Uma das grandes mudanças vivenciadas foi relativa ao cenário educacional e comigo – e com minha turma de pós-graduação – não foi diferente. Aulas não-presenciais, reinvenção do método de ensino-aprendizagem, afastamento dos colegas no que se refere aos encontros e às vivências presenciais, grupos de estudos, entre outros. Tudo que o ambiente da universidade proporciona em termos de convívio social e trocas foi substituído por aulas online e encontros virtuais.

O impacto dessas mudanças foi grande em nossa turma de Mestrado, que iniciou a pós-graduação junto à pandemia. A vivência de um espaço de estudos presencial não ocorreu, nossa realidade foi completamente diferente, pois perdemos a noção de tempo e de espaço. Somos a primeira e, muito provavelmente, a última turma no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul que teve sua formação e o desenvolvimento de pesquisas inteiramente online, durante dois anos. Somos uma excepcionalidade.

Cabe constar alguns dos nossos prejuízos no decorrer do Mestrado:

---

<sup>1</sup> O coronavírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. A maioria das pessoas que adoecem em decorrência da COVID-19 apresentam sintomas leves a moderados e se recuperam sem tratamento especial. No entanto, algumas desenvolvem um quadro grave e precisam de atendimento médico. Até março/2022, a nível global, aproximadamente, 6.098.771 mortes, e no Brasil, 658.000 mortes (OMS, 2022).

- Dificuldade de concentração e repulsão para escrever como nunca vivenciado anteriormente;
- Dificuldade de criar maior vinculação afetiva com os integrantes dos grupos de pesquisa;
- Dificuldade de socializar na vida acadêmica;
- Problemas com aparelhos tecnológicos e *wi-fi* (sobrecarga no uso da rede) ou inaptidão para lidar com alguns equipamentos e aplicativos que dificultaram a interação nas aulas e prejudicaram aulas/encontros de grupo/atividades da pesquisa;
- Desenvolvimento de crises de pânico;
- Crises de ansiedade e necessidade de usar medicações para que houvesse um bom andamento do Mestrado;
- Adoecimento de familiares que retratavam na dificuldade em pesquisar;
- Perda de familiares e luto durante o período da pesquisa;
- Mudanças e falhas na metodologia da pesquisa, entrevistas, visitas às escolas, conversas com professores, oficinas, enfim toda a parte operacional e de contato;
- Não usufruímos de uma real vida acadêmica de mestrandos;
- Nós, nossos filhos e todos os estudantes sofremos/sofreram perdas irreparáveis na educação e na aprendizagem que produziram lacunas.

Conciliar vida acadêmica, profissional e pessoal não foi fácil. Filhos em casa, com suas aulas remotas, aulas do Mestrado online e o trabalho na área da saúde que não parou. Mesmo diante do fechamento da maioria dos serviços, dos perigos de contágio e da insegurança, meu trabalho na saúde mental só aumentou. Sobrecarga total. Desgaste emocional, físico e mental e, ainda, uma infecção pelo Coronavírus. Neste contexto, vale contar que sou psicóloga, formada pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, em 2007. Desde então, praticamente todo meu percurso profissional foi na área da infância e juventude, circulando entre a Educação e a Saúde, áreas que se cruzam em diversos momentos.

Em maio de 2013, ingressei no CAPSia – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, no município de Santa Cruz do Sul/RS, através de concurso público e, paralelamente, atendendo em clínica privada. Quando afirmo que o trabalho só aumentou, destaco o significativo aumento da demanda por atendimentos na área de saúde mental, seja na clínica seja no CAPSia, principalmente no período pós-

pandemia. O pós-pandemia trouxe aos serviços uma demanda reprimida pelo isolamento social: sintomas ansiosos, depressivos, automutilação, dificuldade de retorno e adaptação à rotina escolar regular, entre outros.

A palavra que fica para definir este período é FRUSTRAÇÃO! Apesar dela, a pesquisa teve que seguir – disciplinas, capítulo de livro publicado, apresentações, projeto de pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)...

\*\*\*

Para situar o meu interesse por esta pesquisa, destaco que nas experiências da clínica, enquanto psicóloga em contato com as escolas, percebia que as grandes questões giravam (e giram) em torno de expressões como: “a criança não aprende!”, “a criança não para quieta!”, “a criança não respeita!”. Assim, surgiram a intenção desta pesquisa e novas questões: Não aprende o quê? Para quem? O que ela precisa aprender? Que diferença isso fará na sua vida? Isso faz sentido para ela? O que é não respeitar? Uma criança consegue parar quieta? Uma criança deve se comportar como um adulto?

São tantas perguntas e demandas das escolas que a necessidade de atendimento clínico especializado e de remédios só aumenta, com o objetivo de regular, silenciar, impor regras e colocar todos numa mesma “caixinha”. E, assim, reitero aqui o problema de pesquisa ao qual me debrucei: **como tem ocorrido a naturalização da medicalização de crianças e adolescentes a partir de encaminhamentos realizados pelas escolas aos serviços de saúde?**

Tal problema envolve outros questionamentos – como essa prática se insere num determinado tempo histórico, apresentando “verdades” acerca do comportamento infantil e das relações de poder/saber nos campos do saber médico, psicológico e pedagógico? Como esse discurso constitui essas relações e faz com que os sujeitos se reconheçam através dele?

Na direção de refletir sobre estas dúvidas, emergiram os objetivos específicos deste projeto, alterados em decorrência do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme explicarei mais à frente: 1) identificar os enunciados sobre o tema por meio de questionários eletrônicos junto aos professores dos Ensinos Fundamental e Médio das redes pública e privada de ensino; 2) tensionar o discurso escolar acerca da medicalização, a partir dos enunciados apresentados nos questionários sobre o

serviço de saúde; 3) verificar como profissionais da educação entendem o sofrimento psíquico e os transtornos mentais, buscando entender como tais discursos operam na produção de sujeitos.

\*\*\*

Antes de prosseguir, por ter citado o CEP, destaco que tive grandes dificuldades com a aprovação da pesquisa, pois de maio a outubro de 2021 fiz diversas entradas do projeto no Comitê, buscando aprovação, porém sem sucesso. As devoluções não eram assertivas acerca do que afinal era necessário alterar para a sua aprovação. Finalmente, entendi, por meio de outros recursos, que não poderia fazer uma pesquisa com base nos prontuários do CAPSia, uma vez que eles possuem dados confidenciais e pessoais dos pacientes, mesmo tendo deixado claro que apenas excertos acerca da medicalização seriam analisados.

É claro que essa mudança trouxe outra frustração – falta de motivação para seguir com a pesquisa, pois me foi tirado aquilo que entendia como a sua principal riqueza. Ainda, tive que contar com a boa vontade de participantes voluntários, num final de ano exaustivo de trabalho, em meio à pandemia e finalização das atividades de ano letivo escolar marcado por demandas de pesquisadores de diferentes áreas.

Entretanto, apesar da frustração, o Mestrado me trouxe o retorno a uma rotina mais intensa de estudos, o contato com novas teorias, o aprofundamento teórico em questões antes não vistas e novas amizades, mesmo com a pouca convivência presencial. Também com relação ao CAPSia, percebo que desenvolvi uma visão ainda mais crítica deste ambiente de trabalho, envolvendo toda a sua equipe num movimento de questionamento sobre os encaminhamentos ao serviço, as dificuldades com a medicalização e de identificar ainda mais as interferências do campo da educação. Isso é muito potente, pois desacomoda, principalmente quando falamos de trabalhadores que estão há muitos anos atuando no mesmo serviço, lidando com o sofrimento mental diariamente, em uma rotina pesada que traz esgotamento emocional.

Como a psiquiatra Nise da Silveira dizia, “é necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”, por isso precisamos desacomodar, refletir sobre nosso fazer saúde mental todos os dias, pensar em estratégias de cuidado diariamente, pois cada caso é um caso distinto. Caso contrário, podemos cair na banalização das nossas ações. Assim, essa dissertação é o resultado de pesquisas, anos de atuação e incômodos no dia-a-dia do CAPSia, ou seja, é um compêndio de exemplos das minhas vivências em saúde mental.

\*\*\*

Para demarcar onde aconteceu a pesquisa, apresento o **CAPSia**, nomeação dada, no município de Santa Cruz do Sul/RS, ao CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência. Um serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial RAPS (Portaria nº 3.088/2011), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990). Assim, levando em consideração que a minha pesquisa se dará no âmbito deste serviço, sempre irei me referir, no decorrer de toda a dissertação, ao CAPSia e não CAPSi.

Cabe explicar, também, que o CAPSia atende crianças e adolescentes até os 18 anos de idade, o que se refere ao início do tratamento, ou seja, à entrada do paciente no serviço. Entretanto, quando chega o momento de receber alta ou ser encaminhado a outros serviços da rede, para continuidade do tratamento, dependendo da adesão e vínculo, o paciente pode permanecer no CAPSia até 20 anos de idade, aproximadamente, conforme pode ser percebido nas vivências diárias da equipe técnica do serviço.

\*\*\*

Com relação ao conceito de **medicalização**, cabe registrar que ele não se limita à prescrição e ao uso de medicamentos na infância e juventude, mas diz respeito à ampla patologização dos comportamentos que não são entendidos como adequados, aceitos ou conhecidos. Geralmente, tais comportamentos produzem demandas, por parte da escola, acerca de atendimentos especializados, médicos ou psicológicos para questões que falam de falta de atenção, adaptação, produtividade. Neste sentido, fortalecem-se as cobranças relacionadas ao uso de medicação, conferindo um caráter de anomalia e desajustamento aos modos de ser, algo que parece querer ser excluído, normatizado.

Nesse sentido, Kopp e Rosa (2018) vêm problematizando o quanto o saber médico e a medicalização têm influenciado o campo da educação, usando para isto o campo discursivo que se produz no Programa Saúde na Escola – PSE, lançado em 2007, pelo Governo Federal. Para os autores, a medicina torna-se grande aliada da instituição escolar na busca de uma aprendizagem constante, que dê conta de uma demanda produtiva numa sociedade capitalista e neoliberal, onde o saber médico torna-se uma garantia para alcançar sujeitos saudáveis e aptos a aprender. Assim,

[...] a escola constitui-se como um campo de disputas – sejam elas políticas, ideológicas ou até mesmo religiosas. O campo da educação é atravessado por diversos discursos, que tensionam os processos de constituição dos sujeitos e influenciam não apenas o currículo, mas os sentidos da formação escolar como um todo. (KOPP e ROSA, 2018, p. 99).

A medicalização e a “produção de laudos” vêm ao encontro desta sociedade que não aceita sujeitos incapazes e diferentes, que busca a homogeneização dos comportamentos e a produtividade, no mesmo caminho da escola que encontra dificuldades em aceitar indivíduos com sofrimento mental em sala de aula porque potencialmente não aprendem. Kopp e Rosa (2018) ainda apontam para o crescimento exponencial entre os alunos da Ritalina®, um medicamento que estimula a concentração, conforme dados publicados na Revista Nova Escola, afirmando que “se tornou rotina tratar com remédio problemas que não são necessariamente de saúde” (FERREIRA 2013 apud KOPP; ROSA, 2018, p. 109).

\*\*\*



Nas páginas que seguem, apresento o capítulo *Os desafios do método*, onde falo sobre a metodologia de pesquisa, a escolha pela análise do discurso e o CAPSia, bem como discorro sobre o percurso de realização da pesquisa e as dificuldades enfrentadas.

Em seguida, parto para a conceituação teórica no Capítulo 3, intitulado *A loucura a partir de Michel Foucault*, apresentando algumas discussões, pelo viés do autor, sobre a história da loucura, com o objetivo de compreender e apresentar como as verdades são construídas socialmente, ao longo da história, conforme as necessidades e interesses das sociedades. A partir deste dispositivo histórico – a loucura –, chego até a Reforma Psiquiátrica e o nascimento dos CAPS, abordando os transtornos mentais e o modelo de cuidado das pessoas portadoras de sofrimento mental, onde destaco o movimento de escolas no campo do saber médico.

No Capítulo 4, *Os saberes e as relações de poder na escola: a medicalização enquanto estratégia de controle biopolítico*, para contextualizar como as escolas se inscreveram em nossa rotina enquanto instituições que modelam comportamentos, discorro sobre a história das punições e o nascimento da prisão, abordando a disciplina e o saber médico como instrumentos de controle dos corpos, bem como aponto a escola como instituição que assume a tutela dos padrões morais, vigilância e disciplina dos sujeitos, utilizando-se, para isso, a medicalização. Chego, assim, ao conceito de biopolítica, de Michel Foucault, uma ferramenta conceitual, pela qual faço a análise do discurso acerca da medicalização.

Finalmente, dentro deste capítulo, no subcapítulo 4.4, *Escola versus medicalização*, faço a discussão da escola enquanto criadora de demandas, ou seja, uma instituição que reproduz o discurso da doença mental a partir de situações que seriam consideradas comuns ao ciclo de vida de crianças e adolescentes. Assim, entendo que o campo da educação tem operado no sentido de patologizar quaisquer sintomas ou diferenças, buscando, através de encaminhamentos diretos ou indiretos, tratamentos especializados, num processo de naturalização da medicalização. Utilizo como materialidade de problematização o conteúdo dos questionários recebidos de professores e excertos coletados em prontuários do CAPSia.

## 2 OS DESAFIOS DO MÉTODO

*“Tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia, os que põem todo o seu cuidado na tafalaria, um ou outro almotacé enfunado, ninguém escapava aos emissários do alienista”. (Machado de Assis)*

Apresentei na introdução, os marcadores necessários para entender este trabalho e, neste capítulo, apresento o percurso metodológico da pesquisa, realizado desde a construção do projeto à sua aplicação. Destaco as dificuldades de aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e as alterações que precisei fazer na metodologia. Também discorro sobre a escolha pela análise do discurso, de Michel Foucault, para desenvolver tensionamentos e apresento o local de realização da pesquisa – o CAPSia.

### 2.1 Percalços e rearranjos

Como mencionei, o percurso de pesquisa, em relação ao projeto, foi alterado em decorrência das exigências do CEP/UNISC, baseadas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Essa Lei garante a cada cidadão a privacidade de suas informações pessoais como nome, endereço, e-mail, idade, estado civil, etc. (Brasil, 2018). Apesar de compreender a importância deste direito, comento que não pareceu ter sido levado em consideração os fatos de que atuo no serviço em questão, que conheço os pacientes e que tenho acesso aos mesmos prontuários diariamente, assim como a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS.

Portanto, necessitei alterar a metodologia de pesquisa que havia sido apresentada no projeto, deixando, a princípio, de lado a ideia original de problematizar *in loco* os prontuários e os enunciados contidos neles. Foi, portanto, necessário substituí-la pelo envio de questionários eletrônicos aos professores das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares, que trabalham nos Ensinos

Fundamental e Médio, de Santa Cruz do Sul/RS. Foram apresentadas perguntas sobre o CAPSia, saúde mental, medicalização, entre outras coisas, formando um conjunto de enunciados a partir dos quais pude desenvolver meus tensionamentos.

Mas a materialidade mais potente e, digamos, espontânea, para o desenvolvimento da análise discursiva, se daria a partir do material que a escola apresenta ao CAPSia, como os pareceres e relatórios escolares enviados ao serviço – a pedido ou por demanda das escolas - e as evoluções/registros nos prontuários dos diálogos entre equipe do CAPSia e profissionais da educação. Diante disso, busquei formular o questionário com questões que abordassem temas relativos ao CAPSia, ao funcionamento deste serviço, à noção de saúde mental, aos entendimentos sobre a medicalização, aos encaminhamentos realizados, aos motivos e percepções acerca do sofrimento mental em relação aos alunos, entre outras, que pudessem gerar conteúdo capaz de possibilitar o tensionamento do discurso escolar.

O questionário demandava, estimadamente, quinze minutos para ser respondido e era constituído por quinze perguntas, tanto de múltipla escolha quanto discursivas. Ele foi encaminhado e respondido através de *link* eletrônico e pôde ser respondido de casa ou do trabalho, desde que houvesse acesso à internet e equipamentos compatíveis. A participação dos professores na pesquisa foi voluntária e para a participação, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B).

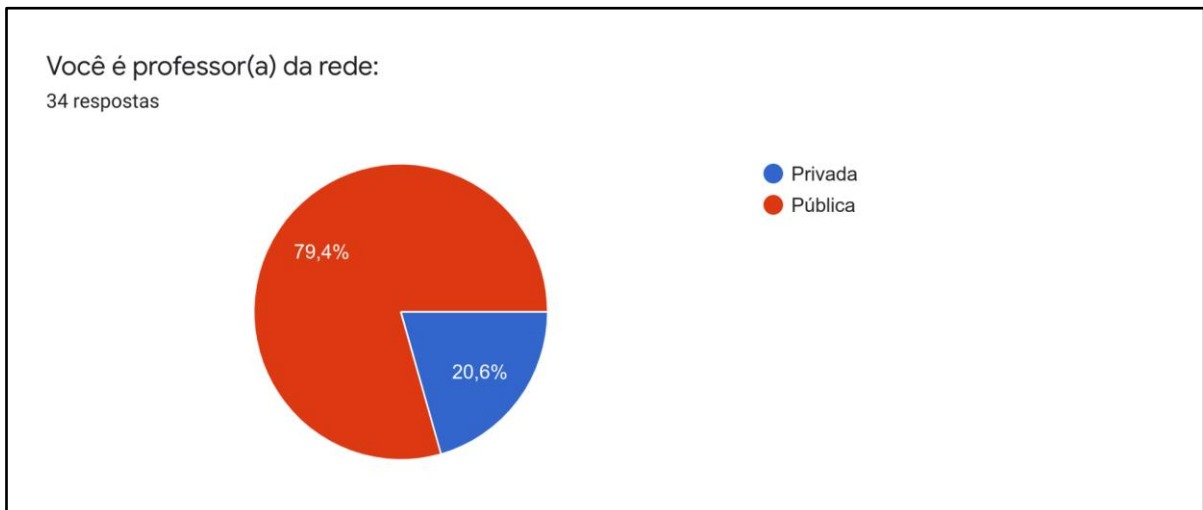
Assim, todo o material produzido nessa dissertação, a partir dos questionários encaminhados aos professores, estão amparados pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNISC, sob Parecer Consubstanciado nº 5.047.870 (Anexo C). Contudo, há outros dados referentes ao CAPSia, como números de atendimentos, acolhimentos iniciais, excertos, entre outros, que foram fornecidos pela unidade de saúde e complementarão o conteúdo dos questionários, amparados pela autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

O público alvo foi professores da Educação Básica, dos Ensinos Fundamental e Médio, das escolas das redes pública (municipal e estadual) e privada, do município de Santa Cruz do Sul/RS. Portanto, os questionários foram enviados para participação dos professores com foco nos seguintes critérios de inclusão: 1) Atuar como professor(a); 2) Atuar em escolas de Santa Cruz do Sul/RS; 3) Atuar nas redes privada e/ou pública; 4) Atuar como professor(a) da Educação Básica, nos Ensinos Fundamental e/ou Médio.

O contato para envio dos questionários foi realizado através das Secretarias Municipal e Estadual de Educação, por meio do apoio dos respectivos Secretários para o encaminhamento do material, via e-mail, a todos os professores que se encaixavam nos critérios. Porém, além desta parceria, contei com o recurso das mídias sociais, buscando apoio de grupos e conhecidos que iam repassando o *link* para os professores de suas redes de contato.

Mesmo com todos esses recursos, e um prazo superior a 60 dias para encerrar o recebimento dos questionários, a participação dos professores foi baixa, já que apenas trinta e quatro retornaram. Variáveis como pandemia e finalização das atividades de ano letivo escolar marcado por muitas demandas de pesquisadores de diferentes áreas solicitando a participação em pesquisas online parecem ter influenciado o número de retornos. Além disso, acredito que o tema possa ter suscitado receios e fantasias com relação ao futuro das relações entre educação e CAPSia, uma vez que essas trocas são frequentes e necessárias.

Abaixo segue a porcentagem de participação dos professores por rede pública e privada:



Santa Cruz do Sul possui quatro escolas de Educação Básica particulares, sendo que apenas duas aceitaram participar da pesquisa. Já as instituições de ensino municipais são compostas por 26 escolas de ensino fundamental e 18 escolas estaduais, com ensino fundamental e médio, totalizando 44 escolas que estariam aptas a participar da pesquisa, conforme dados da Secretaria Municipal de Educação de Santa Cruz do Sul e 6ª Coordenadoria Regional de Educação.

Apesar de considerar baixo o número de respostas, considerando que número de professores que lecionam no município de Santa Cruz do Sul/RS é de 2.314 (MARTINI; DARSIE, 2020), avalio, apesar de representar um universo tão pequeno de respondentes, ser válido trazer as porcentagens obtidas nos questionários ao trabalho, pois além de se tratar de uma pesquisa qualitativa e não quantitativa, não havia outra alternativa, nesse momento da realização da pesquisa, com relação a baixa participação dos professores. Além disso, retomo que a análise das respostas foi articulada aos enunciados dos prontuários do CAPSia.

## 2.2 Análise do discurso

O que não mudou nesse trabalho foi a escolha pela análise do discurso, de Michel Foucault, trazendo questões históricas e das relações de poder, pois entendo que para além da compreensão histórica acerca de como se produziu a loucura, faz-se necessário observar as relações de poder que se deslocam entre as disciplinas e os modos de vida.

