

# Educação e Saúde: “Eu não queria ser simplesmente um profissional que patologizasse, que medicalizasse” – Uma entrevista com o psiquiatra e educador Jairo Werner

Education and Health: “I didn’t want to be a professional who simply pathologized, who medicalized” – An interview with psychiatrist and educator Jairo Werner

Daniele Nunes Henrique Silva; Fabricio Dias de Abreu; Ana Paula de Freitas

DOI: 10.51207/2179-4057.20240010

Jairo Werner Júnior é graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com mestrado em Educação pela mesma instituição e doutorado em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente, exerce a função de Professor Titular na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, ministrando disciplinas nas áreas de Neuropsiquiatria Infantil, Psiquiatria Infantil e Desenvolvimento Infantil. Além disso, nessa faculdade, ocupa a posição de coordenador do Setor de Psiquiatria da Infância, Juventude e Família. Seu engajamento profissional está centrado no campo da saúde mental e desenvolvimento humano, explorando a perspectiva histórico-cultural de Vigotski como base para suas práticas e abordagens.

## Como você descreveria sua trajetória profissional e acadêmica até o momento? Quais conquistas que mais se destacaram ao longo do seu percurso?

Jairo Werner Júnior: Minha trajetória profissional e acadêmica tem uma característica comum e de certa forma permanente: a articulação entre Saúde e Educação. No final de 1977, me formei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Na graduação, tive oportunidade de

fazer pediatria no internato, organizar grupo de estudos em psiquiatria infantil e realizar trabalho de saúde e educação no *campus* avançado da UFF em Oriximiná-Pará, pelo Projeto Rondon. Ainda na graduação, me interessei pelas áreas do desenvolvimento da criança e da neuropsiquiatria infantil que têm muita relação com a Pedagogia e a Defectologia de Vigotski. Durante a graduação de Medicina, também pude estudar Teologia por alguns anos, o que me permitiu atuar como professor de educação teológica e viver a experiência de sala de aula com alunos do sétimo e oitavo anos do Ensino Fundamental.

A experiência no curso de teologia foi importante para minha formação, complementando o curso de Medicina, que é muito tecnicista. Na teologia, ao contrário, tive a oportunidade de conhecer disciplinas da área das ciências humanas, como filosofia, história e psicologia.

Graduado em Medicina, especializei-me em pediatria, com foco na psiquiatria infantil, e, paralelamente, busquei no campo da educação a especialização em administração educacional, já que eu estava atuando na escola. Sempre me preocupei com a inserção educacional; não queria cair de *paraquedas na escola*. Ou seja, queria ser um médico que também tivesse conhecimentos pedagógicos.

Posteriormente, fiz o curso de especialização em Desenvolvimento Infantil na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com Heloisa Marinho<sup>1</sup>, grande educadora brasileira que tem muitos aspectos em comum com Vigotski e foi quem me apresentou a este autor pela primeira vez. Marinho se dedicou à formação de professores, organizando no Rio de Janeiro os primeiros cursos de educação infantil, alfabetização e educação especial.

Os cursos de especialização possuíam uma característica metodológica semelhante àqueles desenvolvidos por Vigotski; eles tematizavam o desenvolvimento e a educação da criança em geral, mas colocavam em perspectiva a criança com deficiência. Essas formações possuíam características muito interessantes e inovadoras: alunos de várias áreas profissionais, além das aulas de pedologia e pedagogia com Heloisa Marinho, traziam e compartilhavam observações escritas de crianças de suas práticas profissionais e também podiam conhecer e participar da abordagem de alunos com e sem deficiência, integradas em um amplo ateliê de arte e numa sala de alfabetização Natural – que funcionavam nas proximidades da favela da Mangueira-RJ<sup>2</sup>.

Nessa dinâmica de trabalho, minhas fontes de observação foram principalmente realizadas com as crianças hospitalizadas no hospital universitário. A essa altura eu já atuava como médico e professor na Faculdade de Medicina da UFF e a experiência me ajudou muito a entender os processos de mediação entre o adulto e a criança e das crianças entre si.

Assim, quando eu precisei dar aulas práticas para alunos do internato em psiquiatria infantil, foi mais fácil organizar o atendimento médico-psiquiátrico nos moldes que aprendi com Heloisa Marinho.

Como a grande demanda dos pacientes (1979) para o serviço de neuropsiquiatria infantil já era, esta época, constituída por encaminhamentos da escola, solicitando avaliação e laudos para alunos com queixas de problemas de aprendizagem escolar, houve necessidade de ampliar meu conhecimento sobre a questão do fracasso escolar e procurei, então, o mestrado em Educação na Faculdade de Educação da UFF. Foi muito importante compreender que o fracasso escolar reflete a exclusão que opera dentro da escola, reproduzindo o processo de seletividade social e encontra na saúde uma forma de legitimar o fracasso escolar como um problema médico individual. Neste contexto, foi importante conhecer o pesquisador Victor Vicente Valla, professor de Saúde e Educação, que trabalhava exatamente com a questão do fracasso escolar e foi meu orientador de mestrado. O mestrado resultou na dissertação intitulada: “Desenvolvimento e aprendizagem das crianças das camadas populares: contribuição à desmedicalização do fracasso escolar” (Werner, 1993).

A demanda de educação para a saúde, até hoje, me preocupa muito, pois o campo da Medicina continua despreparado no que se refere a ter visão mais crítica sobre a medicalização dos alunos encaminhados pela escola.

No caso do Serviço de Neuropsiquiatria Infantil que havia organizado com a assessoria de Heloisa Marinho, a forma de atender as crianças vítimas do fracasso escolar fugia totalmente ao padrão do nosso hospital universitário, pois era constituído por um grande ateliê de arte conjugado a um parquinho infantil, que, inclusive, deu origem ao projeto de extensão *Psiquiatria infantil sem paredes*. Assim, as crianças encaminhadas pela escola, com ou sem deficiência, com ou sem enfermidades, não se sentiam tratadas como adultos em miniatura ou doentes, mas como crianças e alunos de uma escola. Era contraditório o fato de a educação encaminhar os alunos para nós, buscando uma solução médica, enquanto eu buscava na educação, particularmente

1 Graduada e doutora pela progressista Universidade de Chicago, foi professora catedrática de psicologia educacional no Instituto de Educação do Rio de Janeiro. Nascida em São Paulo em 1903, mas tendo vivido e trabalhado no Rio de Janeiro até 1994, é uma das educadoras brasileiras mais notáveis. Além de ser educadora, psicóloga e filósofa, Heloisa Marinho destacou-se como cientista do desenvolvimento infantil (pedologia) e como mentora de gerações de professoras no Instituto de Educação do Rio de Janeiro e no Colégio Bennett. Como pioneira, ela organizou o primeiro curso de formação de professoras na área de educação infantil, assim como cursos pós-normais de alfabetização e pedagogia especial. Participante ativa do grupo de Anísio Teixeira e de Lourenço Filho, Heloisa Marinho obteve resultados expressivos com o método natural de alfabetização de leitura e escrita no Rio de Janeiro e em Volta Redonda.

2 Em instalações da Sociedade Pestalozzi do Brasil.

em Heloisa Marinho, a forma educativa de compreender e atender melhor essas crianças. Vigotski mostra que a instrução pode alavancar o desenvolvimento do aluno. Baseados nessa premissa, o objetivo era também provar para aquelas crianças que elas eram capazes de aprender.