A obra de Michel Foucault se divide, didaticamente falando, em três fases. A **arqueologia** é a fase dos seus estudos históricos, realizados na década de 1960, tendo como principais obras *História da Loucura na Idade Clássica* (1961), *O Nascimento da Clínica* (1963), *As Palavras e as Coisas* (1966) e *A Arqueologia do Saber* (1969). Em seguida, a **genealogia**, com estudos sobre o poder, na década de 1970, e as principais obras desse período são *Vigiar e Punir* (1975) e *História da Sexualidade* (Volume 1, 1976). Finalmente, a terceira fase, sobre a **ética**, onde escreveu sobre a ética antiga, na década de 1980, resultando nas obras *História da Sexualidade: o uso dos prazeres* (Volumes II) e *História da Sexualidade: o cuidado de si* (Volumes III, 1984).

A conexão entre esse trabalho e a obra de Foucault é a apresentação da história da loucura, a partir, principalmente, das fases **arqueológica e genealógica**, com o intuito de compreender como a sociedade entendeu e hoje entende a loucura (os atuais transtornos mentais, como é nomeada hoje), e como ela passou a ser foco da atenção dos saberes médico e psicológico, num processo em que a escola passa a ser um ator importante na prática da medicalização, chegando ao ponto de a

educação se apropriar do discurso médico e passar a naturalizar essa prática entre crianças e adolescentes.

Para Michel Foucault não existem estruturas permanentes que constituam uma realidade dada, já que todo discurso é sempre uma prática social, um conjunto de práticas que se produz dentro das relações de poder e saber, atualizadas constantemente. Desta forma, não é o sujeito que importa, necessariamente, mas o discurso, a linguagem, o que os enunciados dizem e como produzem o sujeito (Oksala, 2011).

Por isso, o discurso é tão representativo em relação à construção social que busco identificar acerca da loucura e do sofrimento mental na educação. Para Foucault, segundo Fischer (2001), a concepção de sujeito é ampliada. A heterogeneidade do discurso está diretamente ligada a essa noção, pois eu falo de algum lugar, que não é idêntico ao do outro e sou também falado:

Espaço de dissensões e oposições múltiplas, a formação discursiva faz-se de asperezas e estridências, mais do que de harmonias e superfícies lisas. Inteiramente vivo, o campo enunciativo acolhe novidades e imitações, blocos homogêneos de enunciados bem como conjuntos díspares, mudanças e continuidades. Tudo nele se cruza, estabelece relações, promove interdependências. (FISCHER, 2001, p. 210).

A teoria do discurso está intimamente ligada à constituição do sujeito, pois na medida em que somos constituídos pelo social, ele torna-se um efeito no discurso, há uma retroalimentação nesse movimento. Segundo Fischer (2001, p. 207), “ao analisar um discurso – mesmo que o documento considerado seja a reprodução de um simples ato de fala individual –, não estamos diante da manifestação de um sujeito, mas sim nos defrontamos com um lugar de sua dispersão e de sua descontinuidade [...]”.

São lugares, lutas, modos de existir que constituem esse discurso, esse sujeito, sempre de forma provisória. É nesse movimento das diferenças, na formação e transformação dos discursos, que se dá o objetivo da análise. Oksala (2011, p. 12) afirmou que para Foucault, “[...] a filosofia não era um corpo de saber que se acumulava, mas um exercício crítico que questionava de maneira incessante crenças dogmáticas e práticas intoleráveis da sociedade contemporânea”, apontando que não há uma ordem nas coisas, mas que tudo que conhecemos é fugaz, arbitrário e contingente. Tudo que conhecemos vem das práticas humanas, construídas na

história e para mudarmos o mundo é necessário que possamos ter uma prática crítica ao olhar para o mundo.

E sobre os discursos, todo enunciado apresenta um conjunto de signos, ou seja, elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações, mas o que interessa para a análise do discurso, segundo Fischer (2001), são quatro elementos básicos: 1) um referente (ou seja, um princípio de diferenciação), 2) um sujeito (no sentido de posição a ser ocupada), 3) um campo associado (isto é, coexistir com outros enunciados) e, 4) uma materialidade específica, por tratar de coisas efetivamente ditas, escritas, gravadas em algum tipo de material, passíveis de repetição ou reprodução, ativadas através de técnicas, práticas e relações sociais.

Descrever um enunciado, portanto, é dar conta dessas especificidades, é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar. O que permitirá situar um emaranhado de enunciados numa certa organização é justamente o fato de eles pertencerem a uma certa formação discursiva. (FISCHER, 2001, p. 202).

Nessa perspectiva, Fischer (2001), apresenta os principais conceitos da teoria do discurso, afirmando que o primeiro passo é recusar qualquer sentido oculto ou explicações fáceis acerca das coisas. É preciso ficar (ou tentar ficar) apenas no nível das coisas ditas, das palavras. O próprio discurso precisa ser visto na sua complexidade e peculiaridade. Essa, contudo, não é uma tarefa fácil, principalmente levando em consideração nossa aprendizagem, nossa história, nossa relação com as escolas e nossa implicação enquanto sujeitos deste serviço, local onde atendemos as crianças, suas famílias, e fazemos indicações com relação aos seus tratamentos.

Para Foucault (2005), a análise do campo discursivo deve ser feita no sentido de compreender o enunciado na sua singularidade, determinando as condições de sua existência, estabelecendo as correlações a outros possíveis enunciados e quais outros podemos excluir.

[...] esse conjunto é tratado de tal maneira que se tenta encontrar, além dos próprios enunciados, a intenção do sujeito falante, sua atividade consciente, o que ele quis dizer, ou ainda o jogo inconsciente que emergiu involuntariamente do que disse ou da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas; de qualquer forma, trata-se de reconstituir um outro discurso, de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima do interior a voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre o interstício das linhas escritas e, às vezes, as desarruma. (FOUCAULT, 2005, p. 30-31).

Fischer (2001) afirma que as formações discursivas, enquanto conjuntos de enunciados, precisam ser analisadas sempre a partir de um espaço discursivo ou de um campo discursivo, pois elas estão relacionadas a determinados campos de saber.

Assim, quando falamos em discurso publicitário, econômico, político, feminista, psiquiátrico, médico ou pedagógico, estamos afirmando que cada um deles compreende um conjunto de enunciados, apoiados num determinado sistema de formação ou formação discursiva: da economia, da ciência política, da medicina, da pedagogia, da psiquiatria. (FISCHER, 2001, p. 203).

Deste modo, quando analisamos um enunciado, dentro de um conjunto discursivo, precisamos levar em consideração o momento histórico, o tempo e o espaço, o campo de saber em que se insere (médico e pedagógico, por exemplo), a verdade que está sendo afirmada e que obedece a um conjunto de regras.

[...] o conceito de prática discursiva, para Foucault, não se confunde com a mera expressão de ideias, pensamentos ou formulação de frases. Exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras, e expor as relações que se dão dentro de um discurso. (FISCHER, 2001, p. 204).

E considerando tudo isso, mesmo com a necessidade de mudar parte da metodologia – o que impossibilitaria o tensionamento dos prontuários – os registros/documentos foram considerados para esta dissertação – levando-se em conta a autorização de uso dos mesmos (Carta de Aceite), por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS (Anexo D). Entendo que eles contêm um conteúdo rico acerca da visão das escolas sobre as crianças e adolescentes (alunos/pacientes): suas percepções sobre comportamentos, aprendizagem, interações sociais e familiares, necessidades da própria instituição escolar sobre a medicalização.

### **2.3 O CAPSia**

O CAPSia – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, nomeado assim no município de Santa Cruz do Sul/RS, por simples escolha da gestão da época da sua implementação, pois cada município pode nomear o serviço como



quiser, tendo pelo Rio Grande do Sul exemplos como Superação, Renascer, Girassol, etc., foi instituído pela Portaria 336/2002, onde é nomeado apenas como CAPS i.

Os CAPS também são serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011), voltada ao atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990).

O CAPSia atende crianças e adolescentes de até 18 anos, oferecendo tratamento especializado com equipe multiprofissional, através de atendimentos individuais nas diferentes áreas de atuação, psicoterapia individual e grupal, de adolescentes e família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e apoio matricial<sup>2</sup>.

O município de Santa Cruz do Sul/RS conta com três CAPS. Há o CAPS II, que atende adultos com sofrimento psíquico e transtorno mental graves, exceto álcool e outras drogas, com funcionamento de segunda a sexta-feira, sem fechar ao meio-dia, assim como o CAPSia. Além deles, o município oferece serviços no CAPS AD III que atende adultos em sofrimento psíquico em decorrência do uso de álcool e outras drogas, funcionando 24h por dia, nos sete dias da semana, conforme rege a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002.

O CAPS mais antigo do município é o CAPS II, que acabou de comemorar 25 anos no presente ano. Ele nasceu a partir dos movimentos da reforma psiquiátrica, em março de 1997. Já o CAPSia foi criado no município em agosto de 2003 e o CAPS AD foi implementado, diuturnamente, em 2006 e passou a funcionar 24h, com leitos de internação, em 2014.

O CAPSia possui uma equipe multiprofissional, que trabalha de forma interdisciplinar, a partir do Plano Terapêutico Singular – PTS, um instrumento que possibilita a participação e a construção do plano terapêutico com os próprios usuários, seus familiares e equipe, proporcionando autonomia e protagonismo durante o tratamento. Essa estratégia é dinâmica, revista sempre que necessário e, por isso a importância das reuniões de equipe semanais, como as que o CAPSia tem, garantindo o cuidado sem engessamentos. O PTS é uma conquista dentro das políticas públicas

---

<sup>2</sup> Conforme Chiaverini (2011), Apoio matricial ou matriciamento é um modo de produzir saúde de forma compartilhada, com uma ou mais equipes, onde a equipe de saúde mental (no caso os CAPS) e a atenção básica, partilham experiências, trabalham os casos de forma conjunta, partilhando o cuidado e a responsabilidade pelos sujeitos.

de saúde mental, alinhada com os princípios da humanização, integralidade e equidade.

Os CAPS têm por objetivo original substituir o modelo hospitalocêntrico de tratamento, que era voltado às internações hospitalares e ao asilamento, na década de 1970, momento em que as discussões sobre saúde pública e cidadania também começam a surgir e a se fortalecerem no Brasil, coincidindo com a visita de Michel Foucault ao país.

Essas discussões deram início ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos 1980, que passou a questionar o modelo assistencial psiquiátrico oferecido aos portadores de sofrimento psíquico, implementando um novo modelo de assistência, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990), que abordarei neste trabalho mais adiante.

É justamente nesse objetivo original que o CAPSia perde a sua essência, pois não há um entendimento ou compreensão da comunidade em geral e da Educação de que esse serviço tem uma finalidade específica, voltado ao atendimento de casos graves de sofrimento psíquico, não se tratando de um ambulatório de psicologia e psiquiatria, como veremos no decorrer trabalho.

E se há esse entendimento, há a maquinaria da biopolítica dentro da instituição escolar se apoderando dos saberes médicos e psicológicos (ouse afirmar) como dispositivos de regulação dos corpos, pois, conforme afirma Foucault (1979), a medicina estabelece os padrões de normalidade em nossa sociedade, porém a psicologia também tem sido marcada como um saber que pode alcançar um ideal de comportamento, oferecendo respostas a todas as dúvidas sobre o comportamento humano, como já afirma o velho jargão: Freud explica!

Para Colombani e Martins (2017), nossa sociedade é repleta de problemas sociais, políticos e econômicos, que perpetuam desigualdades históricas. O sistema capitalista e o neoliberalismo<sup>3</sup>, focados numa sociedade de consumo e homogeneização dos desejos, não permite condutas diferentes, que fujam deste sistema e, ao mesmo tempo, percebemos que aquele que se difere, passa a ser visto

---

<sup>3</sup> O neoliberalismo é uma espécie de identidade do Estado, que visa o Estado mínimo, a responsabilização do indivíduo no seu fracasso ou progresso (meritocracia), a partir de políticas públicas de inclusão que não se preocupam com o acesso e a permanência (os meios e a justiça social), mas com os resultados. O Estado neoliberal também é marcado pela flexibilização das relações de trabalho e diminuição da proteção social, numa organização que cada vez mais o indivíduo é convocado a empreender e a prover seu próprio bem-estar (SANTOS NETO, 2009).

e a ser excluído, sem levar em consideração toda sua história, condições familiares e socioeconômicas.

E nesse processo de homogeneização, surgem explicações focadas no corpo biológico, sob um saber científico que legitima e acentua esta prática: a ciência moderna, a psiquiatria. Esta prática está vigente há séculos, passando por mudanças ao longo da história, mas sempre presente no dia a dia dos sujeitos, conforme veremos no decorrer deste trabalho.

A loucura é parte desse fenômeno, produzida e percebida de diferentes maneiras ao longo da história, primeiro como algo próprio da natureza humana e, posteriormente, como algo que precisa ser extirpado dos homens, vista como sinônimo de desrazão, portanto, não útil e não aceito na sociedade. Chegamos às doenças mentais e à psiquiatria, aos CAPS, e, no Capítulo 2, intitulado *A loucura a partir de Michel Foucault*, busco apontar para esta construção social; aquilo que conhecemos como verdade e os fenômenos sociais como resultado das práticas humanas.

Vale ressaltar que, enquanto pesquisadora, também sou uma trabalhadora de saúde mental e atuo no CAPSia, esse lugar objeto da pesquisa. Desta forma, a pesquisa acontece a partir de três elementos: os questionários enviados aos professores (apesar de representar um universo muito pequeno deste público), a análise dos enunciados nos prontuários, e as minhas vivências e discussões neste lugar, juntamente com a equipe do serviço, sobre os encaminhamentos ao serviço e o processo de medicalização da vida.

### 3 A LOUCURA A PARTIR DE MICHEL FOUCAULT

*“A loucura, objeto dos meus estudos,  
era até agora uma ilha perdida no oceano da razão;  
começo a suspeitar que é um continente”.*  
(Machado de Assis)

A loucura é um tema que chama bastante a atenção, não só no cotidiano das pessoas, ao se depararem com a diferença, mas também nas artes, na literatura, nos escritos de Michel Foucault... Por isso, escolhi citar excertos da obra *O alienista*, de Machado de Assis, de 1882, no decorrer deste trabalho, pois achei interessante observar como, desde o século XIX, o tema tem sido visto de forma parecida. Duzentos anos se passaram, mas a ideia sobre a loucura e o discurso que a constitui ainda são muito similares. Uma linha tênue entre a loucura e a sanidade persiste!

O alienista, Simão Bacamarte, é um médico especializado em doenças mentais, ou seja, um psiquiatra, que tem um consultório na cidade brasileira de Itaguaí onde, mais tarde, inaugura um hospital psiquiátrico nomeado de Casa Verde. Voltado aos estudos de psiquiatria, Simão começa a ter muitos pacientes da cidade internados em seu manicômio, pois vê loucura em tudo que seja diferente ou problemático: perda de herança, noites mal dormidas, revolucionários, etc. Quando 75% da cidade se encontra internada, Simão resolve voltar atrás e liberar todos os internos, revendo sua teoria. Acaba acreditando que o louco era ele e se encerra na Casa Verde até sua morte.

Na vida real, nos aproximamos desta ficção literária, pois na relação educação-saúde vemos professores cobrando o uso da medicação, exigindo que o médico revise a prescrição, dando a entender que é baixa a dosagem ou que o medicamento não está de acordo com a sua avaliação pessoal, pois não produz os efeitos esperados sobre o controle do comportamento, ou seja, da docilidade esperada. Escolas muitas vezes exigem das famílias o uso da medicação, avaliação médica ou atendimento psicológico para retorno à sala de aula. As famílias, por sua vez, também cobram das equipes de saúde mental resultados no sentido de acalmar seus filhos, deixá-los mais próximos daquilo que consideram “normal”.

Infelizmente, existe um discurso ligado a um forte poder econômico das indústrias farmacêuticas, apelando para uma ideia de promoção de saúde associada ao uso de medicamentos que prometem a cura e a felicidade. Essas indústrias divulgam e convencem a população “[...] por meio de informações distorcidas e parcerias com profissionais descomprometidos, implantando no ideário coletivo necessidades medicamentosas sem nenhuma cautela” (COLOMBANI e MARTINS, 2017, p. 285).

E assim, como Simão Bacamarte, medicamos o social, a pobreza, a situação de rua, a família sem vínculo, a falta de tolerância, o excesso de turmas nas salas de aula, os alunos desatentos, os preocupados, os desviantes, os questionadores, enfim, acabamos por dar a pílula da felicidade e do controle esperados pela escola e pela família, pela pressão sofrida no dia-a-dia do trabalho.

No cotidiano da atuação no CAPSia, entre os aproximados quinhentos pacientes ativos, ou seja, em tratamento, há muitas crianças e adolescentes diagnosticados com diferentes transtornos mentais, sofrimento psíquico (sem diagnóstico fechado) ou desajustamentos psicossociais que representam um funcionamento não condizente com o esperado pela sociedade. Estes demonstram sintomas de maior agitação, desatenção, hiperatividade, agressividade, irritabilidade, enfim, dinamismos que refletem também modos de ser e de estar no mundo que foram construídos a partir das suas vivências em contextos familiares, sociais e escolares específicos, mas que por apresentarem prejuízos importantes na sua vida, acabam ingressando para tratamento. Esses sintomas, muitas vezes, incomodam as famílias, os cuidadores e as escolas que se movem em busca de soluções para o comportamento desajustado e não aceitável.

Neste sentido, parece que o CAPSia com a sua equipe técnica, psiquiatras e psicólogos principalmente, são convocados a uma tarefa normatizadora. A psiquiatria, com seus critérios biológicos, identifica “binômios como: saúde-doença, normal-anormal, ordem-desordem, louco-não louco e por fim, raças superiores-inferiores” (COLOMBANI e MARTINS, 2017, p. 208), e o diferente fica marginalizado, silenciado, sob uma ótica higienista, inclusive moralista acerca do sofrimento mental.

Então, convido-os a entrar na história da loucura, a partir de Michel Foucault, para compreender melhor este processo de naturalização da medicalização de crianças e adolescentes que vivemos atualmente e que abordo neste trabalho, nessa relação entre saúde e educação.

### 3.1 Uma construção social

A história escrita por Foucault é diferente do habitual, comumente escrita por diversos historiadores. Ele escreveu sobre fatos históricos não apenas para compreender os acontecimentos com o passar dos anos, mas para libertar nosso pensamento da ideia de que aquilo que conhecemos é natural. Ele desnaturaliza nossas verdades acerca de diversos tópicos como, por exemplo, a loucura do modo que ainda é vista hoje, a sexualidade e a prisão (a punição). Segundo ele, tais questões não são processos naturais e/ou biológicos, não há determinismo que os conduza, mas há processos sociais, ou seja, são construções sociais. Neste sentido, "o sujeito não é uma fonte autônoma e transparente de saber – é construído em redes de práticas sociais que sempre incorporam relações de poder e exclusões" (OKSALA, 2011, p. 23).

A *História da Loucura* (1999), de Michel Foucault, apresenta um estudo histórico crítico, com base na cultura e nas práticas sociais acerca da loucura, apresentando mudanças nas maneiras de vê-la e nas intervenções sobre ela. Deste modo, trago um pouco desta história a partir do Renascimento, considerando que há registros sobre o tema desde antes da Idade Média, quando a loucura era vista como uma possessão demoníaca, a partir de uma visão religiosa, preponderante na época.

No Renascimento, entre os séculos XIV e XVI, surgiu a Nau dos Insensatos ou navio dos loucos<sup>4</sup>, uma composição literária usada como metáfora alegórica na cultura ocidental que, aos poucos, se tornou literal, ou seja, a Nau dos Insensatos se transformou realmente em "barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra" (FOUCAULT, 1999, p. 09). Pessoas acometidas pela loucura que viviam livres pelas ruas, começavam a ser levadas embora de suas cidades por meio de barcos, sendo despejadas em locais distantes, evitando o transtorno que causavam. Apesar de não saberem e nem se importarem com seus destinos, os loucos podiam viver a sua existência errante com certa liberdade até esse momento.

Ainda que expulsassem os loucos das cidades, pelo incômodo e medo que causavam, a loucura era vista como constituinte da existência humana, não havia uma necessidade de ser extinguida, curada. Os escritores renascentistas, Shakespeare e

---

<sup>4</sup> Conhecida também como *Narrenschiff* (FOUCAULT, 1999).

Cervantes, por exemplo, relatam a loucura em suas obras como a voz trágica da consciência, paixão desesperada, descrevendo os loucos como heróis.

“A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (FOUCAULT, 1999, p. 45), quando no século XVII, os hospitais passam a substituir os navios e “de banidos das cidades e abandonados a uma existência relativamente livre, eles passaram a ser confinados em casas de detenção” (OKSALA, 2011, p. 27).

Foucault (1999) relata que nesse período, houve ampla criação de casas para internação dos loucos, afirmando que a cada cem habitantes de Paris, ao menos um passou pela experiência do confinamento e esse regime perdurou por um século e meio. Um exemplo de instituição nesse sentido é o Hospital Geral de Paris, fundado em 1656, no reinado de Luís XIII, que deu total poderes aos seus diretores de administrar, corrigir e punir, tanto dentro do hospital quanto fora dele, a todos os pobres de Paris.

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. (FOUCAULT, 1999, p. 50).

Quando a loucura passou a ser enclausurada e escondida, evidenciou-se o entendimento de que ela não fazia mais parte da constituição humana, pelo contrário, ela é o oposto da razão, é a desrazão e, portanto, precisava ser confinada. É a razão que passou a fazer parte da constituição humana durante a Idade Moderna, com o surgimento da Ciência. “Os loucos, portanto, não eram apenas confinados fisicamente em instituições isoladas e excluídos da sociedade, sofriam também uma exclusão conceitual do domínio da razão e da humanidade” (OKSALA, 2011, p. 28).