Nos anos 1970/1980, quando a escola encaminhava o aluno para um serviço de saúde, a criança, em geral, fazia eletroencefalograma e corria o risco de receber o diagnóstico de *disritmia cerebral* (grau 1, 2 ou 3) e ser medicada, ainda que esta alteração significasse apenas um desvio padrão de distribuição normal de frequência do traçado do eletroencefalograma (EEG) e não uma alteração patológica. Muitas crianças, entretanto, ao se correlacionar o resultado do EEG com problemas escolares – uma relação espúria de causa e efeito – foram medicadas por anos com anticonvulsivantes (gadernal, carbamazepina). Medicadas sem necessidade, ficavam em uma espécie de camisa de força química para o controle forçado do traçado do EEG, mesmo sem uma clínica neurológica condizente com convulsão, por exemplo. Algumas escolas, principalmente privadas, chegavam a exigir o EEG normal para matricular o aluno.

Com a minha postura crítica da medicalização da educação desde essa época e utilizando uma abordagem *mais educativa* com os pacientes, passei a ser visto pelos meus pares, pejorativamente, como mais instrutor ou recreador de criança do que como psiquiatra. Isso, entretanto, longe de me deixar constrangido, me deixava feliz, porque era exatamente o que eu buscava. Eu não queria ser um médico que simplesmente fosse um profissional que patologizasse, que medicalizasse o fracasso escolar ou outras questões sociais, fechado em um consultório clássico, com uma visão reducionista do desenvolvimento.

Para ter um lugar de fala mais crítico, entretanto, em relação à própria Medicina e à psiquiatria infantil, foi necessário fazer doutorado em Medicina. Escolhi na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) o doutorado em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, pois a Unicamp era o Centro Colaborador

da Organização Mundial de Saúde para adequação e a tradução do capítulo da CID-10 (OMS, 1993) sobre *Transtornos Mentais e de Comportamento*. Meu interesse era analisar os critérios diagnósticos do Transtorno Hiperativo - nome na CID-10 para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Justamente o tema da minha tese foi “Transtorno hiperativo: contribuição de Vygotsky para ressignificar o diagnóstico” – que se encontra na biblioteca digital da UNICAMP e gerou um artigo (Werner, 1999) e um livro (Werner, 2001).

Enquanto fazia meu doutorado na área da saúde, mantive minha relação com a Educação, pois cursei disciplinas eletivas do Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Unicamp. Essa inserção foi fundamental, tanto para minha trajetória acadêmica como profissional, pois me possibilitou participar de seminários de discussões sobre Vigotski e sua obra no Grupo de Pesquisa Pensamento e Linguagem, coordenado pelos professores Angel Pino, Maria Cecília Rafael de Góes e Ana Luiza Smolka. Fato decisivo para que eu pudesse compreender melhor Vigotski, não só com esses renomados professores, mas também na interação com outros alunos e colegas, como a professora Anna Maria Lunardi Padilha, que continua sendo excelente interlocutora para mim, até hoje.

### **Quais vivências você considera como um marco na trajetória profissional que o aproximou da produção científica na interface entre desenvolvimento saúde e educação?**

JWJ: Nós não somos nada além de nossas relações. Somos marcados historicamente a partir dos encontros que nos constituem e nos possibilitam Vivências constitutivas.

### **Vivência com Heloisa Marinho**

JWJ: No meu caso, o primeiro encontro mais significativo foi justamente com a professora Heloisa Marinho, por ela ter toda uma história relacionada à pesquisa do desenvolvimento e da linguagem da

criança brasileira (Werner, 2015; Marinho, 1935, 1955; Marinho & Werner, 1982). Como Vigotski, ela também entendia que o normal pode ajudar a compreender o patológico e o patológico (deficiência, esquizofrenia) pode ajudar na compreensão do desenvolvimento. Aprendi com ela como organizar, para as crianças com e sem deficiências, o espaço, o ambiente e a rotina escolar. Aprendi também a alfabetizar crianças, pelo Método Natural (Marinho, 1987). Todas essas vivências foram fundamentais para que eu construísse minha base teórica e metodológica sobre educação, desenvolvimento e a defectologia.

### **Vivência com Vigotski e a Avaliação dos Processos Afetivos-Cognitivos (APAC)**

JWJ: Outro encontro impactante na minha formação foi com a própria obra de Vigotski. Esse encontro me ajudou a compreender a questão da formação cultural da personalidade, das relações sociais constitutivas do humano. Vigotski também foi a base epistemológica que sustentou não só a busca por uma análise crítica da minha área clínica, mas também a consolidação de argumentos para propor novas abordagens interventivas. Nesse sentido, foi possível, por exemplo, propor a avaliação das funções psicológicas superiores, numa perspectiva sistêmica, utilizando um tipo de análise que não está centrada no sujeito, mas nos processos interativos em ocorrência, que denominei Avaliação dos Processos Afetivos-Cognitivos (APAC).

### **Vivência África: Crianças em Conflitos Armados**

JWJ: O trabalho da *Psiquiatria infantil sem paredes*, dentro do hospital universitário, continuava a ser inovador. Por causa dele, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) me convidou a trabalhar com crianças que estavam em situação de conflito armado, em Moçambique, no continente africano. Foi essa missão que me deu a grande oportunidade de encontro com a ministra da Educação de Moçambique, Graça Machel. O desafio colocado pela ministra era preparar profissionais

para trabalhar com crianças vítimas do conflito armado, com seus traumas, além de problemas de saúde relacionados à malária, à desnutrição etc.

Com a minha experiência educativa que vivenciei com Heloísa Marinho e a fundamentação teórica em Lev Vigotski sobre a questão da personalidade, eu e a minha equipe, durante cinco anos, tivemos a vivência fantástica de conviver com alunos e professores de Moçambique. A ideia era evitar a estigmatização de crianças e dos alunos como deficientes ou incapazes de aprender, sempre enfatizando ‘o caráter essencialmente social do psíquico’.

A experiência foi muito importante para mostrarmos como é que a escola era o principal agente de saúde mental para aquelas crianças deslocadas, violentadas pela guerra e que os professores precisavam estar preparados e empoderados para responder a essas demandas, não ficando presos à ideia de que os alunos que passaram/passavam por traumas tão graves não poderiam aprender e se desenvolver.

### **Vivência com bebês recém-nascidos de alto risco na incubadora**

JWJ: Da África para o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), outra vivência significativa foi o trabalho realizado junto aos recém-nascidos de alto risco que utilizavam ventilação mecânica na incubadora. O recém-nascido de alto risco nos traz o desafio diante da interrupção e impedimento do acesso imediato à interação socioafetiva e isso pode comprometer seu desenvolvimento. Sobre essa questão, escrevi um pequeno artigo (Werner, 2000). Nele, pude constatar que, no caso do bebê limitado à incubadora, é central a importância do contato e do cuidado interpessoal. A relação interpessoal, de acordo com marcadores biológicos, produz um impacto positivo no eixo neurofisiológico, no batimento cardíaco e até na imunidade do bebê.

Todas essas vivências foram fundamentais por me revelarem do lado de quem eu deveria ficar: de quem sofre, de quem está sendo excluído – seja por fatores biológicos e/ou sociais. No Brasil, vivemos

muito essa realidade em uma sociedade desigual, opressora, que exclui do acesso aos bens da saúde e da educação enormes parcelas da população.

### Vivência com a Educação Infantil

JWJ: No caso da Educação Infantil, por exemplo, minha vivência também foi importante (1986) junto ao programa *Primeiro a Criança*, da Legião Brasileira de Assistência, com o apoio do UNICEF. O programa tinha a meta de atingir um milhão de crianças, com o objetivo de ampliar o número de creches, tornando-as instituições de educação e não, simplesmente, local de assistência social para a mãe poder trabalhar fora.

Naquela época, a dimensão educacional não estava garantida na perspectiva da creche, como ocorre atualmente. Claro que a função social e assistencial é importante, mas a proposta enfatizava prioritariamente a educação e o desenvolvimento da criança. Foi muito importante participar da formação de educadores em vários lugares do país, introduzindo o olhar voltado para o desenvolvimento da criança.