A loucura passou a ser condenada por não ser compatível com um padrão moral de comportamento esperado aos homens, passou a ser concebida como algo que violava a ética do trabalho na Idade Clássica, o que resultou não só no enclausuramento dos loucos (doentes mentais), mas de todos aqueles que são diferentes do padrão estabelecido e esperado do comportamento humano. Ressalto que na fundação do Hospital Geral de Paris se tinha por objetivo impedir a mendicância, a ociosidade e qualquer fonte de desordem.

Assim, conforme Oksala (2011), pobres, desempregados, infratores sexuais, condenados por profanação religiosa, pensadores livres e quaisquer desviantes da moral foram confinados nas instituições, chegando ao ponto de haver seis mil internos, ou seja, 1% da população da cidade, no Hospital Geral de Paris.

Uma questão de interesse econômico também é apontada por Foucault (1999) dentro desses deslocamentos que a loucura vem fazendo no decorrer da história, indicando que a internação, ou internamento como o autor faz uso, também foi uma solução para a crise econômica do século XVII que o mundo ocidental enfrentava. Toda a Europa passava por dificuldades e precisava de soluções para problemas como a diminuição de salários, desemprego, fome e aumento significativo da pobreza. Para tentar diminuir a mendicância e as revoltas, além de manter a ordem pública, o Hospital Geral também passou a ser um local para abrigar desempregados e mendigos. E fora das crises econômicas, a internação adquire outro sentido: da repressão à utilidade pública:

Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 1999, p. 67).

Assim como nas prisões, as instituições de internamento assumiram um papel moralizante, de preservação dos bons costumes, com o objetivo de castigar e corrigir defeitos morais, inculcando a ética do trabalho. Para Foucault (1999), o trabalho é o exercício ético e moral aos prisioneiros; aquele que pode e deseja trabalhar é libertado, não apenas por ser útil à sociedade novamente, mas por aderir ao pacto ético da existência humana.

Desta forma, é possível perceber o quanto a loucura e a pobreza começam a ser vistas de outra maneira na sociedade a partir do século XVII, tornando-se preocupação e foco de intervenção do Estado a partir de um interesse econômico. E ainda que a loucura seja entendida como algo que deriva da pobreza e da incapacidade de trabalhar, se insere no *rol* de problemas da cidade. “As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (FOUCAULT, 1999, p. 78).



Toda essa perspectiva histórica aponta para uma construção social da loucura que foi se transformando através dos tempos, sendo pensada e julgada com diferentes olhares em cada época e a partir das diferentes necessidades do homem até chegarmos ao desenvolvimento de uma área médica específica para estudá-la – a psiquiatria – , aos manuais de diagnóstico, aos psicofármacos e aos CAPS.

### **3.2 A Reforma Psiquiátrica e o CAPS**

O Movimento da Reforma Psiquiátrica vem transformar a realidade do modelo de assistência, mas a relação entre sociedade e loucura ainda apresenta seus sobressaltos e estranhamentos. Existe um lugar social para o louco? Para o diferente? Para a pessoa com sofrimento mental que esteja incapacitada para o mercado de trabalho e se difere dos colegas dentro das escolas? O hospício, o manicômio já não existe mais... Mas o desejo da sociedade e o seu entendimento sobre o louco e o seu tratamento mudou?

É importante voltar um pouco na história, para contextualizar. Voltamos ao Hospital Geral de Paris. Essa estrutura de caridade, destinada aos pobres, para oferecer alojamento, alimentação e abrigo passou a servir também à ordem social e política, transformando-se numa estrutura jurídica, onde médicos começam a atuar com o objetivo de humanizá-lo, mas, aos poucos, transformaram-na de hospital filantrópico a instituição médica. Para Amarante (2007, p. 25), por volta do final do século XVIII, “o hospital foi medicalizado; foi transformado na instituição médica por excelência”, agora tratando os doentes, estudando as doenças e construindo a ciência da medicina.

O médico à frente do Hospital Geral de Paris, era Philippe Pinel. Ele dirigiu o Hospital Bicêtre, uma das alas do Hospital Geral, em 1793, ficando conhecido como o fundador da psiquiatria. Apesar de Pinel propor a liberdade dos loucos, tirando-os das correntes, ele defendia tratamento em completo isolamento. “Se as causas da alienação estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 2007, p. 29). Era o tratamento moral sendo introduzido nos hospitais psiquiátricos que, mais tarde, fundou. Tal tratamento consistia "na soma de

princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. O hospital, enquanto instituição disciplinar seria ele próprio, uma instituição terapêutica". (AMARANTE, 2007, p. 33)

Para além do nascimento da instituição médica, também emergiu o termo alienado, que definia os doentes mentais. A alienação mental era considerada uma desarmonia da mente, um lapso com a capacidade de perceber a realidade objetiva; alguém fora de si, sem controle dos próprios sentimentos e vontades, sem razão. E, diante da falta de discernimento, associado ao termo alienado, vem a ideia de periculosidade (AMARANTE, 2007). Colada à ideia de perigo, produziu-se, natural a noção de medo, a discriminação e o distanciamento que contribuíram para o enclausuramento dos doentes mentais, afastamento das famílias e da sociedade.

Assim como na França, no Brasil também foram criados hospícios. Em 1852, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e o segundo da América Latina – Hospício de Pedro II. Assim como na Europa, os hospícios ficaram rapidamente superlotados, surgiram inúmeras denúncias de violência contra os pacientes, havendo dificuldade em definir o que é a loucura e a sanidade neste espaço de suposto tratamento. Com as críticas acerca da efetividade do modelo de cuidado cresceram e surgiu uma nova tentativa de restabelecer a confiabilidade nos hospícios e na psiquiatria.

As colônias de alienados foram construídas em grandes áreas agrícolas, com o intuito de estabelecer o trabalho como uma modalidade terapêutica aos internos. Esse projeto foi tão grandioso para a época, que a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter mais de dezesseis mil internos. Logo, as colônias se mostraram tão ineficazes quanto os hospícios tradicionais. Partindo de tal situação, associada a entrada no período pós-guerra, com soldados a serem recuperados para servir de mão-de-obra ao capitalismo, mudanças foram necessárias.

Voltando à Europa, no final dos anos 1950, teóricos como Maxwell Jones<sup>5</sup>, passam a utilizar o potencial do próprio paciente no tratamento, discutindo dificuldades, planos, sonhos e buscando possibilidades em espaços de discussão e grupos operativos. Os pacientes passam a ser vistos como parte fundamental no tratamento, sendo considerados ativos e protagonistas. Nesse contexto, surgiu o

---

<sup>5</sup> Psiquiatra sul-africano (1907 - 1990), radicado no Reino Unido.

termo *psicossocial* (AMARANTE, 2007), o resultado de lutas que faz parte do nome dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – uma prática que não foca na supressão dos sintomas, mas que visa o sujeito em questão, buscando a sua dimensão subjetiva e sociocultural.

O modo psicossocial busca uma prática baseada na “[...] ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural [...]” e, como metas, a singularização “[...] por oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar [...]” (COSTA-ROSA, 2000, p. 164).

Na Itália, nos anos 1960, Franco Basaglia também propôs reformas nos hospitais psiquiátricos, buscando estabelecer espaços de efetivo tratamento e reabilitação. Em suas tentativas de mudanças, entrou em contato com as obras de Michel Foucault, dando-se conta de que deveria superar o modelo manicomial, não só se referindo à estrutura física do hospício, mas aos conjuntos de saberes e práticas que fundamentam essa prática, isolamento, segregação e patologização. Segundo Amarante (2007), em Trieste, na Itália, esse modelo foi colocado em prática e até hoje é uma referência na transformação da psiquiatria, inclusive no Brasil.

Baseada nesta experiência, no Brasil, por todo o país, unidades nomeadas de Núcleos de Atenção Psicossocial ou Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), regulamentados pelas Portarias 189/1991 e 224/1992 do Ministério da Saúde, foram sendo inauguradas, num projeto de transição entre a hospitalização e o cuidado em liberdade. Em São Paulo, nasceu o primeiro CAPS, em 1987, assim como os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), criados em 1989, em Santos. Todos denominados mais tarde de CAPS III, conforme a Portaria nº 336/2002 que definiu as modalidades de CAPS.

Estes centros, regionalizados, assumiram a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental em seus territórios, buscando reconstruir a forma de manejo das pessoas com sofrimento mental. Também operaram na direção de restabelecer um novo lugar à loucura e de desconstruir (ou tentar) a ideia de periculosidade. Um novo processo de mudanças, que buscava olhar para o sujeito e não mais apenas para sintomas e doenças, foi inaugurado.

A partir do momento em que os sujeitos são vistos, seus direitos também começam a ser questionados e defendidos. Uma grande conquista foi a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que dispôs sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em

saúde mental. Em seu Artigo 2º, inciso IX, um dos direitos garantidos pela pessoa com sofrimento mental é “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” e, ainda, de acordo com o Artigo 4º, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”, bem como, o “tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Artigo 4º, inciso 1º). Esta lei foi tão importante, que foi conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Levando em consideração a Lei nº 10.216/2001, os CAPS se espalharam pelo país, por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Eles redirecionaram o modelo assistencial à saúde mental. A partir de então, os Núcleos de Atenção Psicossocial ou Centros de Atenção Psicossocial passaram a ser cadastrados dentro desta modalidade.

A Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002) também definiu a modalidade de CAPS i II que tem como público crianças e adolescentes. O CAPS i deve ter as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas e atendimentos domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Mais tarde, uma nova portaria foi instituída, com a finalidade de articular todos os pontos de atenção à saúde às pessoas com sofrimento mental. Assim, a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 nasceu, instituindo a Rede de Atenção

Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde aparecem vários pontos de atenção como os hospitais, atenção básica e SAMU.

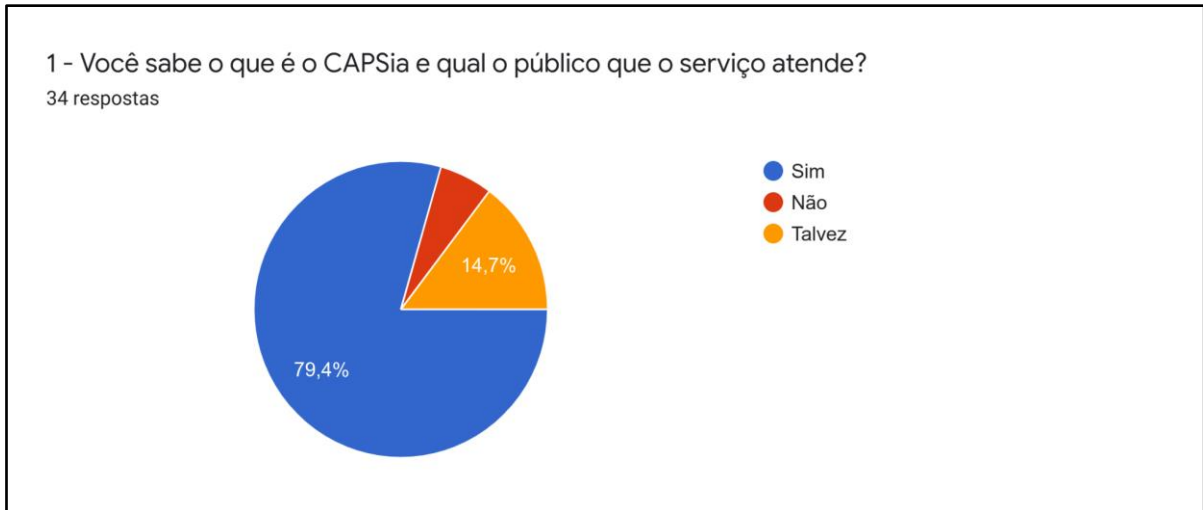
No Artigo 7º da Portaria nº 3.088/2011, o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, é estabelecido como ponto de atenção psicossocial especializado, ou seja:

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011).

Como podemos observar a partir da legislação, o CAPSia é um serviço de atenção aos casos de sofrimento mental graves, pessoas portadoras de transtornos mentais ou uso de substâncias psicoativas, para tratamento em liberdade, respeitando a liberdade e a autonomia dos pacientes. É um serviço, que vem para substituir um modelo manicomial que existia no século XIX, baseado num suposto tratamento hospitalar que, como vimos, tinha por finalidade, além dos estudos na área da psiquiatria, isolar a loucura e qualquer tipo de situação inconveniente da sociedade, ou seja, não havia tratamento efetivo, havia exclusão.

Quando falamos em CAPS, nos deparamos com a complexidade desse campo da saúde mental. AMARANTE (2007, p. 15) afirma que “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” quanto a saúde mental. E, infelizmente, a pesquisa demonstra que ainda temos um desconhecimento sobre o que é o CAPSia.

Os resultados desta pesquisa mostraram que, para a maioria dos professores respondentes, o CAPSia é um local de atendimento, um ambulatório, voltado às práticas de psiquiatria e psicologia, não apresentando uma noção exata sobre o serviço na direção do cuidado em saúde mental. Apesar disso ficar claro nas perguntas discursivas, nas perguntas com respostas de múltipla escolha, 79,4% dos professores afirmaram que sabiam o que é o CAPSia. Observe o gráfico abaixo:



Na pergunta discursiva sobre o entendimento das escolas acerca do que é o CAPSia, a grande maioria das respostas foi nesse sentido:

- “centro psicossocial”;
- “atendimento psicológico”;
- “atende crianças e adolescentes em conflito social, emocional da rede pública do município”;
- “onde é feito um atendimento psicológico, psiquiatria e neuro para diagnóstico e tratamento dos mesmos e suas famílias”;
- “atende pessoas/alunos, dando suporte psicológico e médicos”;
- “atendimento psicossocial”;
- “atendimento psicossocial a pessoas carentes e necessitadas”;
- “uma rede de assistência psicológica”;
- “atende adolescente”;
- “sei que é um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico para crianças e adolescentes”.

Poucas respostas falavam a partir de uma perspectiva em saúde mental, do sofrimento psíquico, dos transtornos mentais ou citavam a legislação que regula o serviço, boa parte das respostas foram pegando parte da nomenclatura do CAPSia. Da mesma forma, acerca do tema saúde mental, inúmeras questões foram trazidas como sendo demandas para atendimento em CAPS, mas que se distanciam do real objetivo deste serviço:

- “Paciente orientada pela escola a procurar atendimento em virtude de dificuldade de aprendizado. Frequenta a 4ª série. [...]. Mãe refere que a filha apresenta dificuldade de concentração tanto nas atividades escolares quanto

domiciliares. [...]. Refere consulta prévia com neuro. [...]. Solicito avaliação psicológica e psiquiátrica”.  
**(Encaminhamento de profissional médico da Atenção Básica ao CAPSia).**

- “[...]. Percebi também, que em sua rotina poderia há estímulos, para seu desenvolvimento. Diante da avaliação feita, foi possível observar que o X tem dificuldade em focar o pensamento, se distrai facilmente. E, que quando solicitado consegue repetir facilmente a escrita de uma palavra, por exemplo. Porém quando é pedido que faça sozinho não alcança os objetivos propostos. Após toda a avaliação, indico que faça uma avaliação médica”.  
**(Encaminhamento de escola de aluno no 4º do Ensino Fundamental ao CAPSia, através da Atenção Básica).**

Outro exemplo típico é este encaminhamento realizado ao CAPSia, pelo médico da Atenção Básica, a pedido da escola:

- “Encaminho paciente X, 9 anos, a pedido da escola, devido ansiedade (conforme consta em encaminhamento da pedagoga escolar). Paciente refere sentir-se bem, feliz. Relata apenas dificuldade em socializar e fazer amigos novos, mas nega que isso lhe cause algum sentimento ruim, pois tem amigos do ano passado na escola pela manhã e no projeto social que realiza à tarde, onde faz atividades voltadas para as artes e atividade física. Refere que está na 4ª série e tem bom desempenho escolar. Tem bom relacionamento com o irmão mais novo de 7 anos, apenas têm algumas discussões. Bom relacionamento familiar com pai e mãe”.

Quando a equipe leu esse (último) encaminhamento, realmente se questionou sobre o objetivo do mesmo, será uma tentativa de chamar a atenção do serviço para as demandas das escolas? De qualquer forma, essa criança foi encaminhada para avaliação, com psicólogo, diga-se de passagem, como se apresentasse algum sofrimento mental. Uma situação relatada de ansiedade, aparentemente dentro do esperado para qualquer criança, que foi transformada em possível patologia.

Para além, podemos observar que todos os encaminhamentos apontam para uma patologização de comportamentos; dificuldades e/ou comportamentos esperados dentro do ciclo de desenvolvimento de qualquer criança, como desatenção, dificuldade de aprendizagem ou demais dificuldades no processo de ensino-aprendizagem, principalmente quando falamos de crianças que vêm de contextos de vulnerabilidade sociocultural, onde não recebem alimentação e estímulos adequados para um bom desenvolvimento cognitivo e intelectual, sendo transformados em doença mental.

Podemos pensar que a visão reducionista do que é saúde mental e do que é um CAPS não sejam por acaso, mas trata-se de uma construção social muito recente,

que ainda associa o sofrimento mental àquilo que destoa do “normal”, aos manicômios e aos hospícios, ao confinamento, ao asilamento longe das famílias. A loucura, assim como a sexualidade, por exemplo, são "dispositivos históricos", conforme FOUCAULT (1985) aponta, ou seja, são construções sociais ou invenções sociais, que se constituem ao longo da história e da cultura, a partir de múltiplos discursos, normatizando e regulando comportamentos acerca destes temas, produzindo saberes e verdades:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...] o dito e o não-dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. (FOUCAULT, 1979, p. 244).

É no âmbito da cultura e da história que uma sociedade define seus conceitos, suas verdades, não é algo individual ou ao acaso. E os corpos também ganham sentido socialmente, é através das suas práticas sociais que definem suas identidades sociais, sexuais, de gênero, de identidades, de raça, de nacionalidade, de classe, entre tantas outras. A loucura, nesse enredo, ainda ganha contornos de algo ruim, que deve ficar excluída, que deve ser curada, assim como qualquer padrão que ensejar anormalidade, deve ser medicalizada.

A própria visão que se tem acerca do que é um CAPS pela comunidade em geral e a resistência que encontramos nos adolescentes e em muitas famílias em aderir ao tratamento nestes serviços podem estar relacionadas a entendimentos construídos em cima da imagem dos hospícios, dos lugares desumanos, sujos, fétidos, com pessoas agressivas, sedadas, amarradas e segregadas da sociedade.

### **3.3 A escola se insere no campo do saber médico**

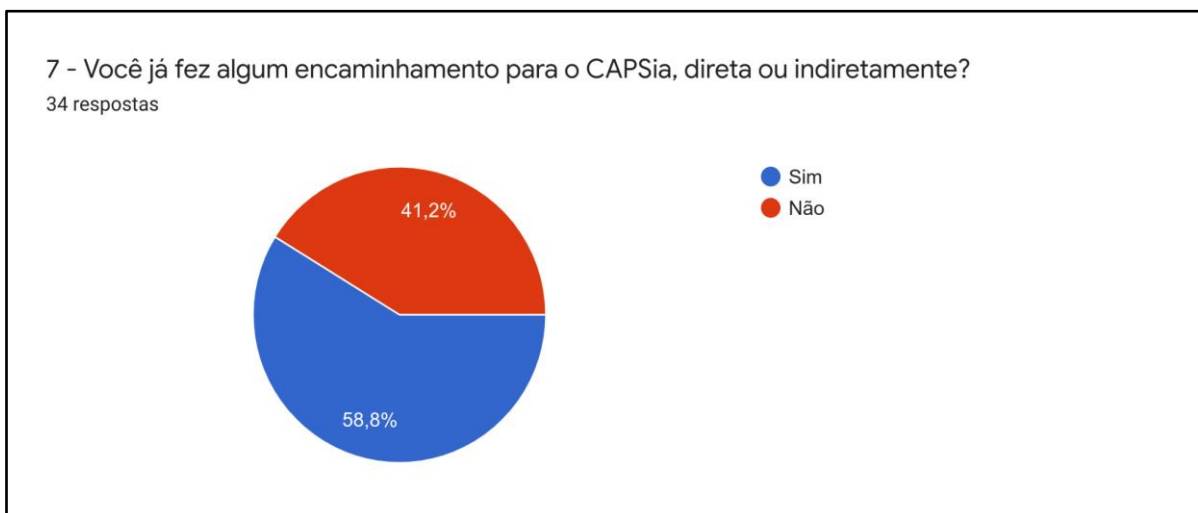
Mesmo com tantas definições sobre o que é o CAPS, ainda enfrentamos muitas dificuldades na atuação diária do serviço com os encaminhamentos para acolhimento inicial, tanto da Atenção Básica quanto de outros pontos da rede de atendimento, que não tratam de sofrimento mental grave ou persistente, mas de situações relativas à



falta de controle dos corpos, dos limites, da alteridade, de situações que os cuidadores ou as escolas não sabem manejar e querem avaliação especializada, buscando encontrar respostas para qualquer situação-problema.

Entendo ainda, a partir da atuação diária no CAPSia, da vivência no serviço, que as queixas das famílias e demais serviços da rede de atendimento, que há uma lacuna, no contexto do município de Santa Cruz do Sul, relativa ao atendimento de casos leves e moderados, em termos de sofrimento mental, que poderiam se beneficiar de atendimentos psicoterápicos ou de outras modalidades de atendimento. Porém, mesmo havendo essa falta nos pontos de atenção à saúde, os CAPS de forma geral, e o CAPSia, não poderiam se desviar de suas funções, que envolvem o atendimento de casos graves e persistentes.

Ao encontro disso, analisando o gráfico abaixo é possível perceber que mais de 50% dos professores que participaram da pesquisa, já realizaram algum encaminhamento ao CAPSia, seja direta ou indiretamente, que é o caso de solicitar às famílias a busca pelo serviço de saúde da Atenção Básica para o encaminhamento ao CAPSia:



As escolas, assim como toda a sociedade, têm cada vez mais buscado soluções rápidas e fáceis para problemas complexos, que não serão resolvidos apenas pela educação ou a saúde. E a medicalização acaba constituindo-se de uma resposta imediata, quase que mágica, na supressão de sintomas que denunciam uma problemática em sala de aula. Professores, na grande maioria das vezes, sem infraestrutura adequada e apoio nas suas instituições de referência, buscam pelos encaminhamentos ao CAPSia em busca de uma solução.

É notável também que os encaminhamentos não visam apenas o atendimento médico, mas a avaliação com psicólogos ou com ambos os profissionais. Não são apenas as escolas buscando por psicoterapia, mas os médicos, especialistas da rede básica de saúde do município e especialistas da rede privada, têm buscado muito por atendimento psicológico, como a equipe tem observado nos documentos de referências recebidos e pela grande demanda que cresce por essa modalidade de atendimento.

Muitos encaminhamentos se apresentam apenas como “ao psicólogo”, “solicito avaliação psicológica”, “à psicóloga – CAPSia”, “para psicoterapia”, “encaminho à psicologia”, “avaliação psicológica”, “encaminho para atendimento psicológico”, uma realidade que demonstra o quanto a psicologia tem se tornado um saber associado à cura, apresentação de soluções, respostas ou mesmo a responder a uma demanda de controle e disciplina.

E pensando sobre isto, a que ou a quem o CAPSia está servindo? Quando o serviço não é entendido apenas como um serviço especializado para tratamento do sofrimento mental grave, mas um serviço que pode atender qualquer situação, docilizar corpos, servindo a propósitos escolares, diagnosticando, afastando da escola, fornecendo “um laudo”, medicalizando, ajustando comportamentos...

Um diálogo entre o CAPSia e o médico da Atenção Básica, sobre uma avaliação para psicoterapia e encaminhamentos para o serviço, levaram a esse desabafo, em abril/2022:

- “não tem disponível na rede por isso foi para o CAPSia. Eles (a família) estão lá todos os dias brigando. Estamos com sérios problemas com as escolas. Eles mandam muitas crianças para o posto todos os dias. E as crianças não tem nada” (**Queixa do profissional médico ao CAPSia, abril/2022**).

Dentro das relações de poder existentes no ambiente escolar, onde escola detém o conhecimento e, portanto, faz exigências às famílias com relação ao comportamento dos seus filhos, apropriando-se para tal, inclusive, de conhecimentos médicos, podemos pensar que a dominação dos corpos se dá através da condução das condutas alheias.

Os encaminhamentos recebidos com frequência pelo CAPSia, a grande maioria a pedido das escolas, conforme podemos perceber a partir da queixa do médico no excerto acima, falam de formas de dominação de condutas, de incômodos com certas formas de ser e estar no mundo. E outros excertos, contidos nos

prontuários dos pacientes do CAPSia, comprovam que os encaminhamentos são realizados na tentativa de disciplinar corpos, homogeneizar comportamentos:

- “Criança de 01 ano e 01 mês apresentando comportamento agressivo com a mãe e de automutilação quando não consegue o que quer. Fica extremamente irritada perdendo a paciência constantemente. Fatos coincidem com a separação dos pais em outubro passado. Mãe refere que o pai tem problemas como bipolaridade, déficit de atenção e depressão. Criança frequentava a escolinha e necessitou ficar isolada pq agredia todos os coleguinhas com mordidas inclusive as professoras. Encaminho para avaliação com a equipe multidisciplinar do CAPSia para definir diagnóstico e a melhor conduta. Grata”. (**Profissional Médico da Atenção Básica, abril/2021**).
- “A professora da série encaminhou para avaliação porque, apesar de diversas tentativas pedagógicas em sala de aula, a aluna não apresenta a evolução esperada na aprendizagem”. (**Demanda relativa a uma criança de 11 anos. Queixa da professora do Ensino Fundamental, em 2019**).
- “Por todas as escolas que passou, queixas de agitação, agressividade (especialmente quando contrariado). Escolas encaminharam p/ neuro, porém mãe ainda não conseguiu consulta. Professores o perceberam diferente das outras crianças”. (**Demanda relativa a uma criança de 7 anos. Queixa da professora do Ensino Fundamental, em 2020**).
- “Matriculada na escola X (9º ano), foi pega fumando no banheiro (tabaco), contou para as amigas que também usava maconha, mas já tem dois meses que não usa mais”. (**Demanda relativa a uma adolescente de 15 anos. Motivo relatado pela escola para o encaminhamento ao CAPSia, em 2022**).

A escola se utiliza das técnicas do poder disciplinar como controle e a vigilância, desde a organização do tempo e do espaço, o tempo esquadrihado, as avaliações e toda a disciplina imposta através das regras e normas de conduta, onde alunos são aprovados ou reprovados. Quando o corpo do aluno não se torna dócil e útil, outros elementos entram em cena. Na visão de Veiga-Neto e Saraiva (2011), todas essas características fazem com que a escola seja a principal instituição disciplinar em nossa sociedade, a que mais contribui para manter a disciplina e o controle, mais potente que as prisões, fábricas e o exército.

A escola é vista como um espaço onde encontramos a verdade, um espaço privilegiado, onde se observa, classifica, regula e mensura resultados técnicos (Jardim, 2006). Essa verdade é exercida por alguém dentro da escola, na figura dos

professores, que é possuidor da verdade, do saber, e o qual se utiliza de ferramentas e estratégias para que a verdade seja extraída (poder).

Esse lugar, campo fértil para o estabelecimento das relações de poder, na medida que não consegue estabelecer mecanismos de controle suficientes nas práticas didáticas, parece buscar a docilização esperada dos corpos através de outras ferramentas, uma delas a medicalização.

Todas essas estratégias da sociedade disciplinar e da biopolítica, onde a escola se coloca como personagem principal, contribuem para que os seres humanos se tornem sujeitos, sujeitos de si, onde o sujeito é normalizado e moldado dentro de certos padrões sociais. A escola, pensada e entendida como uma instituição tão significativa e obrigatória, um lugar privilegiado em nossa sociedade, individualiza o sujeito e, ao mesmo tempo, subordina-o a um todo social (Veiga-Neto e Saraiva, 2011), submetido à regras e controles, que normatizam o ser e estar no mundo.

A medicalização das crianças e adolescentes é uma mostra desta normatização, onde aqueles que não se enquadram nos padrões ou não se qualificam enquanto alunos-sujeitos capazes, são encaminhados para atendimentos e/ou serviços especializados, para que recebam o tratamento necessário, objetivando adestrar, controlar, alcançar o padrão e a utilidade dentro do modelo determinado pela sociedade.

Contudo, diante de demandas como essas, que superlotam o serviço sem a devida necessidade, e na tentativa de realizar um trabalho focado naquilo que realmente é sofrimento mental, surgiram alguns limitadores na atuação do CAPSia. De acordo com orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o CAPSia deveria funcionar com um ambiente organizado de “portas abertas”, ou seja, quem chegar, por demanda espontânea ou referenciada, receberia atendimento na modalidade de acolhimento inicial<sup>6</sup>, que serve para avaliar a demanda e inserir (ou não) em tratamento. Porém, diante da alta demanda por atendimentos no serviço, principalmente por parte de encaminhamentos escolares, o CAPSia se organizou de

---

<sup>6</sup> O acolhimento inicial é o “primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa /ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário” (BRASIL, 2015, p. 11).

maneira diferente e, assim, recebe apenas demandas espontâneas em situações de ideação e/ou tentativa de suicídio e uso de substâncias psicoativas.

Nas demais situações, é necessário o encaminhamento, ou seja, um documento de referência e contrarreferência<sup>7</sup>, de outro serviço de saúde, preferencialmente da Atenção Básica, ou de outros serviços da rede de atendimento do município, elaborado por profissional técnico que tenha avaliado a necessidade de atendimento especializado pela área da saúde mental.

Vale dizer que a Atenção Básica, de acordo com o Artigo 2º, da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Portanto, a Atenção Básica é a principal porta de entrada e de comunicação entre a rede de atenção psicossocial e precisa conversar com o CAPSia, disponibilizando o atendimento em outros serviços da rede de acordo com a necessidade dos usuários do SUS. Na prática, o que percebemos é, muitas vezes, um encaminhamento sem responsabilização, levando apenas o pedido da família (ou da escola) em consideração e não uma avaliação implicada do profissional de saúde, como demonstram os excertos acima.

Essa prática legitima outro movimento que vem sendo corriqueiro no CAPSia e que fez o serviço reorganizar o modo "portas abertas" de funcionar: escolas solicitam que as famílias busquem a atenção básica para solicitarem ao profissional de saúde o encaminhamento ao serviço, por inúmeras demandas, na maioria das vezes, sem necessidade, pois os encaminhamentos falam de outras queixas que não relacionadas ao sofrimento mental grave. Essa busca das escolas pelo encaminhamento através das próprias famílias e/ou responsáveis, ocorre diante do impeditivo delas de encaminharem diretamente ao CAPSia, conforme os enunciados abaixo:

---

<sup>7</sup> Este documento estabelece a comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde no SUS. Através dele é possível a troca de informações e a continuidade no cuidado ofertado aos usuários na saúde, quando ocorre a necessidade de encaminhamento.

- “Mãe [...] vem à unidade de saúde solicitando encaminhamento para CAPSia conforme orientação da escola X. Segundo a mesma, a criança apresenta-se calmo, porém com dificuldade de concentração para realizar as atividades escolares. Boa interação com as demais crianças da escola”. **(Encaminhamento realizado em maio/2018, pela enfermeira da Atenção Básica a pedido da escola. Criança, 7 anos).**
  
- “Pai traz escolar com queixa de hiperatividade - episódios isolados de agressividade - pais separados - sem outros comemorativos [...], restante do exame sem particularidades”. **(Encaminhamento realizado em abril/2022, pelo médico clínico da Atenção Básica a pedido da escola, que já havia fornecido consulta com neurologista à mesma criança. Criança, 8 anos).**
  
- “O adolescente já fez consulta neurológica e tem prescrição para uso de cloridrato de metilfenidato (Ritalina®), no entanto não está fazendo uso do medicamento”. **(Encaminhamento realizado em abril/2022, pelo Conselho Tutelar a pedido da escola, que já havia fornecido consulta com neurologista ao mesmo adolescente. Adolescente, 12 anos).**

Nesses casos, temos o retrato da busca das escolas pelo metilfenidato, medicamento que tem sido prescrito para potencializar a atenção e o desempenho escolar, pois mantém o sujeito atento e concentrado, onde a escola, em dois dos exemplos, antes de buscar pelo CAPSia, encaminhou as famílias diretamente para consultas neurológicas (Isso mesmo!), onde receberam a prescrição do remédio, sem qualquer outra queixa significativa, além do déficit de atenção relatado pelas escolas. Ambos os serviços que realizaram o encaminhamento, Atenção Básica e Conselho Tutelar, apenas acataram o pedido da escola, sem uma avaliação mais apurada do caso.

Através dos relatos da própria Secretaria Municipal de Educação e vicências na atuação do CAPSia, os encaminhamentos diretos aos neurologistas pelos professores é uma prática comum nas escolas públicas do município, uma cultura delas próprias agendar as consultas, diante do acesso às consultas gratuitas (que se desconhece como funciona) e essas são fornecidas diretamente às famílias daqueles alunos que querem avaliar, geralmente por hiperatividade, agitação ou déficit de atenção. O quanto isso vem a reiterar o processo de medicalização dos comportamentos cotidianos e da própria rotina escolar, onde professores passam a se apropriar de um saber médico e determinar quando um aluno necessita de tratamento ou não?

As escolas têm contribuído massivamente para a expansão do uso do metilfenidato e de outros medicamentos, patologizando qualquer sinal de diferença, inquietação, indisciplina e até mesmo para suportar as questões estruturais e socioeconômicas que causam conflitos emocionais, tanto dos alunos quanto dos próprios professores, em busca de soluções instantâneas, ao ponto do metilfenidato ser conhecido como a “droga da obediência” (COLOMBANI; MARTINS, 2017, p. 286). Cabe salientar, que um dos medicamentos mais utilizados no mundo é o metilfenidato, vendido com os nomes comerciais de Concerta<sup>®</sup> e Ritalina<sup>®</sup>.

Colombani e Martins (2017), ainda afirmam que o lucro da indústria farmacológica só perde para a indústria de materiais bélicos, tendo o início deste crescimento expressivo no século XIX, após a Segunda Guerra Mundial, “[...] quando vários compostos químicos, incluindo alcaloides como morfina, estriquinina, quinina, nicotina e cocaína, foram isolados e produzidos em massa” (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013, p. 880). E para os autores, desde a segunda metade do século XX, a indústria farmacêutica tem crescido de forma expressiva.

A indústria farmacêutica se utiliza de uma sequela histórica que constitui as dificuldades escolares como doença e não respeita a subjetividade humana, buscando a padronização e o alinhamento homogêneo das diversas formas de ser e viver, o que é impossível quando falamos de seres humanos. (COLOMBANI; MARTINS, 2017, p. 284).

Assim, como esses encaminhamentos sem propósito, temos também uma indústria da produção de “laudos”, que apontam para um discurso que captura o saber médico para dentro da escola, onde professores avaliam e diagnosticam alunos, afirmando ser ou não necessário laudo ou tratamento especializado, encaminhando famílias em busca dos mesmos e as próprias escolas encaminhando para consultas em médicos neurologistas.

A necessidade das escolas em obter “laudos”, como chamam os atestados médicos contendo o diagnóstico dos alunos-pacientes, colocando-os num lugar de doentes, incapacitados, e, portanto, que justifique a sua dificuldade na aprendizagem é notória. Mesmo havendo o desejo do aluno em estar ali, no ambiente escolar, diante da diferença e falta de progresso na aprendizagem, no avanço do conteúdo programado, esse aluno não parece ser bem-vindo à instituição escolar. E de alguma forma, parece também justificar a falta de avanço deste na aprendizagem, livrando o professor de alguma culpa pelo fracasso do aluno: “Diretora pede laudo para respaldar plano de

ensino diferenciado” (Solicitação da escola ao CAPSia para aluno-paciente de 14 anos de idade, maio/2022).

Infelizmente, nessa dinâmica em que professores realizam os encaminhamentos aos médicos da atenção básica, em busca da prescrição médica, e profissionais de saúde referenciam de forma não implicada ao CAPSia. Portanto, ocorre um inchamento do serviço, que tem tido um grande aumento no número de atendimentos a cada ano:

<b>Número de atendimentos</b>	<b>Número de Acolhimentos Iniciais</b>	<b>Novos pacientes</b>	<b>Ano</b>
12.149	-	-	2018
13.614	306	169	2019
9.163	218	105	2020
10.074	443	169	2021

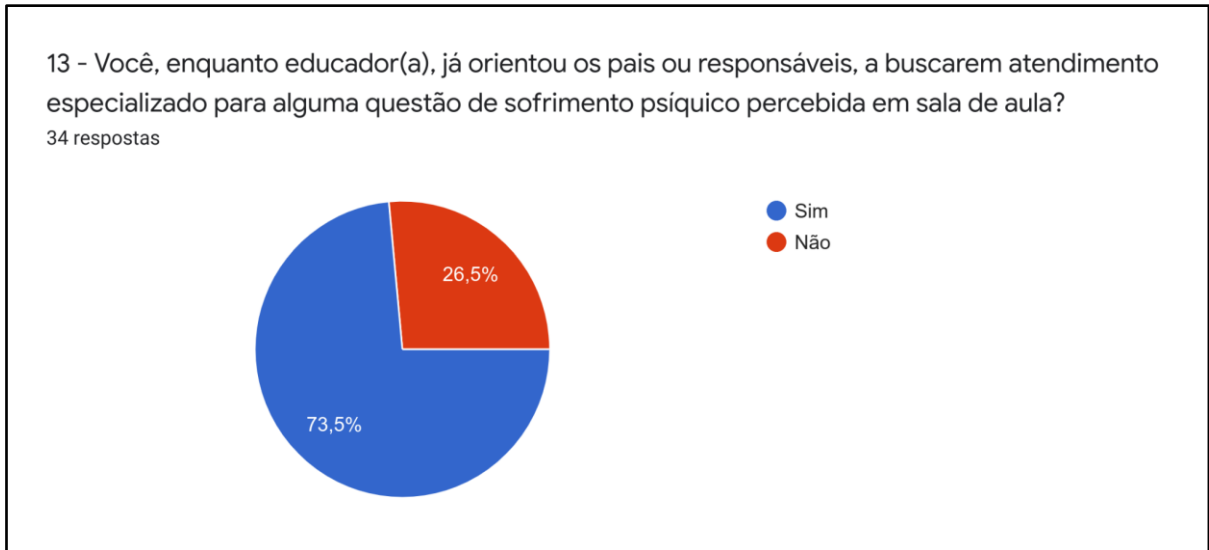
Fonte: CAPSia

Observando a tabela, é possível perceber que no ano 2020, em que o país estava no auge da pandemia de Covid-19, em isolamento social e, portanto, com as escolas fechadas e as aulas sendo oferecidas de forma remota, os atendimentos e os acolhimentos iniciais no CAPSia tiveram uma redução significativa, diminuindo de 13.614 para 9.163 atendimentos e de 306 acolhimento iniciais para 218.

Assim como no ano de 2021, em que a maioria das escolas públicas retomaram as aulas de modo presencial apenas no final do segundo semestre. O número de atendimentos ainda se manteve abaixo da média, 10.074, apesar dos acolhimentos iniciais terem tido um aumento significativo, indo de 218 em 2020 para 443, em 2021.

Este aumento nos números se deve a dois aspectos relevantes, no entendimento da equipe do CAPSia. Um deles em resposta à pandemia e ao isolamento social, que agravou muitos casos de sofrimento mental e desencadeou outros, e o segundo pelo retorno das aulas presenciais, sendo a instituição escolar uma forte criadora de demandas, como podemos observar nos excertos acima e no gráfico abaixo, que aponta para 73,5% dos professores afirmando que já realizaram algum encaminhamento para atendimento especializado:





Claro que há dois lados nisso, o negativo é a criação de demandas que não são exatamente problemas relacionados a um sofrimento mental, mas uma tentativa de controle dos corpos e, por outro lado, um aspecto muito positivo, é o fato da escola olhar para seus alunos e identificar, de forma sensível, situações graves, muitas vezes diante da negligência das famílias.

Só em 2022, nos primeiros quatro meses, de janeiro a abril, o CAPSia já conta com 3.012 atendimentos realizados, sendo que o serviço está com um déficit de 12 horas semanais referente ao profissional médico psiquiatra há, aproximadamente, 2 meses, fazendo com que este número seria em torno de 10% maior. Em decorrência da falta deste profissional, os acolhimentos iniciais foram suspensos, bem como os pacientes estão sem passar por essa modalidade de atendimento, nos casos estáveis, e outros pacientes estão tendo apenas as receitas renovadas.

Mas esta captura do saber médico pela educação não é uma novidade, ela vem desde o nascimento da medicina moderna, no século XVIII, aliada ao processo de higienização das cidades, onde a vida e a intimidade das pessoas foram alvo das ações em saúde para controle de doenças, não só pelos profissionais de saúde, mas com o apoio das escolas e seus educadores. Uma parceria que renderia frutos no controle da vida até hoje.

Esta parceria entre a medicina e a escola, remonta ao final do período do Brasil Colonial e início do Império. Com muitas famílias vindas da Europa, muitas necessidades surgiram com as cidades sem infraestrutura e habitantes sem hábitos de higiene. A medicina, segundo COSTA (1999, p. 28), “[...] deu um largo passo em

direção à sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial”. Essa aliança se forjou através da higiene, onde a população e a cidade passaram a fazer parte do campo de atuação da medicina, com o objetivo de suscitar no indivíduo o interesse pela sua própria saúde. Assim, a saúde da população passou a fazer parte da política de Estado:

Por meio dessas noções e ações a medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas de seu poder. Matas, pântanos, rios, alimentos, esgotos, água, ar, cemitérios, quartéis, **escolas**, prostíbulos, fábricas, matadouros e casas foram alguns dos inúmeros elementos urbanos atraídos para a órbita médica. A higiene revelava a dimensão médica de quase todos estes fenômenos físicos, humanos e sociais e construía para cada um deles uma tática específica de abordagem, domínio e transformação. (COSTA, 1999, p. 30, grifo do autor).

O movimento higienista, enquanto uma ação de política pública no Brasil, teve seu início no século XX, e este movimento une saúde e educação com o objetivo de atingir as crianças e adolescentes, alunos das instituições de ensino, e suas famílias. Para Colombani e Martins (2017), nesse movimento onde público e privado tornam-se um só, a medicina passa a ter o professor como aliado, treinando-o para o exercício de ver além das questões pedagógicas da sala de aula, mas para ajudar no diagnóstico e, assim, identificar quem precisava de providências no sentido de ser corrigido.

Havia os “Pelotões de Saúde”, onde o dia a dia das crianças era investigado, desde escovação dos dentes até o seu caráter, surgindo diversos dispositivos normalizadores dentro das escolas, como a ficha sanitária dos alunos, preenchida pelos professores diariamente:

Assim, fica claro que a instituição escolar foi marcada pelo poder disciplinar, que nasceu no cenário de uma sociedade eugenista e higienista e fez do corpo biológico instrumento de análise e de investidas políticas, com o propósito de extinguir todo comportamento indesejável. Com isso, a educação passa a banhar-se nas águas da medicina social e a construir uma cumplicidade ideológica que marcou desde então, a prática educacional no Brasil. (COLOMBANI; MARTINS, 2017, p. 281-282).