Nesse contexto, transformamos a Escala de Desenvolvimento da Heloísa Marinho em um *cartão do desenvolvimento*. O cartão mantém as características da escala proposta, enfatizando a compreensão da idade pedológica da criança, como aponta Vigotski. Era importante verificar, por exemplo, se o desenvolvimento pedológico infantil indicava, de alguma forma, a qualidade das creches. Aqui, temos um aspecto relevante: o desenvolvimento da criança é um importante elemento para verificar se a criança está recebendo o atendimento às suas necessidades básicas e educativas.

A formação que estávamos desenvolvendo tinha um elemento interdisciplinar para compreender o desenvolvimento da criança e uma forma de vincular a organização do ambiente da creche (meio) e as atividades diversificadas, expressivas e criadoras; um currículo rico em conteúdos e vivências voltadas aos interesses e necessidades das crianças. Participar desse programa, coordenando a parte de desenvolvimento infantil, me possibilitou conhecer melhor a realidade do país e a precariedade da educação infantil.

### Vivências no Setor de Psiquiatria Infantil

JWJ: Trabalhei na educação infantil, mas sem deixar de atender as crianças e os adolescentes no ambulatório da Psiquiatria da Infância, Juventude e Família, dando continuidade ao Serviço de Neuropsiquiatria Infantil que, depois de 16 anos do Hospital Universitário, foi destruído junto com o ateliê e o parquinho infantil, provavelmente, por razões políticas e ideológicas. Consegui, entretanto, depois de alguns anos, reorganizá-lo em um local da Universidade, inclusive, mais próximo à comunidade e mais longe dos meus opositores. O objetivo do serviço continuou sendo o de compreender as verdadeiras questões que estão subjacentes às demandas psiquiátricas infanto-juvenis.

O modelo de atendimento nunca teve o foco nos diagnósticos, na medicalização, nos rótulos, no núcleo primário das deficiências ou nos transtornos mentais, mas no processo interativo visando o pleno desenvolvimento da personalidade dos pacientes com transtorno do espectro autista, deficiências, transtorno do espectro da esquizofrenia, etc. Para tanto, o setor conta, até hoje, com uma espaçosa cozinha para atividades como a da pizzaria; tudo inserido em um serviço público de psiquiatria infantil. Foi um esforço muito grande criar esses espaços diferenciados, mas, com muita luta e resistência tem sido possível mantê-los. Os resultados são muito efetivos. Os estudantes, principalmente os futuros médicos, têm tido a oportunidade de experimentar e comprovar que é possível ter um tipo de serviço de psiquiatria infantil que foge ao modelo tradicional de conjunto de ambulatórios centrados apenas no transtorno mental.

### Vivência com crianças e adolescentes e substâncias psicoativas

JWJ: Dessa mesma forma, quando recebo crianças oriundas das ruas e usuárias de drogas, adolescentes consumidoras de *crack*, que também cumprem medidas socioeducativas, a coisa mais importante é o olhar que se produz sobre elas. Isso faz uma diferença muito grande!

Essa experiência me possibilitou o desenvolvimento de abordagem relacionada às drogas, na perspectiva histórico-cultural de Vigotski, relatada no meu texto: “Abordagem Afetivo-Cognitiva na Prevenção e tratamento dos Problemas Relacionados ao uso de Drogas” (Werner, 2010).

O trabalho da pizzaria, por exemplo, começou exatamente porque essas crianças e adolescentes não suportavam ficar em consultórios fechados ou terapias. Eles precisavam/precisam de alguma coisa mais prática, dinâmica e significativa; aprender a fazer e comer pizza coletivamente, misturados a grupos diversificados, sem formar guetos. A pizzaria foi a atividade-guia e o caminho encontrado de autorregulação e desenvolvimento da personalidade. O nosso chefe de cozinha-pizzaiolo é um ex-usuário de drogas e consegue boa comunicação e interação com os participantes (adolescentes, equipe e estudantes). A roda de conversa e a cooperação que se estabelece na cozinha gera a oportunidade de formação de vínculos e da incorporação de novos conhecimentos e habilidades. São essas experiências muito simples, muito baratas, inclusive, que permitem enfrentar concretamente as necessidades e a demandas dos pacientes, por meio da ressignificação de suas trajetórias de vidas.

Com essas experiências com adolescentes com drogas, fui atuar em ação com o Ministério Público voltada a crianças e adolescentes que vivem na rua e são usuárias de drogas. Foi quando o uso de *crack* se disseminou no Rio de Janeiro e era fundamental propor atividade conjunta de saúde-educação, por meio de programas articulados aos aspectos restaurativos-compensatórios, incluindo esse público em atividades junto com outras crianças e adolescentes, evitando, assim, a formação de guetos.

Muitas outras vivências significativas de aplicação da visão social do desenvolvimento humano de Vigotski têm sido muito gratificante nessa minha trajetória, mas gostaria de destacar a necessidade de integrar, na prática médica, o diagnóstico, orientação, terapêutica e prognóstico a partir da avaliação da criança. A avaliação deve ser mais pedológica, ou seja, nos moldes da perspectiva vigostkiana, não estar voltada apenas para o passado, para as funções

psíquicas já formadas, mas, prospectivamente deve ter como objetivo identificar as funções e habilidades a criança que estão em processos de formação. Ao contrário da forma tradicional, a avaliação não pode estar divorciada do diagnóstico, da orientação terapêutica e do prognóstico, pois fazem parte de um mesmo conjunto. Nos manuais médicos, para se fazer o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade se estabelecem critérios que não possibilitam conhecer as singularidades de cada criança, colocando-a em uma massa indiferenciada, cujo tratamento e o prognóstico já estariam pré-estabelecidos.

A avaliação tradicional, portanto, só serve para colocar a criança em uma categoria diagnóstica. Na minha prática, entretanto, a avaliação aponta para o caminho concreto a seguir, seja terapêutico ou educativo. Assim, a avaliação deve indicar, por exemplo, no caso de uma criança com queixa de desatenção e hiperatividade, como, no processo interativo com o examinador ou outra criança, ela conseguiu ficar concentrada nas atividades, pela mediação social.

A avaliação também possibilita o prognóstico mais singular e prospectivo para aquela criança, quando em consonância com o conceito de Zona de Desenvolvimento Iminente desenvolvido por Vigotski. Por este motivo, insisto com meus alunos da Faculdade de Medicina que compartilhem com o avaliado a solução de uma tarefa, *emprestando sua própria estrutura psíquica para o paciente*. Oriento que não tentem realizar uma avaliação supostamente neutra, pois o objetivo é justamente saber como a *criança desatenta*, por exemplo, conseguiu ficar concentrada na atividade, participando dela. Identificando os recursos que foram utilizados e o tipo de mediação foi necessária. Não deve ser, portanto, uma avaliação convencional, que só marca as falhas e as faltas. Ou seja, avaliação negativa com base naquilo que o sujeito não conseguiu fazer.

A avaliação e os diagnósticos médicos têm contribuído para a medicalização do fracasso escolar. Os laudos médicos, cada vez mais solicitados, acabam por legitimar o processo de exclusão social das camadas populares, à medida que colocam a

“culpa” em um transtorno individual do aluno que não aprende. Por essa razão, temos o dever ético e político de estar do lado dos alunos das camadas populares, pois eles têm sido vítimas de um processo de seletividade social que tem no fracasso escolar uma das suas faces mais perversas.