Toda esta prática comprova que, apesar de toda uma concepção acerca da inclusão, com a qual as escolas precisam lidar e se adaptar, existe um movimento de não-inclusão, onde alunos com sofrimento mental ou outros déficits, que não se encaixam e não produzem como o desejado, causam estranhamento e incômodo. São

alunos que necessitam, muitas vezes, de um currículo adaptado, redução da carga horária, monitores, muita paciência e empatia por parte dos professores e colegas, mas que são forçados a buscar tratamentos especializados, com o objetivo de serem acalmados, disciplinados e docilizados, até mesmo incentivados a manter estudos domiciliares, para não permanecerem no ambiente escolar, através dos atestados médicos – os laudos.

Podemos afirmar que o observado hoje ainda é o reflexo de uma educação higienista, onde o saber médico se insere dentro das instituições escolares, enquanto uma ética moral revestida de preocupação, buscando na forma de cuidar do corpo e da vida, determinar os desejos e as normas aceitas em sociedade. O Programa Saúde na Escola – PSE, instituído através do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, é um exemplo atual desta educação higienista e da aliança entre saúde e educação. O PSE “visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira [...], com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino” (BRASIL, 2007).

Assim, a escola passa a ser um importante instrumento para moralizar crianças e famílias, determinando o que se pode e não fazer, os modelos a seguir, estabelecendo as regras do jogo! Sem considerar os processos individuais de cada um, seus desejos e necessidades. “Os higienistas passaram a pensar que, ao invés de castigar os cidadãos, deveriam prevenir pensando no adulto do amanhã, construindo seres sujeitáveis, submissos, obedientes, enfim, disciplinados” (COLOMBANI; MARTINS, 2017, p. 284).

E, desta maneira, o CAPSia acaba servindo a um sistema disciplinar, fornecendo os instrumentos necessários às escolas para que se possa classificar os alunos e, “ao classificar os sujeitos, toda sociedade estabelece divisões e atribui rótulos que pretendem fixar as identidades. Ela define, separa e, de formas sutis ou violentas, também distingue e discrimina” (LOURO, 2000, p. 9).

O desejo pela homogeneização e padronização dos comportamentos, geram a necessidade da medicalização de forma quase inescrupulosa, conforme podemos observar nas queixas das escolas apresentadas ao CAPSia:

- “[...] percebem X agitado, agressivo, não consegue permanecer mais que duas horas em sala de aula. No recreio, fala sozinho, provocativo com os colegas. Rever medicação [...]”. (**Diálogo de escola com técnico do CAPSia, maio/2018**).
- “Vimos solicitar ao médico psiquiatra atestado de redução do tempo de permanência na escola do aluno X, devido a sua adaptação escolar”. (**Solicitação, por ofício, de escola ao CAPSia, outubro/2016**).
- “Escola relatou que X segue muito agressivo e agitado, sendo que a medicação que foi iniciada (ácido valpróico) não tem mostrado resultados”. (**Relato de escola em reunião com equipe do CAPSia, outubro/2016**).
- “Nota-se, na escola, melhora do comportamento após início da medicação prescrita pelo neurologista, X está mais calmo, quieto, porém profissionais da escola o veem menos afetivo, busca menos contato”. (**Diálogo entre escola e Capsia em reunião de equipe sobre paciente de 7 anos de idade, novembro/2014**).

Não tenho a intenção de discutir os efeitos da medicação e avaliar quando se deve ou não iniciar um tratamento com psicofármacos, mas problematizar o quanto a medicalização tem se naturalizado entre as crianças e adolescentes, principalmente no que se refere à educação, sem qualquer crítica acerca dos males que o uso dos psicofármacos possa causar no desenvolvimento, num sistema econômico extremamente lucrativo que ajudamos a manter e na manutenção de determinados comportamentos que buscamos manter por valores morais. É possível notar nestes poucos excertos, a necessidade que a escola tem de perceber a efetividade do uso da medicação no comportamento dos alunos, no sentido da contenção dos corpos.

Para Ivan Illich (1975 apud COLOMBANI; MARTINS, 2017, p. 280), citando o livro *Nêmesis da Medicina*, existe uma cultura social e política da medicalização, onde o ato de “[...] medicalizar significa determinar em termos médicos problemas sociais, desviando-se de sua verdadeira origem [...]”. Os conflitos humanos não são vistos a partir do resultado das relações sociais ou originárias de um modo de funcionar, mas pensadas como sintomas de patologias individuais, culpabilizando o corpo biológico.

De forma muito próxima, GAUDENZI e ORTEGA (2012, p. 22) afirma que o termo medicalização surgiu no final da década de 1960, geralmente usado pelos autores de forma negativa, se referindo “à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina”.

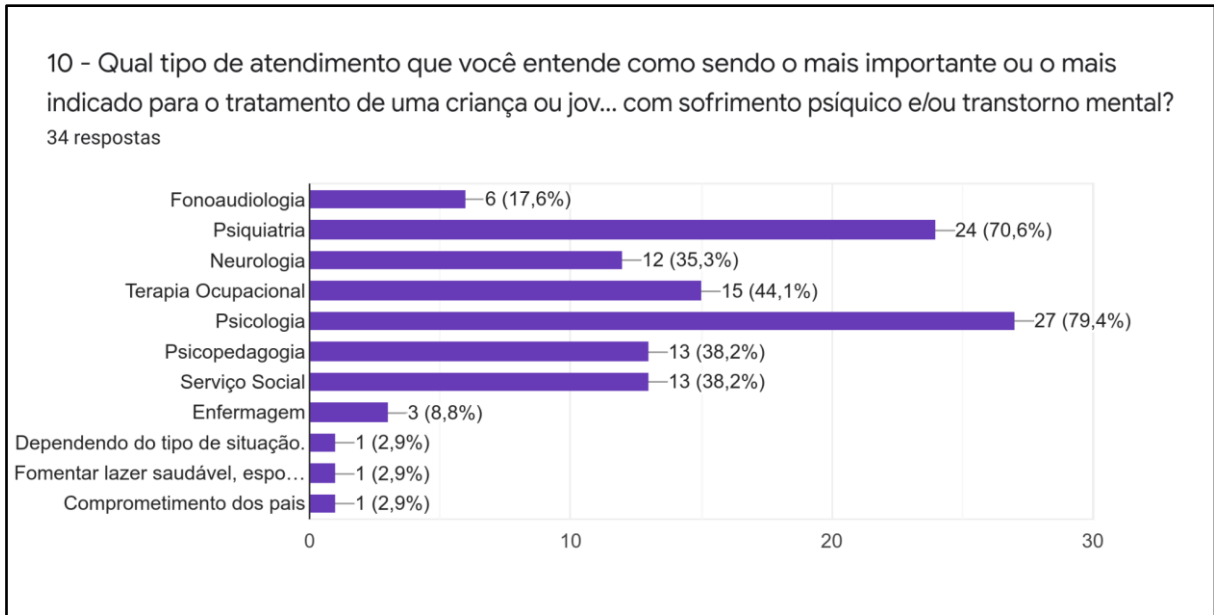
Esse movimento de transformar questões sociais em questões médicas, passa a ter como alvo de ação o indivíduo e os sintomas que ele apresenta, tendo como

solução a medicalização do problema através da intervenção especializada médica e psicológica, como podemos observar em mais excertos:

- Encaminho o menino supracitado para avaliação psicológica e psiquiátrica por estar apresentando sintomas ansiosos e psicossomáticos. **(Encaminhamento médico da Atenção Básica para o CAPSIA, criança de 7 anos de idade).**
  
- Encaminho paciente para PSICOLOGIA por quadro de irritação, agitação, implicância com o irmão e movimentação excessiva. Solicito acompanhamento. **(Encaminhamento médico da Atenção Básica para o CAPSIA, criança de 6 anos de idade).**
  
- Nervosismo, crises de choro. Solicito avaliação psicológica. **(Encaminhamento médico da Atenção Básica para o CAPSIA, criança de 5 anos de idade, janeiro/2022).**
  
- Paciente com dificuldade de adaptação com mudança de município devido separação dos pais. **(Encaminhamento médico da Atenção Básica para o CAPSIA, criança de 7 anos de idade, outubro/2015).**
  
- A família reside em Santa Cruz do Sul há 5 meses, oriunda de [...]. Mãe relata que a escola está pedindo avaliação psicológica para X devido a adolescente estar apresentando crises de ansiedade e não comenta nada. A mãe relata problemas familiares, separação do ex-marido (álcool) [...]. **(Encaminhamento médico da Atenção Básica para o CAPSIA, criança de 12 anos de idade, abril/2022).**

O tratamento médico psiquiátrico, que teve sua origem atrelada ao modelo de cuidado hospitalar, segue sendo muito requisitado e validado, tanto que dentre todas as modalidades de atendimento que o CAPSia oferece, a principal demanda ainda é por atendimentos médico, em detrimento de outras terapias. A grande procura por atendimento psicológico, inclusive pela classe médica, também demonstra que já há uma visão de que estes dois saberes “resolvem” efetivamente os problemas.

Comprovando essa teoria, na tabela abaixo, é possível observar que o saber psicológico é visto, pelos professores, como o mais indicado dentro do tratamento para o sofrimento mental, com 79,4%, seguido do atendimento psiquiátrico, com 70,6%. Tendência que demonstra o quanto a psicologia também tem ocupado um papel de reguladora dos comportamentos dentro de uma visão no âmbito escolar.



Para Louro (2000), investimos muito nos corpos. Essas disciplinas, psiquiatria e psicologia, são saberes que contribuem para certa adequação dos comportamentos. Elas tornam-se “aliadas” de uma sociedade que busca estabelecer padrões de comportamento dentro dos diferentes dispositivos históricos.

De acordo com as mais diversas imposições culturais, nós os construímos de modo a adequá-los aos critérios estéticos, higiênicos, morais, dos grupos a que pertencemos. As imposições de saúde, vigor, vitalidade, juventude, beleza, força são distintamente significadas, nas mais variadas culturas e são também, nas distintas culturas, diferentemente atribuídas aos corpos de homens ou de mulheres. Através de muitos processos, de cuidados físicos, exercícios, roupas, aromas, adornos, inscrevemos nos corpos marcas de identidades e, conseqüentemente, de diferenciação. Treinamos nossos sentidos para perceber e decodificar essas marcas e aprendemos a classificar os sujeitos pelas formas como eles se apresentam corporalmente, pelos comportamentos e gestos que empregam e pelas várias formas com que se expressam. (LOURO, 2000, p. 8-9).

Assim, o reconhecimento do outro se dá através do lugar social que ocupamos, de onde falamos, pois pertencemos a lugares distintos, com tendência a tornar o outro um igual, caso contrário, o afastamos, isolamos, e buscamos fazer imposições, assim como percebemos com relação aos alunos no ambiente escolar, quanto ao tratamento.

As sociedades realizam esses processos e, então, constroem os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma (que estão em consonância com seus padrões culturais e aqueles que ficam fora dela, às suas margens. (LOURO, 2000, p. 9).

Essa classificação também é um ato político e como tal, permeia as relações de poder existentes em todas as instituições, inclusive na escola, esse lugar que representa uma sociedade inteira. Assim, estas representações sobre o que é certo e errado, normal e anormal, o que pode e não pode, o que é aceito e não aceito no ambiente escolar passa a ser visto como realidade, criando sérios efeitos sociais. Esse grupo social, os professores, ocupam uma posição de representatividade na sociedade e, sendo assim, sua palavra tem poder e dita normas.

É possível sentir em cada um de nós o peso da palavra de um professor, desde o nosso imaginário infantil, quando lembramos das palavras que feriram e que motivaram, professores que marcaram nossa história de forma positiva ou negativa. A escola é uma instituição de frequência obrigatória, o professor é alguém a quem nossa família nos confia boa parte do dia, alguém que detém o saber, que nos ensina, que nos avalia. E é a partir desta visão e desta relação de poder que se estabelece na escola, que o professor se torna tão importante na subjetivação das crianças e adolescentes.

Nos vemos pelos olhos do outro, pelo que o outro fala de mim, assim defino quem sou. É como se o outro fosse um espelho pelo qual me observo. Se o outro, este professor, me vê como inadequado, diferente, preguiçoso, desatento, agressivo, louco, é assim que me verei, é assim que vou me subjetivar, através deste discurso e das práticas que me mostram isso, que torna isso uma verdade na minha história pessoal.

#### 4 OS SABERES E AS RELAÇÕES DE PODER NA ESCOLA: A MEDICALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO

*“Verdade é que, se todos os gostos fossem iguais, o que seria do amarelo?” (Machado de Assis)*

Na década de 1970, Foucault passou a se preocupar com a análise das relações de poder dentro da Medicina, especialmente na Psiquiatria, buscando analisar como se articulam o saber, a verdade e o poder na relação com a loucura, tensionando os modos como um determinado campo de saber produz enunciados e práticas discursivas que fazem com que determinadas verdades sejam construídas em torno do tema.

Foucault (2006), em sua obra *O poder psiquiátrico*, escrita a partir dos cursos do Collège de France, entre 1973 e 1974, mostrou como se constituiu a psiquiatria e seu poder disciplinar, se tornando ela o poder soberano sobre os pacientes com algum transtorno mental, decidindo sobre “quem vive e quem morre”, seu tratamento e seu prognóstico, a partir da doença que ela própria fornece o diagnóstico.

Assim, percebemos que o poder, antes presente na pessoa do soberano, que decidia sobre a vida dos súditos e os punia, diretamente no corpo, na carne, vai se deslocando para outras estruturas, como prisões, hospitais e escolas, disciplinas médicas e psicológicas, as quais ainda hoje seguem determinando aquilo que se pode ou não fazer, dentro do esperado pela sociedade e cultura nas quais vivemos.

Com o intuito de compreender o funcionamento das escolas e como elas se inscrevem em nossa rotina enquanto instituições obrigatórias, uma prática social que nos constitui, faz-se necessário apresentar também a história das punições, bem como o nascimento da prisão enquanto instituição moralizante e de treinamento dos corpos, chegando até o conceito de biopolítica.

Portanto, neste capítulo, busco apresentar a história das punições, do nascimento das prisões e da disciplina como uma estratégia de controle e vigilância dos corpos, o que vai passar pela instituição escolar, com suas normas e regramentos seculares. Das punições, aos micropoderes e à biopolítica, conceito formulado por Foucault, o qual apresento e pelo qual analiso o discurso da educação acerca da medicalização.



## 4.1 A disciplina

Até o final do século XVIII, havia uma punição de morte para quase todos os tipos de crimes – o suplício – e quem definia os crimes e a aplicação do castigo era o rei, exercendo seu poder soberano. O suplício era um “[...] arsenal de terror e a prática cotidiana da penalidade [...]” (FOUCAULT, 2014, p. 35):

A pena de morte natural compreende todos os tipos de morte: uns podem ser condenados à forca, outros a ter a mão ou a língua cortada ou furada e ser enforcados em seguida, outros, por crimes mais graves, a ser arrebatados vivos e expirar na roda depois de ter os membros arrebatados; outros a ser arrebatados até a morte natural, outros a ser estrangulados e em seguida arrebatados, outros a ser queimados vivos, outros a ser queimados depois de estrangulados; outros a ter a língua cortada ou furada, e em seguida queimados vivos; outros a ser puxados por quatro cavalos, outros a ter a cabeça cortada, outros enfim a ter a cabeça quebrada. (FOUCAULT, 2014, p. 35).

Toda essa cerimônia de punição é a manifestação do poder que pune, um cerimonial que busca trazer à tona a verdade do crime, “o rei queria mostrar com isso que a força soberana de que se origina o direito de punir não pode em caso algum pertencer à multidão” (FOUCAULT, 2014, p. 39). Diante da justiça do soberano todos deveriam se calar, ou seja, obedecer.

Uma evolução, espécie de humanização do suplício, se deu através da implantação das guilhotinas, “a máquina das mortes rápidas e discretas” (FOUCAULT, 2014, p. 20). Mas além das punições com a morte, havia também detenções, instrumentos de privilégio do despotismo, funcionando de forma ilegal e secreta. Essas detenções eram, geralmente, nos castelos, nas masmorras, mas se perpetuavam como um exercício do excesso de poder do soberano.

Mas todo este teatro do terror, com os suplícios, e as prisões ilegais, começou a despertar certa revolta e indignação com os excessos de poder do soberano, pois os súditos poderiam tanto apoiar o rei quanto apoiar o condenado, além do que punir com sangue poderia gerar o desejo de vingança também através de sangue. Então, surgiu “[...] a necessidade de definir uma estratégia e técnicas de punição em que uma economia da continuidade e da permanência substituirá a da despesa e do excesso” (FOUCAULT, 2014, p. 87).

O poder de punir deveria ser regular, eficaz e constante, de maneira contínua que atingisse todo o corpo social. A ideia não era punir menos, mas punir melhor. Aqui o poder do soberano desloca-se para uma defesa da sociedade, onde o crime cometido passa a ser sinônimo de ruptura com o pacto social estabelecido e, assim, o crime passa a ser visto como uma afronta e uma lesão à sociedade, a cada um dos cidadãos.

Foucault (2014) apresenta o processo histórico de alívio das penas, em *Vigiar e Punir – Nascimento da Prisão*, quando as três tecnologias de poder são apresentadas: a detenção ilegal do soberano, o suplício e, por fim, as instituições carcerárias. Juristas reformadores, como Le Peletier, em 1791, buscaram, então, uma nova legislação criminal. Acreditaram numa arte de punir que se inserisse na mecânica natural da vida dos indivíduos:

Tem que haver relações exatas entre a natureza do delito e a natureza da punição; aquele que foi feroz em seu crime sofrerá dores físicas; aquele que tiver sido preguiçoso será obrigado a um trabalho penoso; aquele que foi objeto sofrerá uma pena de infâmia. (FOUCAULT, 2014, p. 104).

Com a nova legislação criminal, então, exige-se a extinção das detenções irregulares e do suplício, na busca de uma punição mais transparente, não arbitrária e mais adequadas a cada crime, criando uma representação social do crime, que eduque a população e não apenas puna os infratores. “No antigo sistema, o corpo dos condenados se tornava coisa do rei, sobre a qual o soberano imprimia sua marca e deixava cair os efeitos de seu poder. Agora, ele será antes um bem social, objeto de uma apropriação coletiva e útil” (FOUCAULT, 2014, p. 107).

A ideia de economia do poder passa a surgir. O poder de punir precisa ser eficaz, atingir o maior número possível de indivíduos, tendo um caráter pedagógico, e que o condenado seja rentável ao Estado, ou seja, que atue em obras públicas (pontes, estradas, minas, etc.), onde haja interesse coletivo e visibilidade (algo simbólico). “O culpado, assim, paga duas vezes: pelo trabalho que ele fornece e pelos sinais que produz” (FOUCAULT, 2014, p. 108).

Porém, em menos de vinte anos, segundo Foucault (2014), penas leves se converteram todas em uma única forma de castigo: a prisão. Uma materialidade muito diferente do poder se define, através de uma estrutura arquitetônica fechada, muros

altos, hierarquizada e dentro do aparato administrativo do Estado, onde o investimento no corpo do condenado novamente sofre uma transformação.

Busca-se a reconstrução do *homo oeconomicus*, através da aquisição de técnicas e hábitos de trabalho, mantendo o cuidado com relação a duração da pena, que não seja curta demais a ponto de não poder inculcar as técnicas e hábito ao trabalho, nem longa demais, onde o condenado se desmotive. Assim, “[...] o trabalho solitário se tornará então tanto um exercício de conversão quanto de aprendizado [...]” (FOUCAULT, 2014, p. 121). O objetivo, portanto, é o indivíduo moral, o retorno à virtude perdida com o crime, através da consciência religiosa e do trabalho. A prisão se torna um espaço de treinamento dos corpos. Os condenados trabalham no que lhes for prescrito, a vida é dividida em horários, há regras, proibições, sob permanente vigilância.

“Mas o mais importante sem dúvida é que esse controle e essa transformação do comportamento são acompanhados – ao mesmo tempo condição e consequência – da formação de um saber dos indivíduos” (FOUCAULT, 2014, p. 124-125). A prisão se torna um ambiente privilegiado para a observação dos vícios e fraquezas dos condenados, onde passam a ser divididos por classes de acordo com o delito cometido. Se organiza um saber individualizante que se dedica a analisar os perigos possíveis de um indivíduo e que se manifestam através do comportamento. “A prisão funciona aí como um aparelho de saber” (FOUCAULT, 2014, p. 125). Não é o crime a referência, mas o comportamento. Não é mais a representatividade que importa na punição do crime, mas o corpo do condenado.

O poder institucionalizado que existe agora, a partir do aparato administrativo da prisão, não busca reconstruir o sujeito de direitos, mas formar um sujeito obediente e submisso. No século XVIII, a descoberta do corpo como objeto de poder, traz a possibilidade da fabricação do soldado perfeito, a partir do treinamento. De um corpo inapto, fez-se a máquina que se necessita, corrigindo as posturas e inculcando hábitos.

Foucault (2014), aponta as pistas para isso no livro *Homem-máquina*, de La Mettrie, uma espécie de teoria do adestramento, onde as noções de docilidade se associam ao poder de manipular os corpos. “Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as disciplinas” (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Há muito tempo existem formas disciplinares, como nos conventos e exércitos, porém nos séculos XVII e XVIII elas se intensificaram, tornando-se formas de dominação. Foucault (2014) aponta que essa nova forma disciplinar é diferente da escravidão, por exemplo, que se utiliza da violência e da apropriação dos corpos, e da domesticidade, uma dominação constante, através da imposição dos caprichos do patrão:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; [...]. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, “corpos dóceis”. (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Esse excerto de Foucault (2014), define perfeitamente o que ele chamou de disciplina. Uma disciplina que, ao mesmo tempo, desarticula porque diminui as forças em termos políticos, de obediência, e recompõe, pois traz à tona a versão da utilidade do corpo, aumentando suas forças, buscando suas aptidões, buscando sua máxima potência, através da dominação. Essa anatomia política da disciplina não surge subitamente, mas de maneira progressiva, em diversos espaços, para Foucault (2014). Ela aparece no funcionamento dos hospitais, das organizações militares e nas escolas, uma microfísica do poder que está entranhada na estrutura dessas instituições, muitas vezes sequer percebida de forma consciente pelos seus atores.