Tenho consciência que é necessário ter repertório de conhecimentos sobre Vigotski e a sua Psicologia Histórico-Cultural voltado para o enfrentamento das demandas reais que se apresentam. No caso, a Medicina, normalmente, se espera que o paciente saia da consulta com uma prescrição de medicamento. Esse tipo de solução e resolutividade, entretanto, tem muitos limites, pois, antes de tudo, a resposta do médico precisa ser efetiva, ou seja, ser importante médica e socialmente para aquela criança, sua família e para a comunidade em geral, oferecendo suporte e um caminho concreto a seguir.

### **Como ocorreu a sua aproximação com estudos de Vigotski em especial com a defectologia? Na sua opinião, qual foi a grande contribuição de Vigotski no âmbito dos seus trabalhos, considerando a pesquisa, ensino e extensão?**

JWJ: A perspectiva histórico-cultural respalda todos os projetos integrados de ensino, extensão e pesquisa que coordeno, articulando teoria e enfrentamentos práticos. A grande contribuição da visão metateórica e teórica de Vigotski foi possibilitar a compreensão mais ampla da minha própria experiência no setor de psiquiatria infantil que coordeno. Nos textos de Vigotski sobre a Defectologia e em seus estudos sobre transtornos mentais, encontrei fundamentos para a prática (Vygotsky, 2018). As notas do autor sobre a experiência com os casos clínicos é material muito rico.

Tive que enfrentar um desafio logo que entrei como professor para a Faculdade de Medicina, com 25 anos, quando precisei organizar, no Hospital da Universidade, o setor de Neuropsiquiatria Infantil associado ao projeto de extensão *Psiquiatria infantil sem paredes*. Então, me preparei para atender casos graves: síndromes raras, problemas congênitos, genéticos etc., mas logo constatei que, além de receber poucos casos com esses problemas, a

maioria da demanda era constituída por crianças que apresentavam queixas relacionadas às questões escolares: aprendizagem e comportamento. Outra demanda do serviço foi atender às crianças com desnutrição grave, que ficavam internadas e que não se desenvolviam durante aquele período. Então, iniciei um programa de estimulação clínica orientado às crianças internadas com deficiências nutricionais e de desenvolvimento. A estimulação clínica é o termo utilizado por Heloisa Marinho, que corresponde, em grande parte, à Defectologia do Vigotski. Hoje o nosso Programa de extensão “*Rede UFF De Saúde Mental da Infância e Juventude*”<sup>3</sup> engloba vários projetos de extensão, nos quais os alunos da graduação participam ativamente.

Na área de ensino na graduação, portanto, foi uma conquista muito grande inserir no currículo de Medicina da UFF a área de Psiquiatria Infantil na disciplina Medicina Integral da Criança e do Adolescente, com ementa baseada no referencial histórico-cultural de Vigotski. Na grade obrigatória do curso de Medicina, temos ainda: o módulo de relação médico-paciente em pediatria, o trabalho de campo supervisionado e o internato eletivo em psiquiatria infantil.

Na disciplina de Iniciação Científica, as pesquisas também se baseiam nos princípios da Teoria Histórico-Cultural; sendo mais uma oportunidade para os discentes se aproximarem da teoria de Lev Vigotski.

Além dessas disciplinas obrigatórias no curso de Medicina, coordeno duas disciplinas optativas/eletivas para mais de 10 cursos de graduação. São as disciplinas de Desenvolvimento Infantil e Neuropsiquiatria Infantil, que têm a grande concorrência (em torno de 100 alunos por semestre). Delas participam alunos de Medicina, de Educação, de Educação Física, Pedagogia, Assistência Social, Nutrição, História, Ciências Sociais, Comunicação, Psicologia, entre outros. A disciplina de Desenvolvimento Infantil pode ser considerada como Pedagogia, pois

<sup>3</sup> O programa de extensão “Rede GEAL-UFF de Saúde Mental da Infância e Juventude” integra os seguintes projetos e ações de extensão: Escola Fantártica - Núcleo Comunitário, Psiquiatria Infantil Sem Paredes, Justiça Restaurativa e Telessaúde & Teleducação.

a proposta é proporcionar formação básica comum aos alunos que estão em várias graduações, sobre: o desenvolvimento infantil e as noções de normal e patológico. Essas duas disciplinas eu ofereço em parceria com a professora Anna Maria Lunardi Padilha, que ministra aulas vinculando a saúde e a educação de uma maneira muito concreta. Nelas, baseamo-nos, portanto, nas sete aulas do Vigotski sobre os Fundamentos da Pedologia (Vigotski, 2018).