Assim como ocorreu um refinamento das punições para abranger toda a população, educando-a, de forma econômica e mais eficaz, do que aplicar a violência extrema em uma só pessoa, a cada crime cometido, a disciplina foi se aperfeiçoando no decorrer dos séculos, sendo aplicada nos detalhes, de forma sutil, como, por exemplo, através da educação cristã, da pedagogia militar e escolar: os regulamentos, as inspeções, o controle da vida, do corpo.

Com a normatização dos indivíduos, temos uma vigilância constante acerca do cumprimento da norma, e não mais a punição como primeira alternativa. Assim, o exercício do poder passa a ser através da vigilância. A chave do poder está na vigilância do sujeito.

Tudo isso define o início de uma sociedade disciplinar, que também contribui para as necessidades de um determinado momento histórico. No século XVIII, com a Revolução Industrial, grandes cidades estavam nascendo, grandes fábricas, havia uma demanda de mão de obra, de sujeitos capazes a adaptação e ao cumprimento de tarefas, de forma regrada e disciplinada. O sujeito precisava ser capaz de moldar-se dentro daquilo que era esperado dele.

A metáfora desse poder de vigilância é o panóptico<sup>8</sup>, de Jeremy Bentham, onde a vigilância captura a alma do sujeito, através das instituições de confinamento: escolas, hospitais, prisões, fábricas, etc. Hoje, vivemos a onipresença do panóptico através das câmeras de vigilância, dos inspetores de segurança, das medicações, dos algoritmos da internet; somos vigiados constantemente e não nos damos conta disso, é sutil e constante, levando ao autocontrole e a autovigilância. O controle perde a figura de um ser totalitário, mas se espalha por toda a epiderme. Nesse novo jeito de vigiar, de exercer o poder, nos sentimos livres, porém quanto mais livres, mais vigiados. Como afirmou FOUCAULT (2014, p. 194), “a vigilância é uma armadilha”.

E, desta forma, sutil e natural, a escola se insere na rotina de todas as crianças, enquanto instituição de ensino obrigatória, atuando como modeladora dos corpos, vigiando, controlando e disciplinando, dentro dos moldes ditados por uma sociedade disciplinar. Através do olhar hierárquico do professor, das suas avaliações e punições, a escola se mantém treinando os corpos dos sujeitos, determinando seus comportamentos, e têm na medicalização uma prática que garante (ou tenta garantir) esse controle.

## **4.2 Pensando os saberes enquanto instrumento disciplinar**

Foucault (2010), ao escrever sobre a psiquiatria, afirmou que se trata de uma especialização da higiene pública, que servia à proteção social e como higiene do

---

<sup>8</sup> O Panóptico de Bentham é uma figura arquitetural, cujo princípio é o seguinte: na periferia uma construção em forma de anel, no centro uma torre, a qual é vazada por grandes janelas que se abrem para a face interna do anel. A construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção. Possuem duas janelas, para dentro e para fora, permitindo que a luz atravesse a cela. Na torre central, um vigilante que tudo vê, pela simples projeção da luz que permite ver todas as silhuetas (Foucault, 2014).

corpo social ela se institucionalizou. Assim, foi necessário transformar a loucura em doença, tornando patológico qualquer distúrbio e erro, para garantir um sistema de proteção da sociedade em nome do saber médico.

O saber médico enquanto instrumento normalizar, atuou sobre os loucos e as famílias. Sobre os loucos, a ação normalizadora buscava manter a integridade estabelecida no contrato social, pois a sua conduta insana o fazia romper com este contrato frequentemente. Mas como os loucos eram considerados irresponsáveis, sua conduta precisaria de uma punição alternativa, que não ferisse os princípios do liberalismo. Então, o dispositivo médico passa a servir como tutelador da loucura (COSTA, 1999).

Não diferente, a família, que para servir aos interesses do Estado, num momento de desenvolvimento industrial, passou a ser o foco das ações da medicina no controle da concepção dos filhos, dos cuidados físicos dos filhos e na prevenção das consequências políticas que a pobreza poderia apresentar. “Criam-se, assim, dois tipos de intervenção normativa que, defendendo a saúde física e moral das famílias, executavam a política do Estado em nome dos direitos do homem” (COSTA, 1999, p. 51).

Não obstante, a infância também passa a ser objeto da psiquiatria, numa relação permeada de saber e poder, justificada pelo discurso de que “para que uma conduta entre no domínio da psiquiatria, para que ela seja psiquiatrizável, bastará que seja portadora de um vestígio qualquer de infantilidade” (FOUCAULT, 2010, p. 267).

Quando a psiquiatria se torna a ciência da infância, da sua conduta, ela pode se tornar também a ciência das condutas normais e anormais, um parâmetro para a análise das condutas, dos comportamentos. Segundo Foucault (2010), a psiquiatria, em meados do século XIX, abandona a doença (alienação mental, delírio, etc.) passando a se focar nos comportamentos.

A psiquiatria focada no comportamento, tem na infância um público alvo potente, pois a partir da tenra idade já busca uma padronização. E, desta forma, percebemos o quanto a medicação é um elemento essencial na consulta médica, como é raro uma avaliação psiquiátrica não resultar em prescrição de medicações, que regulam o comportamento de alguma forma. E nesse fluxo, vamos controlando tudo que foge da regra, do comportamento esperado, dos sentimentos indesejados, higienizando os desvios e os modos de viver. E nesse contexto histórico e social, o

processo da medicalização da infância vai se consolidando como estratégia eficiente no controle e higienização da sociedade.

Além das medicações em si, é muito habitual nas vivências do serviço a importância dada às internações hospitalares, como método de controle, imposição do modelo de tratamento que se deseja (pela equipe que avalia ou por imposição do judiciário, através dos ofícios recebidos desta instituição – que daria outra dissertação!) e até de barganha para se alcançar determinado objetivo com o paciente, como, por exemplo, aceitar uma internação para não cumprir medida socioeducativa em processos judiciais que estão respondendo.

Esse exemplo, mostra, literalmente, a saúde e o médico impondo seu poder, buscando colocar limites naquele adolescente que não se adapta às regras, que se recusa a cooperar e que não apresenta boa adesão ao tratamento. Assim, reforça-se o quanto a psiquiatria e o hospital ainda possuem relevância dentro dos tratamentos e, nas relações de poder, ainda se mostram poderosas. É a educação higiênica sendo realizada na infância para se reproduzir na vida adulta, de forma natural e espontânea, com efeitos duradouros. Segundo Costa (1999) esse é o método higienista, aquilo que se queria como comportamento e conduta ideais, iam sendo inculcados nas crianças através de uma pedagogia que se adequava a ordem médica. O que antes era feito pela religião e pela família, passou, no século XIX, a ser feito pelo Estado; é a criança sendo manipulada como instrumento de poder para atingir os adultos.

A Psiquiatria passa a ser vista como uma prática da alteridade, que se diluiu com o tempo para a construção de estados de anormalidade, ou seja, comportamentos singularidades do sujeito, da sua expressão, que passam a ser identificadas como doenças:

Estados depressivos e ansiosos, o suposto “risco” ou probabilidade de padecer um transtorno, comportamentos incômodos associados ao jogo, a sexualidade, a agressividade ou a interação social, o mal-estar próprio do ciclo de vida, estados como a perda leve de memória, são situações, entre muitas outras, que com o tempo se converteram em estados tratáveis para o saber psiquiátrico [...]. (Martínez-Hernández, 2013, p. 15).

Para Caponi (2009) o corpo deixa de ser visto a partir de seus órgãos e tecidos, e surge enquanto um corpo com potencialidades e comportamentos passíveis de modelação, no final do século XIX. A loucura é o “fora de cena” (Martínez-Hernández, 2013, p. 15), apontando para uma necessidade de colocá-la em um lugar invisível,

onde não pode ser vista. Antes, através dos muros dos asilos, locais de confinamento, hoje, através dos fármacos que a psiquiatria prescreve que podem ser entendidos como sistemas coercitivos, ou seja, impostos aos sujeitos em busca de uma homogeneidade.

A autora também faz um questionamento acerca da expansão sistemática dos diagnósticos psiquiátricos referentes aos comportamentos cotidianos, uma possível estratégia biopolítica, uma ferramenta de controle da vida, marcando quem é normal ou louco, quem necessita de tratamento, quem pode ou não ser inserido em nossa sociedade, quem não fica no “fora de cena” (Martínez-Hernández, 2013).

### 4.3 A biopolítica

Toda essa maquinaria do poder, da administração do corpo, levou Foucault a apresentar o conceito de biopolítica, uma ferramenta para problematizar e compreender as políticas do presente, segundo afirma Duarte (s.d.), numa sequência aos micropoderes disciplinares apresentados até então, numa fase genealógica do filósofo.

A grande diferença entre a sociedade disciplinar e a **biopolítica** é a mudança nos esforços de controle que, no primeiro, era no sujeito individual e, no segundo, passa a ser voltado à população como um todo, se disseminando no tecido social, porém concentrando-se na figura do Estado, o qual passa a administrar a vida, por meio de toda a população. De uma anátomo-política do corpo para uma biopolítica das populações (DUARTE, s.d.).

Nesse sentido, um grande dispositivo histórico analisado por Foucault é a sexualidade. O sexo torna-se um alvo privilegiado para normalizar condutas, passando das regras de comportamentos individuais para o controle da natalidade, por exemplo, com foco em uma sociedade inteira. Assim, a partir do século XIX, há um gerenciamento da vida das populações, uma gestão do corpo social, uma biopolítica.

Nesse afastamento que Foucault fez do poder soberano e do papel do Estado para analisar os micropoderes e a sociedade disciplinar, percebeu que ambos são fundamentais para compreender a gestão das políticas públicas acerca da população:



“[...] deu-se um importante deslocamento na forma de exercício do poder soberano, que passou a se afirmar não mais como um poder de matar a vida, mas sim como um ‘poder que gere a vida’” (DUARTE, s.d., p. 4).

E a violência contida nos suplícios, a qual se pensou que diminuiria através desse investimento do Estado nas políticas públicas com foco na vida, pelo contrário, aumentou, pois na medida que o cuidado se concretiza para a vida de uns, há a necessidade “ [...] contínua e crescente da morte em massa de outros [...]” (DUARTE, s.d., p. 4). Exemplos disso são as guerras mundiais, com o Nazismo, e a pandemia da Covid-19, em que milhões de pessoas morrem em nome da vida, da defesa de uma população, de uma raça, uma religião, de um país. A morte é legitimada em nome da preservação da própria vida. No caso da pandemia de Covid-19, conforme aponta DARSIE (2020), jogos de poder, especialmente por parte dos governantes, corroboram para a gradativa retomada das atividades econômicas mesmo diante do aumento dos casos de infecções, fortalecendo a ideia de autogestão nos cuidados para o controle da doença. As preocupações econômicas foram colocadas à frente da saúde, pois, conforme popularizou-se, “se a economia afundar, a crise será pior que a causada pela doença” (DARSIE, 2020, p. 2).

Problematizando, agora, a escola a partir do conceito de sociedade disciplinar e biopolítica, Jardim (2006) apresenta-a como um aparato essencial para a subjetivação dos sujeitos que nela estão inseridos, a qual se torna um dispositivo de esquadramento e poder. Costa (1999) aponta o internato como um protótipo deste espaço disciplinar dedicado ao corpo. Nesse espaço se vislumbrava uma sociedade ideal, buscando nas crianças a realização deste desejo. As crianças eram isoladas das influências externas, permanecendo longe das suas famílias e, diariamente, dentro do ambiente escolar, como cobaias num laboratório, iam sendo apresentadas “aos ensaios médicos sobre educação física e moral” (COSTA, 1999, p. 179).

A escola, como ferramenta do Estado, também torna-se um aparato privilegiado para o ajustamento dos comportamentos, na busca do *homo oeconomicus* (FOUCAULT, 2014), adaptando os adolescentes ao mercado de trabalho, corpos úteis, e por isso, percebemos tantos encaminhamentos ao atendimento especializado de situações onde o problema é a falta de concentração ou dificuldade de aprendizagem, ou seja, uma preocupação por não haver as condições propícias à aprendizagem e à produtividade.

Confira os excertos abaixo, de registros realizados em sala de aula e encaminhados ao CAPSia para ciência e de diálogo entre escola e o serviço:

- “Estava muito inquieto, conversando o tempo inteiro, atrapalhando a aula e as explicações do conteúdo que estava sendo trabalhado neste dia. Negou-se a realizar as atividades propostas. Usou palavras inadequadas para se referir aos colegas”.
- “Contato com X da escola X, refere que X tem baixo rendimento, tanto por dificuldades de aprendizagem, quanto por falta de interesse/empenho”.

Segundo o sociólogo francês, Pierre Bourdieu (2013), a escola é uma instituição conservadora das desigualdades sociais, reprodutora e legitimadora delas, através do que ele chama de violência simbólica, exercida contra os alunos. Essa violência ocorre quando um aluno, por não possuir tanto ou determinado *capital cultural*<sup>9</sup> quanto o outro, não consegue aprender ou não apreende determinada informação, sentindo-se culpado, menos inteligente, inferiorizado, responsável pelo seu fracasso. Violência essa perpetrada pelas escolas, que mantém as desigualdades e reforça o individualismo. Bourdieu (2013) faz uma crítica ao funcionamento das escolas, para ele a escola não é neutra e questiona o seu conhecimento, no sentido de legitimar uma cultura em detrimento de outra.

A escola é vista como um espaço onde encontramos a verdade, um espaço privilegiado, onde se observa, classifica, regula e mensura resultados técnicos (JARDIM, 2006). Essa verdade é exercida por alguém dentro da escola, na figura dos professores, que é possuidor da verdade, do saber, e o qual se utiliza de ferramentas e estratégias para que a verdade seja extraída (poder).

A escola, o espaço pedagógico, é um ambiente de dominação de caráter relacional, “[...] estabelecida como condição de possibilidade de formação, reprodução, produtividade e resistência aos enunciados, tanto de ordem econômica, quanto de ordem social e cultural” (JARDIM, 2006, p. 104). É nesse espaço, aparentemente libertador, que as relações de força e poder acontecem, constituindo sujeitos a partir da disciplina e da normatização.

---

<sup>9</sup> *Capital cultural* é o acesso dos alunos a outros espaços de educação não escolar, experiências, vivências, aprendizados e heranças culturais, recebidas de suas famílias, que facilitam seu aprendizado em sala-de-aula, quando isso acaba contribuindo para o conhecimento exigido na escola. Como o acesso aos bens culturais é diferente para cada classe social, há uma influência direta no aprendizado na escola, o que privilegia, novamente, alunos de uma classe social mais favorecida, perpetuando as desigualdades sociais e escolares Bourdieu (2013).

Para tanto, a escola se utiliza de todas as técnicas já apresentadas acima (o poder disciplinar e a biopolítica), como o controle e a vigilância, desde a organização do tempo e do espaço, o tempo esquadrihado, as avaliações e toda a disciplina imposta através das regras e normas de conduta, onde alunos são aprovados ou reprovados. Quando o corpo do aluno não se torna dócil e útil, outros elementos entram em cena, aparentemente dispositivos de cuidado que acabam legitimando a medicalização enquanto estratégia de controle biopolítico.

A medicalização das crianças e adolescentes é uma mostra desta normatização, onde aqueles que não se enquadram nos padrões ou não se qualificam enquanto alunos-sujeitos capazes, são encaminhados para atendimentos e/ou serviços especializados, para que recebam o tratamento necessário, objetivando adestrar, controlar, alcançar o padrão e a utilidade dentro do modelo determinado pela sociedade. E, assim, temos no espaço da escola o atravessamento do saber médico que legitima padrões de normalidade.

A escola é um campo fértil para o estabelecimento das relações de poder, e, na medida que o controle não acontece nas práticas didáticas, a docilização dos corpos se dá através da medicalização, onde o saber pedagógico e o saber médico se sobressaem sobre a infância, mantendo-a sob a ordem estabelecida. Como afirma COSTA (1999, p. 181), “o enquadramento disciplinar da criança teve seu horizonte nesta sociedade ordenada conforme aspirações dos médicos” e, posteriormente, associada à instituição escolar.

Brzowski e Caponi (2013), referem que a medicalização é o processo pelo qual processos naturais da vida, desvios de comportamento ou algo que destoa do socialmente esperado, passam a ser tratados como problemas médicos/clínicos e, assim, sugerem que são feitos diagnósticos de transtornos mentais em situações consideradas normais dentro do desenvolvimento.

Conrad e Schneider (1992 apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 210), aponta que:

Os desvios consistem em categorias de julgamentos sociais negativos que são construídos e aplicados socialmente, geralmente de alguns grupos de uma comunidade para outros. O desvio é um fenômeno universal, e a noção de que toda sociedade tem normas sociais já pressupõe a existência do desvio. Grupos sociais criam regras e impõem suas definições para os outros membros por meio do julgamento e da aprovação social; por isso, o desvio é contextual, e a definição e a aprovação do desvio envolvem relações de poder.

A escola acaba sendo uma grande reforçadora da medicalização. É comum, no início da vida escolar, no processo de alfabetização, diferenças no tempo e nas dificuldades entre as crianças em seu processo de ensino-aprendizagem, alguns sintomas leves de ansiedade, irritabilidade, agitação até adquirirem o hábito de ficarem sentadas por horas, se acostumarem com tantos estímulos, etc., mas, para a escola, isso são disparadores para a busca de um problema. Inicia-se, então, o percurso de encaminhamento dos alunos-problemas aos serviços/profissionais de saúde, conforme Brzozowski e Caponi (2013). Não diferente, no CAPSia, as famílias que chegam solicitando avaliação a pedido da escola são inúmeras, a ponto de o serviço não ser portas-abertas, prerrogativa da legislação, para encaminhamentos oriundos de escolas. Porém, elas orientam as famílias a buscarem a Atenção Básica de seus territórios.

“Escolares que são mais ativos, agitados e que são pouco atentos sempre foram um problema para pais e professores. A novidade está no fato de se acreditar que esses comportamentos sejam sintomas de um transtorno mental tratável com medicamentos” (Conrad; Schneider, 1992, apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 212). Além disso, parece que as pessoas realmente acreditam que tomar uma pílula, ao invés de enfrentar suas emoções, situações problemáticas ou lidar com as dificuldades dos filhos, pode ser muito mais fácil e imediato. Contudo,

Mães de crianças com TDAH, apesar de não gostarem de dar um medicamento psicotrópico para o filho, o fazem, primeiramente, por ser uma recomendação médica, portanto, indiscutível. Em segundo lugar, existe uma pressão por parte da escola para que essa criança receba uma avaliação e um acompanhamento médicos. Por fim, existe ainda uma preocupação da adequação de seus filhos na sociedade, para que eles possam ter as mesmas oportunidades que os demais. (Brzozowski, 2009, apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 213).

É a biopolítica agindo através das relações de poder entre famílias, escolas e o saber médico, uma relação entre saber e poder, que tem na escola um lugar importantíssimo de articulação e prática desse binômio. A escola é um campo fértil para o estabelecimento das relações de poder, e, na medida que o controle não acontece nas práticas didáticas, a docilização dos corpos pode se dar através da medicalização, onde o saber pedagógico e o da saúde se sobressaem sobre a infância, mantendo-a sob a ordem estabelecida. “Não é demais insistir que, mais do

que qualquer outra instituição, a escola encarregou-se de operar as individualizações disciplinares, engendrando novas subjetividades e, com isso, cumpriu um papel decisivo na constituição da sociedade moderna” (VEIGA-NETO, 2011, p. 70).

Veiga-Neto (2011) problematiza o conjunto de verdades disseminadas pela escola, diante da obrigatoriedade e do papel de tutela moral que esta instituição assumiu para as futuras gerações. Da mesma forma, questiono as verdades impostas pela educação, entendendo-as como uma construção social e uma estratégia de controle biopolítico, que procura manter determinada prática e ordem sociais pré-estabelecidas. O poder se dá numa rede, as pessoas exercem poder e sofrem suas influências:

[...] não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e hegemônico de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado como de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. (FOUCAULT, 1979, p. 183).

RABINOW e DREYFUS (1995) apresentam alguns aspectos das relações de poder, os quais estão relacionados à resistência, considerando que são “lutas que questionam o estatuto do indivíduo” (p. 234). Ora enfatizam as diferenças entre os indivíduos, ora atacam qualquer diferença entre eles. São lutas contra o governo da individualização. Não se trata, porém, de uma luta que ataca o indivíduo em si, nem instituições ou grupos específicos, mas se trata de uma técnica, uma forma de poder.

Geralmente, pode-se dizer que existem três tipos de luta: contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão). (RABINOW e DREYFUS, 1995, p. 235).

A luta que permanece muito presente (não que as demais deixaram de existir) é contra as formas de sujeição. A partir do desenvolvimento de uma nova estrutura política, desde o século XVI – o Estado, considerado um poder político que ignora o indivíduo e ocupa-se com a totalidade. O Estado é uma forma de poder individualizante e totalizante (Rabinow e Dreyfus, 1995).

A biopolítica, através do saber psiquiátrico, dentro das escolas, além de curar ou normalizar condutas, parece querer antecipar riscos ou a multiplicação de novas condutas consideradas patológicas. É uma psiquiatria preventiva, “[...] um instrumento médico-político capaz de controlar a hereditariedade da grande família dos degenerados [...]” (CAPONI, 2009). Nota-se nesse encaminhamento ao CAPSia, de criança de 6 anos, pela Atenção Básica, em outubro/2021: “Mãe acompanha paciente referindo irritação, comportamento opositor, agitação. Irmão com diagnóstico de TDAH e TOD. Solicito avaliação”, ou seja, está apresentando um comportamento que parece causar incômodo e, por possuir irmão com diagnóstico, sugere-se que possa ter algum problema de saúde mental.

#### 4.4 Escola versus medicalização

As escolas podem ser entendidas como parte daquilo que acontece nas sociedades, uma representação do Estado, num microssistema, pois nesse espaço crianças e adolescentes conseguem se experienciar numa espécie de laboratório daquilo que viverão em sociedade quando adultos: regras, controle, esquadramento de horários, mensuração do aprendizado através de notas, etc. – tudo que viverão em sociedade, num macrossistema. E o discurso de controle e disciplina do ambiente escolar é perceptível, na busca pela modelagem do comportamento, ditando normas para a convivência social, até mesmo quando o tema em questão é o sofrimento mental.

Os excertos abaixo, sobre o entendimento acerca do sofrimento mental, coletados nos questionários, demonstram isso:

- “Desequilíbrio que interfere no dia a dia fisicamente, nas relações, na produtividade”;
- “pessoas que precisam de ajuda para levarem uma vida normal e viver bem”;
- “Transtorno mental é qualquer alteração ligada à mente, com funcionamento “atípico””;
- “Estar perturbado, não conseguir realizar as tarefas cotidianas com a devida qualidade...”;

- “Dificuldade do entendimento lógico.”;
- “Uma falta de noção de comportamento”;
  
- “desordem emocional”;
  
- “Dificuldade de estar entre outras pessoas”.

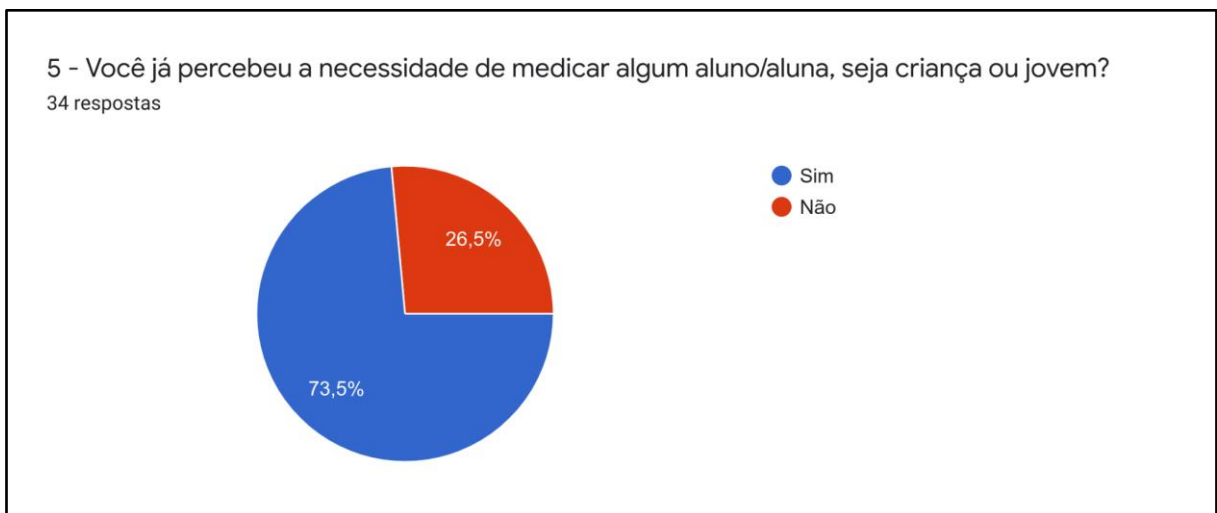
Enunciados que falam sobre produtividade, dificuldade de autocrítica, desordem, não cumprimento com eficiência das tarefas escolares, dificuldade de interação social ou um ‘funcionamento atípico’, apontam para questões, em tese, pedagógicas e de ensino-aprendizagem ou esperadas dentro do processo de desenvolvimento, que mais parecem uma demonstração das relações de força e poder dentro da escola, influenciando na produção dos sujeitos, buscando uma subjetivação baseada nos modelos sociais pré-estabelecidos, dentro dos processos de dominação da nossa sociedade. São preocupações encaminhadas para avaliação especializada no CAPSia, justificadas como cuidado e busca por tratamento, que naturalizam o funcionamento da escola de homogeneizar comportamentos, buscando como auxílio o tratamento especializado e uso de psicofármacos, que se tornam uma potente estratégia de controle biopolítico para a escola.

É um discurso que produz e reproduz verdades construídas acerca do sofrimento mental, da loucura conhecida de séculos atrás, presentes ainda hoje nas escolas e na sociedade como um todo. E para além do discurso que busca definir os contornos do que é normal e patológico, uma artilosa busca de controle dos corpos e da homogeneidade da vida surgem por trás deste discurso revestido de preocupação, que busca na medicalização a sua ferramenta de atuação.

Com a medicalização, questões sociais e comportamentos, na maioria das vezes, esperados em determinados contextos, são transformados em questões biológicas, num processo que patologiza processos naturais da vida. E, em outros casos, quando apenas se patologiza o sintoma da criança sem observar o seu entorno e o contexto social no qual está inserida, temos uma produção de diagnósticos “[...] que simplificam os sofrimentos ocorridos na infância fazendo com que existam cada vez mais crianças medicadas (e cada vez mais cedo)” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 215), o que também não se mostra nada efetivo, pois estamos mais uma vez

medicando o social e não mudando uma realidade que pode ser adoecedora (desigualdades, violência, pobreza, etc.).

Resultados da pesquisa demonstram o quanto isso se comprova no ambiente escolar, o quanto há uma necessidade de medicalizar, obter algum controle daquilo que é desconhecido, que incomoda, do sofrimento mental que não é manipulável em termos pedagógicos e, assim, uma porcentagem alarmante de professores que percebem a necessidade de medicar seus alunos:



As escolas, como posso observar na atuação do CAPSia, apontam para as diferenças ou para certos sintomas como situações problema, encaminhando e exigindo tratamento. Muitas vezes, o comportamento incômodo gera a demanda pelo tratamento especializado e as famílias sentem-se pressionadas a buscar pelos especialistas pelas escolas, outras vezes, o transtorno mental presente é realmente grave e a medicalização também não vai surtir efeito necessário para extinguir completamente os sintomas indesejados e, então, temos esse movimento de tentar torná-lo invisível, colocando-o fora de cena.

O controle e a disciplina dos corpos por meio das práticas de educação mostram também que pode haver uma tentativa de manter certos padrões de ensino e produtividade, na medida em que determinados transtornos mentais vêm a calhar no sentido de justificar a dificuldade de aprendizagem dos alunos, de certa forma, aliviando uma possível culpa do professor pelo fracasso escolar.

E quando analisamos as respostas relativas à percepção dos professores acerca da necessidade de medicar algum/a aluno/aluna, emergem relatos que falam



sobre falta de concentração (“não conseguem se concentrar de forma alguma”, “aquietar-se para fazer alguma tarefa escolar”, “inquietação”, “foi possível observar que a criança consegue se manter concentrada”, “criança muito agitada”), prejuízo escolar, baixo rendimento escolar, “comportamento diferente do normal”, agitação, hiperatividade (“Tem estudantes que só conseguem aprender quando medicados”), queixas que apontam para uma reiterada preocupação da escola com falta de atenção, agitação e hiperatividade, sintomas que, pelos relatos, é o que prejudica o processo de ensino-aprendizagem e desorganiza a sala de aula. Frases como “por todas as formas de conversa, aconselhamento, e demais tentativas não terem surtido efeito necessário”, encaminhamentos são realizados ao atendimento especializado, ou seja, é a culpabilização do sujeito, numa suposta avaliação da situação, descolada de todo o seu contexto histórico, apenas baseada na falta de efetividade dos diálogos entre aluno e professor.

Para LUENGO (2010, p. 19),

No âmbito escolar, o TDAH surge como justificativa para a repetência e o fracasso. Crianças que apresentam comportamentos que não correspondem ao esperado ou desejado pelos professores, são vistos como portadores de tal transtorno. Os pais, influenciados pelas queixas dos educadores, passam a procurar ajuda médica e psicológica com o intuito de sanar tais comportamentos considerados anormais, o que acarreta a medicalização, que surge como principal meio de “solucionar” o problema.

É preocupante o quanto estes sintomas, especificamente, norteiam a busca por tratamento psiquiátrico e psicológico dentro das escolas, quando sabemos que outros elementos do ambiente escolar também deveriam ser levados em consideração, para além do conteúdo em si.

Esse movimento das escolas em torno do tratamento para questões cotidianas, dificuldades de aprendizagem que não falam de um sofrimento mental, legitimam um sistema da loucura, com discursos que naturalizam a medicalização como uma estratégia de cuidado, buscando padronização e a manutenção de uma ordem social pré-estabelecida ao invés de priorizar a singularidade de cada criança e adolescente no seu processo de aprendizagem.

[...] os educadores não possuem uma concepção de criança ativa, produtora de seus desejos, autônoma e com direitos de expressar seus pensamentos. Assim, muitos dos comportamentos manifestos pelas crianças são vistos como indisciplinados e agitados, fazendo com que elas sejam vistas como “hiperativas”. Essa visão acarreta o encaminhamento aos profissionais da

saúde e, posteriormente, aos longos tratamentos terapêuticos e medicamentosos. (LUENGO, 2010, p. 19).

Um dos casos relatados pelo CAPSia pode ilustrar a dificuldade das escolas em olhar para além da aprendizagem, em termos de mensuração do conteúdo e notas, e de aceitar a diferença. Uma adolescente, paciente do serviço, que concluiu o Ensino Fundamental, impedida de matricular-se para o Ensino Médio em sua escola da rede pública, utilizado como justificativa a *terminalidade específica*, uma espécie de certificação que estabelecia a conclusão da escolaridade, a partir de uma avaliação pedagógica, baseada em habilidades, competências e dificuldades acentuadas de aprendizagem.

Diante de tal situação, o serviço buscou a escola e demais órgãos competentes para reverter o quadro, pois a adolescente tentava seguir estudando, e se beneficiava do convívio no ambiente escolar no que se refere ao desenvolvimento das suas habilidades sociais, bem como para sua autonomia e independência. A escola apresentou o seguinte argumento: “X possui laudos e não tem condições de frequentar o Ensino Médio, pois perdeu a capacidade de evoluir mentalmente” (Fala da diretora, registrada em ata na reunião entre as instituições de ensino e CAPSia, em abril de 2018). Diante desse argumento, a escola afirmou não ter como manter a adolescente em sala de aula.

Quando falo em sistema da loucura é pensando em vários aspectos que se entrelaçam dentro da construção do discurso sobre o tema. Foucault (2006) aponta, por exemplo, a psiquiatria, em termos econômicos e financeiros, que acaba se ligando às famílias ao fornecer o material necessário ao tratamento e suposto bem-estar, dentro da concepção de saber superior. E, assim, a infância acaba se tornando o centro da intervenção da psiquiatria: “deixem vir a mim as criancinhas loucas” (FOUCAULT, 2006, p. 155), um objeto em desenvolvimento apto a modelagem perfeita!

Além do aspecto do lucro que essa busca pelo tratamento psiquiátrico gera, pois quanto mais doentes existir, mais consultas existirão, mais remédios serão prescritos e vendidos, temos a indústria médica e farmacêutica, que busca produzir cada vez mais psicofármacos para alimentar o sistema capitalista, assim como a criação de novas doenças. A exemplo deste processo, temos o novo DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que a cada revisão apresenta mais doenças, fazendo com que qualquer comportamento diferente seja enquadrado em

algum critério e, assim, diagnosticado como transtorno mental, conforme apresenta Noronha (2016).

Colombani e Martins (2017) afirmam que, na indústria farmacêutica, cada fabricante tem o direito de lançar o medicamento, desde que haja uma doença específica para tal prescrição, caso contrário o medicamento não é colocado no mercado. Portanto, é de suma importância e imprescindível que as categorias de doenças sejam ampliadas, caso contrário o fabricante não pode lançar sua nova medicação no mercado farmacêutico.

Finalizando, devemos observar e nos questionar, de forma crítica, sobre o processo de medicalização, e não é negando que exista sofrimento mental e os diagnósticos de transtornos mentais, tão pouco a necessidade do uso de psicofármacos e do tratamento especializado em determinadas situações, mas buscar isso sem a devida necessidade, apenas para um alívio do próprio incômodo em lidar com o diferente ou para homogeneizar e controlar comportamentos, não resolve. O quanto uma criança classificada com um diagnóstico se molda através dele? Certo dia, atendi uma criança, um menino de 6 anos, que se descontrolava totalmente diante de um não ou da imposição de limites, ao dialogar com ele, justificou suas atitudes porque tinha TOD (Transtorno opositor-desafiador), pois era isso que ouvia do psiquiatra, da escola e da mãe, então porque mudar seu comportamento? Um diagnóstico “[...] pode apresentar um feedback positivo, quando a classificação interage com o indivíduo no sentido de exacerbar as características associadas a essa classificação, ou então negativo, quando essa interação ameniza ou nega essas características” (Ian Hacking, 2006, apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 217).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Mas a ciência tem o inefável dom de curar todas as mágoas [...]”. (Machado de Assis)*

Foucault questionou a ordem social estabelecida, abrindo mão das verdades pré-existentes, buscando compreender a sociedade a partir das práticas sociais e sua história. Reconhecido como pós-estruturalista, quebra com as ideias do Existencialismo<sup>10</sup>, negando o ser humano, o homem, como objeto privilegiado, focando nos determinantes sociais, linguísticos e inconscientes do pensamento, apresentando uma crítica à modernidade. Contudo, talvez seja difícil conseguir pensar sobre toda nossa história, refletindo e analisando todo o percurso para compreender a medicalização dentro de uma composição histórica tão complexa, com tantas influências na construção de uma verdade que se naturalizou ao longo de décadas.

As verdades são constituídas ao longo da história, a partir daquilo que conhecemos e vivenciamos em nossa cultura, conforme Foucault (1999), e apesar de a loucura e a saúde mental estarem vivendo um momento de transformações, com mudanças no modelo assistencial, fechamento de manicômios e promulgação de leis em defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, sabemos que as verdades sobre elas não se (re)constróem tão rapidamente. Um trabalho árduo ainda é necessário para que a sociedade mude sua visão acerca da loucura e do que é o CAPSia.

Talvez, justamente, neste sentido que vejo o maior benefício deste trabalho: a reflexão acerca da loucura, dos transtornos mentais e, principalmente, da medicalização de crianças e adolescentes, de forma crítica, no sentido de perceber qual o discurso histórico que sustenta essa prática e o que se busca nessa crescente demanda por tratamento especializado, quando se percebe que muitas dessas demandas são de origem social e passam a ser vistas como problemas individuais que, supostamente, necessitam de uma terapêutica. Gostaria, talvez de forma ingênua, que discussões como estas, pudessem favorecer para a diminuição do uso

---

<sup>10</sup> O existencialismo é um movimento filosófico e literário, dos séculos XIX e XX, principalmente no período pós-guerras, onde a existência humana é a pauta das discussões filosóficas, assim como suas ações, sentimentos e vivências (Penha, 1989).

de medicamentos entre as crianças e adolescentes, fortalecendo uma visão mais integral e humanizada do cuidado em saúde mental.

Entretanto, é necessária a participação de todos os atores sociais e políticos nesse processo de reconstrução do cuidado em saúde mental e de respeito às singularidades das crianças e dos adolescentes no seu percurso de desenvolvimento e aprendizagem. Não basta os profissionais dos CAPSia fazerem um trabalho de conscientização e apoio matricial, a saúde e a educação como um todo, enquanto gestão, precisam se envolver no sentido de contribuir para a promoção da “desmedicalização” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 30).

A escola, como instituição privilegiada e obrigatória, ocupa um lugar em nossa sociedade, de ensino e saber que, por vezes, não é questionada e, em outras, serve como alvo de potentes ataques. Contudo, no que envolve a lógica da medicalização, exerce papel relevante, pois condiciona sua prática, muitas vezes, aos exames e laudos clínicos de determinados estudantes.

A problemática desta pesquisa, sobre como tem ocorrido uma naturalização da medicalização entre crianças e adolescentes a partir de encaminhamentos realizados pelas escolas aos serviços de saúde se mostrou extremamente relevante, ao ponto de me fazer perceber que esse processo não só incomoda o CAPSia, mas uma parcela dos médicos das unidades de saúde da Atenção Básica, e a própria gestão das áreas da saúde e educação, que estão tentando buscar alternativas para mudar a visão dos professores sobre a medicalização.

A naturalização da medicalização tem acontecido ao longo de décadas, não é algo novo, muitos pesquisadores e teóricos têm se preocupado com esta temática, dentro de uma perspectiva crítica, levantando uma rede de problemáticas que levam a esse processo.

Ao analisar o discurso da escola, mesmo que pareça ser apenas simples reproduções de falas e escritos, não estamos diante de manifestações individuais, de professores, descolados do lugar onde atuam, mas sim diante de um conjunto de enunciados que constrói verdades, é um saber que se impõe sobre a vida de sujeitos e que estabelece regras. Uma disciplina [...] “que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente” (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Na escola, observamos o poder disciplinar, assim como nas relações com os saberes médico e psicológico, ditando padrões de comportamento, e, ao mesmo tempo, agindo concomitantemente, a biopolítica se apoderando do corpo da população escolar. Crianças e adolescentes, que são cooptados a cumprir as normas e exigências de uma sociedade, sendo encaminhados para tratamento especializado quando não se sujeitam ou quando suas singularidades são muito salientes a ponto de causar incômodo. É a medicalização sendo usada enquanto estratégia de controle biopolítico.

Qualquer semelhança na forma de ver e tratar os transtornos mentais hoje não é mera coincidência, mas uma tentativa de excluir aqueles que não produzem, que não serão úteis, que não se adaptam aos moldes sociais em termos de um comportamento desejável, assim como pobres, desempregados, infratores sexuais e todos os tipos de desviantes da moral, num passado não tão remoto, que foram isolados. O “fora de cena” (Martínez-Hernández, 2013) ainda permanece em cena nas escolas, a loucura ainda é um problema a ser resolvido.

A (falta de) produtividade e o rendimento que aparecem muito nos discursos das escolas, enquanto algo que perturba os professores na observação de seus alunos no dia-a-dia em sala de aula, demonstra o quanto a ética do trabalho é um valor moral ainda muito presente. Os futuros trabalhadores, a mão-de-obra, precisam ser preservados, mesmo que à custa do silenciamento de crianças e adolescentes, através da medicalização. A incapacidade de trabalhar, de render diante de atividades prescritas, é algo que ainda se insere no quadro de preocupações da escola, que seguem assumindo o papel moralizante e de preservação dos bons costumes na nossa sociedade. Será que ainda “o novo homem e a nova sociedade começariam a ser construídos no colégio” (COSTA, 1999, p. 180)

Toda a potência do ideário da desinstitucionalização, que buscou acabar com os manicômios e leitos em hospitais psiquiátricos, oferecendo um cuidado em liberdade e humanizado às pessoas com sofrimento mental, passa pela luta contra um desejo que parece ainda existir – o de manter as camisas de força e os muros, separando os loucos dos ditos normais, aqueles que se encaixam nos modelos esperados dos que não se encaixam, e para isso uma nova estratégia, a medicalização.

A saúde mental não é sinônimo de psicopatologia e psiquiatria, ela não se baseia em apenas um conhecimento, não é exercida por apenas um profissional, é

muito mais que isso, é pluralidade, transversalidade, é uma complexidade que abarca todo o viver, todos os saberes. Difícil delimitar fronteiras ou reduzi-la ao tratamento de doenças mentais. Saúde mental são sujeitos, histórias, culturas, sentimentos, manifestações de vida e precisa ser vista como um todo!

[...] saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social. (AMARANTE, 2007, p. 19).

E apesar deste trabalho parecer uma crítica pura à escola, é inegável o papel social que esta instituição tem, mas repensar mudanças em seu funcionamento e na forma que estabelece suas relações de poder é necessário. O aspecto higienista ainda hoje presente no funcionamento das escolas, incentiva a medicalização e a patologização da vida, o que leva ao enfraquecimento destas crianças e adolescentes enquanto protagonistas de suas próprias vidas, atores dos seus próprios destinos. Acionar órgãos competentes e serviços de saúde quando diante de quadros reais de sofrimento mental é necessário, empático e humano, mas silenciar conflitos, reduzindo questões sociais a doenças individuais, apenas evidencia a precarização das condições de vida e a patologização de comportamentos, sentimentos e pensamentos.

Não haverá um dia que conseguiremos homogeneizar comportamentos (apesar de muitas pessoas buscarem por rotulações e caixinhas, onde possa identificar-se com grupos de iguais), assim como jamais será possível alcançar um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que é saúde – ninguém alcança esse estado completo de bem-estar quando falamos de aspectos tão distintos de nossas vidas e também não existe uma pílula para felicidade total, temos que aprender a conviver com a tristeza, a frustração, a ansiedade, certos níveis de agressividade, indisciplina, e todos os tipos de ser no mundo!

Acreditar que chegaremos a um patamar de completo bem-estar é um sonho inalcançável, assim como acreditar que tratamentos especializados ou medicações vão resolver todos os males do mundo.

Temos sempre um medicamento em mãos, temos o hábito de recorrer a drogas como soluções mágicas, sem nos preocuparmos em ouvirmos o corpo, as reações e seus sintomas. Somos influenciados por uma mídia que banaliza as drogas lícitas e condenam as ilícitas como se ambas não fossem prejudiciais ao corpo e à alma. (COLOMBANI; MARTINS (2017, p. 287)

A medicalização “trata-se de uma ideologia que culpabiliza o indivíduo pela sua doença e propõe que, ao invés de confiar a responsabilidade das doenças aos serviços médicos caros e ineficientes ou à falta de condições dignas de vida, o indivíduo deve assumir uma maior responsabilidade por si e por sua saúde” (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 23). Nesse sentido, no decorrer desta dissertação, fui percebendo ainda mais a urgência de discussões e medidas que modifiquem essa ideologia da cura total através da medicalização. São poucas as escolas comprometidas com um fazer educação diferenciada, que buscam trabalhar com a criança e o adolescente a partir daquilo que ele apresenta, a partir das suas dificuldades, potencialidades e singularidades. A grande maioria das escolas buscam tratamentos especializados e laudos, acreditando que um diagnóstico possa trazer respostas ou um caminho para a certeza da atuação.

Para quase a totalidade dos professores, não há um entendimento acerca do que é a medicalização e, portanto, talvez não haja uma crítica acerca desta prática. É imprescindível que a educação trabalhe no sentido de conscientizar sua classe docente, abrindo espaços de discussão sobre o tema, na busca de desenvolver um olhar e posicionamentos mais críticos. Acredito que os diálogos com a gestão das áreas da saúde e educação, já iniciados, a partir das dificuldades enfrentadas com as escolas e os profissionais médicos da Atenção Básica, podem disparar ações no sentido de diminuir o excesso de encaminhamentos que estão sendo realizados para crianças que não tem nada, escolas mandando para as unidades de saúde e médicos mandando para o CAPSia, por sentirem-se pressionados pelas famílias. Se nada for feito, vamos perpetuar um processo sem fim, onde a medicalização ganha cada vez mais espaço. É preciso construir novas verdades acerca do sofrimento mental, dos CAPS e do aceitar e respeitar as singularidades de cada um.

Vamos defender e fazer valer o Artigo 2º da Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), onde estão estabelecidas as suas diretrizes de funcionamento:



- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado.

São essas as diretrizes que, se seguidas, nortearão um atendimento e um cuidado mais humanizado em saúde mental, garantindo que não haja preconceitos e que a liberdade de ser e estar no mundo seja respeitada, com a autonomia que cada um de nós merecemos.

É no aspecto do imprevisível, na dimensão do não manejável, do desconhecido, que encontramos o maior desafio na educação, porém é no âmbito do desconhecido, do diferente que percebemos a maior ameaça aos educadores. É nesse lugar do não saber, do estranhamento que o medo surge, pois uma criança e/ou adolescente que se apresentam como diferentes no comportamento, no modo de agir, no pensar e no ser e estar no mundo, assustam e despertam insegurança. Diante do medo e da insegurança, surge a necessidade do enquadramento e, assim, pode surgir a medicalização como forma de controle.

Ó (2007) corrobora com essa ideia, afirmando que crianças e adolescentes têm apresentado problemas emocionais diante da necessidade de homogeneidade e padronização nas escolas. Embora fale em inclusão das diferenças, todo o currículo escolar está organizado para grupos iguais e o professor possui dificuldades quando o aluno não se encaixa nesse modelo esperado, gerando assim forte pressão para o enquadramento e o surgimento de estigmas para com aqueles que não se normatizam.

“Temos que valorizar menos aquilo que o aluno consegue reproduzir e mais aquilo que ele consegue construir” (Ó, 2007, p. 116), valorizando o aluno para além do conteúdo, da nota, daquilo que ele é capaz de assimilar e reproduzir, mas a partir de outras habilidades e competências capazes de construir um ser pensador, com reflexão para questionar o seu mundo e o seu agir nele.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 10.2016, de 6 de abril de 2001*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. *Portaria 2.436, de 21 de Setembro de 2017*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 31 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.709, de 14 de Agosto de 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm). Acesso em: 31 mai. 2022.

BOURDIEU, Pierre. *Escritos de Educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 13ª ed., 2013.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. *Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos*. Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília, v. 33 (1), p. 208-221, 2013.

CALIMAN, Luciana Vieira; DOMITROVIC, Nathalia. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, p. 879-902, 2013.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLOMBANI, Fabíola; MARTINS, Raul Aragão. O movimento higienista como política pública: aspectos históricos e atuais da medicalização escolar no Brasil. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, p. 278-295, 2017.

COSTA-ROSA, A.; AMARANTE, P. O modo psicossocial: um para-digma das práticas substitutivas ao modo asilar. Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

DARSIE, Camilo de Souza. *Biopolíticas da Covid-19*. Journal of infection control. v. 9, n. 4 (2020). Disponível em: <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/350>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DUARTE, André. *Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI*. S/N. Disponível em: [http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre\\_duarte.htm](http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre_duarte.htm). Acesso em: 15 jun. 2020.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. Cadernos de pesquisa, p. 197-223, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade - A vontade de saber*. 7 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *História da loucura – Na idade clássica*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

\_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir* – Nascimento da prisão. 42.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 21-34, 2012.

HERNÁEZ, Ángel Martínez. Fora de cena: a loucura, o obscuro eo senso comum. *INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar*, v. 9, n. 2, p. 1-19, 2012.

JARDIM, Alex Fabiano Correia. Michel Foucault e a educação: o investimento político do corpo. *Revista Unimontes Científica*, v. 8, n. 2, p. 103-118, 2006.

KOPP, C. A. F.; ROSA, C. F. *Biopolítica e medicalização*: articulações entre o saber médico e o saber pedagógico. *Cadernos de Educação*, n. 60, jul./dez. 2018, pp. 98-113.

LOURO, Guacira Lopes. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Autêntica, 2018.

LUENGO, Fabiola Colombani. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. 2009.

MACHADO, de Assis. *O alienista*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1975. 55 p.

MARTINI, P. L.; DARSIE, C. *Professores da Educação Básica no Rio Grande do Sul - Dados INEP - Censo 2020*. 1 gráfico. Disponível em: <https://geosaudevrp.org/2021/04/14/professores-educacao-basica-no-rio-grande-do-sul/> Acesso em: 31 mar. 2022.

NORONHA, Andreza Estevam. *Entre a saúde e a escola: os deslocamentos discursivos na construção do TDAH no manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais*. 2016.

DO Ó, Jorge Ramos; COSTA, Marisa Vorraber. Desafios à escola contemporânea: um diálogo. *Revista Educação e Realidade*, p. 109-116.

OKSALA, Johanna. *Como ler Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)). Acesso em: 19 de mar. de 2022.

PENHA, João da. *O que é existencialismo*. 9.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul; CARRERO, Vera Porto. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

NETO, Elydio Santos. Paulo Freire e Gramsci: contribuições para pensar educação, política e cidadania no contexto neoliberal. *Múltiplas Leituras*, v. 2, n. 2, p. 25-39, 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault e a educação*. 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo; SARAIVA, Karla. Educar como arte de governar. *Currículo sem fronteiras*, v. 11, n. 1, p. 5-13, 2011.

**ANEXO A – Questionário eletrônico (*Google Forms*)**

# Apresentação

O presente questionário é parte da metodologia de pesquisa do projeto “A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS”, tendo como pesquisadora principal VERIDIANA LIMBERGER. A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSIA, numa interface entre saúde e educação, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - MESTRADO, envolvendo seres humanos, por meio da participação de professores das redes pública e privada neste questionário eletrônico (Google Forms).

---

\*Obrigatório



Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa intitulado A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS, que pretende tensionar o discurso acerca da medicalização da infância e juventude, produzidos pela escola, problematizando-o a partir do conceito de biopolítica, de Michel Foucault. Esse projeto é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. A pesquisadora responsável é VERIDIANA LIMBERGER, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 99736-0544 ou pelo e-mail [veridianali@mx2.unisc.br](mailto:veridianali@mx2.unisc.br).

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: ser professor(a); ser professor(a) que atue em escolas de Santa Cruz do Sul/RS; na rede privada e/ou pública; na Educação Básica, no Ensino Fundamental e/ou Médio. Sua participação consiste em responder o questionário recebido através do link eletrônico (Google Forms), encaminhando-o após respondidas todas as questões, no prazo estabelecido. O questionário demanda, estimadamente, 15 minutos para ser respondido, constituído de 15 (quinze) perguntas, de múltipla escolha e discursivas, o qual poderá ser respondido da sua casa ou do seu trabalho, desde que possua acesso à internet e equipamentos compatíveis.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em análise documental, revisão bibliográfica e problematização das respostas emergentes dos questionários eletrônicos, e considerando que o uso das informações coletadas através do formulário no Google Forms é visto como seguro, os riscos possíveis são o vazamento, perda ou extravio das informações relativas às investigações, que serão anônimas, e que serão manuseados apenas pela pesquisadora de forma digital. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora, além de manusear os questionários em local seguro, na sua própria casa ou universidade, fará a análise dos dados de forma individual, sem a presença de outras pessoas, evitando, assim, a invasão de privacidade ou a divulgação de dados confidenciais. Cabe ressaltar, que os dados coletados não contém informações capazes de caracterizar nenhum participante da pesquisa.

Também as informações coletadas serão armazenados apenas pela pesquisadora, buscando o máximo de cuidado para não haver o extravio de qualquer informação. Mas há benefícios que podem surgir com essa pesquisa, como a reflexão acerca da medicalização de crianças e jovens, de forma crítica, no sentido de perceber qual o discurso histórico que sustenta essa prática e o que se busca nessa crescente demanda de tratamento especializado, quando se percebe que muitas dessas demandas são de origem social, que passam a ser vistas como problemas individuais, que, supostamente, necessitariam de tratamento especializado. Essas discussões acerca da medicalização também podem favorecer para a diminuição do uso de medicamentos entre as crianças e jovens e, em seu lugar, a busca de uma visão mais integral e humanizada do cuidado em saúde mental.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Ao final da pesquisa, você terá acesso aos resultados através de devolutivas aos participantes, as quais serão falas e/ou oficinas organizadas de forma pública, online e/ou presencial, entre professores das redes pública e privada, assim como esses resultados também serão apresentados em seminários, congressos e publicados na forma de artigos científicos, os quais serão repassados juntos às escolas e secretarias municipais e estaduais de educação, para ampla divulgação.

Declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado(a):

Termo de  
Consentimento  
Livre e  
Esclarecido

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Como o consentimento se dará através de link eletrônico, será necessário que o participante da pesquisa faça a marcação de aceite ou não na segunda seção do formulário, onde consta o presente termo, após a leitura da primeira seção, que consiste na apresentação da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail [cep@unisc.br](mailto:cep@unisc.br)

1. Após a leitura da Apresentação do projeto e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você aceita participar dessa pesquisa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Aceito

Não aceito

2. Local: \*

---

3. \*

---

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

Informações do participante

4. Você é professor(a) da rede: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Privada

Pública

5. Você é professor(a) na/no: \*

*Marque todas que se aplicam.*

Ensino Fundamental

Ensino Médio

6. Você atua em escola(s) em Santa Cruz do Sul? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Questões

A seguir, responda as perguntas!

7. 1 - Você sabe o que é o CAPSia e qual o público que o serviço atende? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Talvez

8. 2 - Descreva o que você sabe sobre o CAPSia: \*

---

---

---

---

---

9. 3 - Descreva o que você entende sobre sofrimento psíquico e/ou transtorno mental: \*

---

---

---

---

---

10. 4 - Descreva o que você entende por medicalização: \*

---

---

---

---

---

11. 5 - Você já percebeu a necessidade de medicar algum aluno/aluna, seja criança ou jovem? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

12. 6 - Justifique a resposta acima: \*

---

---

---

---

---

13. 7 - Você já fez algum encaminhamento para o CAPSia, direta ou indiretamente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. 8 - Qual o motivo do encaminhamento, ou seja, o que você percebeu na criança ou jovem, que lhe despertou preocupação? \*

---

---

---

---

---

15. 9 - Cite 5 sinais (comportamentos percebidos) e/ou sintomas (queixas expressadas) apresentados pela criança ou jovem que poderiam ser motivos para você encaminhá-la ao CAPSia, futuramente: \*

---

---

---

---

---

16. 10 - Qual tipo de atendimento que você entende como sendo o mais importante ou o mais indicado para o tratamento de uma criança ou jovem com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Fonoaudiologia  
 Psiquiatria  
 Neurologia  
 Terapia Ocupacional  
 Psicologia  
 Psicopedagogia  
 Serviço Social  
 Enfermagem

Outro:  \_\_\_\_\_

17. 11 - Você acha importante o uso de medicação no tratamento do sofrimento psíquico e/ou transtorno mental? \*

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 12 - Você, enquanto educador(a), já se recusou a manter um/uma aluno/aluna em sala de aula por não estar usando ou por inadequação na medicação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

19. 13 - Você, enquanto educador(a), já orientou os pais ou responsáveis, a buscarem atendimento especializado para alguma questão de sofrimento psíquico percebida em sala de aula? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

20. 14 - Qual(is) foi a sua indicação de atendimento especializado? \*

---

21. 15 - O que mais lhe perturba em sala de aula, analisando as situações de alunos/alunas que apresentam sofrimento psíquico e/ou transtorno mental com os quais já se deparou? \*

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

**ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa intitulado A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS, que pretende tensionar o discurso acerca da medicalização da infância e juventude, produzidos pela escola, problematizando-o a partir do conceito de biopolítica, de Michel Foucault. Esse projeto é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. A pesquisadora responsável é VERIDIANA LIMBERGER, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 99736-0544 ou pelo e-mail [veridianali@mx2.unisc.br](mailto:veridianali@mx2.unisc.br).

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: ser professor(a); ser professor(a) que atue em escolas de Santa Cruz do Sul/RS; na rede privada e/ou pública; na Educação Básica, no Ensino Fundamental e/ou Médio. Sua participação consiste em responder o questionário recebido através do link eletrônico (*Google Forms*), encaminhando-o após respondidas todas as questões, no prazo estabelecido. O questionário demanda, estimadamente, 15 minutos para ser respondido, constituído de 15 (quinze) perguntas, de múltipla escolha e discursivas, o qual poderá ser respondido da sua casa ou do seu trabalho, desde que possua acesso à internet e equipamentos compatíveis.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em análise documental, revisão bibliográfica e problematização das respostas emergentes dos questionários eletrônicos, e considerando que o uso das informações coletadas através do formulário no *Google Forms* é visto como seguro, os riscos possíveis são o vazamento, perda ou extravio das informações relativas às investigações, que serão anônimas, e que serão manuseados apenas pela pesquisadora de forma digital. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora, além de manusear os questionários em local seguro, na sua própria casa ou universidade, fará a análise dos dados de forma individual, sem a presença de outras pessoas, evitando, assim, a invasão de



privacidade ou a divulgação de dados confidenciais. Cabe ressaltar, que os dados coletados não contêm informações capazes de caracterizar nenhum participante da pesquisa. Também as informações coletadas serão armazenadas apenas pela pesquisadora, buscando o máximo de cuidado para não haver o extravio de qualquer informação. Mas há benefícios que podem surgir com essa pesquisa, como a reflexão acerca da medicalização de crianças e jovens, de forma crítica, no sentido de perceber qual o discurso histórico que sustenta essa prática e o que se busca nessa crescente demanda de tratamento especializado, quando se percebe que muitas dessas demandas são de origem social, que passam a ser vistas como problemas individuais, que, supostamente, necessitariam de tratamento especializado. Essas discussões acerca da medicalização também podem favorecer para a diminuição do uso de medicamentos entre as crianças e jovens e, em seu lugar, a busca de uma visão mais integral e humanizada do cuidado em saúde mental.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Ao final da pesquisa, você terá acesso aos resultados através de devolutivas aos participantes, as quais serão falas e/ou oficinas organizadas de forma pública, online e/ou presencial, entre professores das redes pública e privada, assim como esses resultados também serão apresentados em seminários, congressos e publicados na forma de artigos científicos, os quais serão repassados juntos às escolas e secretarias municipais e estaduais de educação, para ampla divulgação.

Declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Como o consentimento se dará através de link eletrônico, será necessário que o participante da pesquisa faça a marcação de aceite ou não na segunda seção do formulário, onde consta o presente termo, após a leitura da primeira seção, que consiste na apresentação da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail [cep@unisc.br](mailto:cep@unisc.br).

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO C - Parecer Consubstanciado nº 5.047.870 do Comitê de Ética em  
Pesquisa – CEP/UNISC**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS.

**Pesquisador:** VERIDIANA LIMBERGER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51134121.1.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.047.870

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul, cognominado "A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS", apresentado pela pesquisadora VERIDIANA LIMBERGER, que pretende tensionar o discurso acerca da medicalização da infância e juventude, produzidos pela escola, problematizando-o a partir do conceito de biopolítica, de Michel Foucault.

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto:  
(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1805996.pdf 22/09/2021)

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

O objetivo geral dessa pesquisa é tensionar o discurso acerca da medicalização da infância e juventude, produzidos pela escola, problematizando-o a partir do conceito de biopolítica, de Michel Foucault.

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br

Continuação do Parecer: 5.047.870

#### Objetivo Secundário:

- 1) identificar os enunciados sobre o tema por meio dos questionários eletrônicos junto aos professores das redes pública e privada;
- 2) tensionar o discurso escolar acerca da medicalização a partir dos enunciados apresentados nos questionários sobre o serviço de saúde;
- 3) verificar como a educação entende o sofrimento psíquico e os transtornos mentais, e entender como tais discursos operam na produção de sujeitos.

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto:  
(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1805996.pdf 22/09/2021)

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em análise documental, revisão bibliográfica e problematização das respostas emergentes dos questionários eletrônicos, e considerando que o uso das informações coletadas através do formulário no Google Forms é visto como seguro, os riscos possíveis são o vazamento, perda ou extravio das informações relativas às investigações, que serão anônimas, e que serão manuseados apenas pela pesquisadora de forma digital. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora, além de manusear os questionários em local seguro, na sua própria casa ou universidade, fará a análise dos dados de forma individual, sem a presença de outras pessoas, evitando, assim, a invasão de privacidade ou a divulgação de dados confidenciais. Cabe ressaltar, que os dados coletados não contém informações capazes de caracterizar nenhum participante da pesquisa. Também as informações coletadas serão armazenados apenas pela pesquisadora, buscando o máximo de cuidado para não haver o extravio de qualquer informação.

##### Benefícios:

Os benefícios que podem surgir com essa pesquisa é a reflexão acerca da medicalização de crianças e jovens, de forma crítica, no sentido de perceber qual o discurso histórico que sustenta essa prática e o que se busca nessa crescente demanda de tratamento especializado, quando se percebe que muitas dessas demandas são de origem social, que passam a ser vistas como

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br

Continuação do Parecer: 5.047.870

problemas individuais, que, supostamente, necessitariam de tratamento especializado. Essas discussões acerca da medicalização também podem favorecer para a diminuição do uso de medicamentos entre as crianças e jovens e, em seu lugar, a busca de uma visão mais integral e humanizada do cuidado em saúde mental.

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto:  
(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1805996.pdf 22/09/2021)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo cujos dados coletados nessa pesquisa documental serão analisados a luz da análise do discurso, de Michel Foucault. Para o autor, não existem estruturas permanentes que constituem uma realidade dada, mas que todo discurso é sempre uma prática social, um conjunto de discursos que se produz dentro das relações de poder e saber, atualizadas constantemente. E a partir do discurso podemos identificar quais são as “verdades” construídas acerca da medicalização na infância e do saberes psiquiátrico, psicológico e pedagógico. Contara com amostra de 250 participantes.

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto:  
(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1805996.pdf 22/09/2021)

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos postados na Plataforma Brasil, analisados e validados pelo CEP-UNISC.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC, via Plataforma Brasil, os Relatórios Parciais de Acompanhamento da Pesquisa e o Relatório Final de

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br

Continuação do Parecer: 5.047.870

Acompanhamento da Pesquisa. Os formulários para os relatórios estão disponíveis no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo "Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa". É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1805996.pdf	22/09/2021 20:20:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_detalhado.pdf	22/09/2021 20:20:15	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Outros	Carta_pendencias.pdf	22/09/2021 15:58:08	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Outros	Carta_apresentacao.pdf	22/09/2021 15:57:05	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Outros	Questionario_eletronico.pdf	21/09/2021 10:54:57	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Cronograma	Cronograma_alteracoes.pdf	21/09/2021 10:43:53	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2021 10:43:27	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_PPGEDU.pdf	21/09/2021 10:36:35	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Outros	Carta_Aceite_Instituicao.pdf	18/08/2021 10:51:37	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	17/08/2021 09:31:51	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/08/2021 09:26:38	VERIDIANA LIMBERGER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.047.870

SANTA CRUZ DO SUL, 19 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Renato Nunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

**Bairro:** Universitario

**CEP:** 96.815-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680

**E-mail:** cep@unisc.br



**Anexo D - Carta de Aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS**

Santa Cruz do Sul, 17 de agosto de 2021.

### TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Anelise dos Santos Aprato, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado "**A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E JUVENTUDE COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE BIOPOLÍTICO: ANÁLISE DO DISCURSO DA ESCOLA EM SANTA CRUZ DO SUL/RS**", desenvolvido pela mestrandia Veridiana Limberger do Programa de Pós-Graduação em Educação, de mestrado, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento do projeto no CAPSIA – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul-RS.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.



**ANELISE DOS SANTOS APRATO**

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Anelise dos Santos Aprato  
Matricula 8.111  
Dir. de Ações e Programas de Saúde