Na pesquisa, a base conceitual de Lev Vigotski é o que temos de mais concreto. Isso me permite, tanto estar na África, atendendo e pesquisando crianças em conflitos armados, como na Antártica, no projeto que coordeno intitulado: “*Dimensões de saúde mental no isolamento antártico*” (Projeto SaúdeAntar- 2018-2027). Um dos eixos das pesquisas em Saúde Mental é o conceito de vivência de Vigotski e, desse modo, a busca é pela abordagem mais qualitativa: são entrevistas, observações, narrativas e memoriais como instrumentos de construção de dados. A Saúde Mental na perspectiva dialética representa processo de luta e de resistência do sujeito diante de sua necessidade de pertencimento social.

### **Do ponto de vista conceitual, qual a elaboração teórica de Vigotski que mais impactou a sua forma de compreender o desenvolvimento humano?**

JWJ: Certamente, são vários conceitos. Mas gostaria de destacar apenas 3.

#### **Zona de Desenvolvimento Iminente**

JWJ: O conceito que mais impactou, inicialmente, foi o conceito de Zona de Desenvolvimento Iminente). Este conceito me ajudou, principalmente, nos processos de avaliação e tratamento com foco na centralidade da participação do outro no processo de desenvolvimento.

#### **Mediação Semiótica**

JWJ: O conceito de mediação semiótica também foi importantíssimo. Afinal, quando falamos da constituição humana, dizemos do ser humano como ser simbólico e, portanto, histórico: um ser da linguagem, na linguagem. Aqui, o conceito de mediação semiótica é o que vai respaldar essa ideia de psiquismo, ajudando-nos a compreender que o natural é transformado em cultural pela ação humana.

#### **Compensação e Supercompensação Social**

JWJ: O conceito de compensação e da supercompensação que apontam para o núcleo secundário da deficiência, a constituição social da personalidade. É a dimensão secundária que explica como Derek<sup>4</sup>, que ficou cego na incubadora, se transformou em profissional do surfe de ondas gigantes em Nazaré, por exemplo. Vigotski reconhece a deficiência como núcleo primário e o núcleo secundário como as possibilidades sociais e educacionais que marcam a trajetória de vida do sujeito, revelando a potência do desenvolvimento de uma dada personalidade.

#### **Considerando os 100 anos dos primeiros textos de Vigotski que envolvem o tema sobre a deficiência, qual é a atualidade e pertinência da obra?**

JWJ: Vigotski parece falar para a realidade atual. Principalmente, na minha área, por exemplo, no caso da avaliação. Há quase um século, Vigotski já considerava diagnósticos clínicos como mera descrição de sintomas ou queixas precedidos de um termo médico. Para ele, devemos sair de uma avaliação meramente diagnóstica e clínica, negativa, para uma avaliação pedológica com olhar prospectivo. Sobre isso, Vigotski (2012) explica:

4 O brasileiro Derek Rabelo conquistou vários recordes, sendo reconhecido como o surfista cego que enfrentou a maior onda registrada até hoje em Nazaré (Portugal). Além disso, ele é a única pessoa com deficiência visual a surfar em locais desafiadores como Pipeline, no Havaí, e Teahupoo, no Taiti.

Podemos resumir [...] três momentos decisivos que subjazem a essa análise: análise do processo e não do objeto, que revela o efetivo vínculo dinâmico-causal e sua relação em jogo de indicações externas que desintegram o processo; portanto, uma análise explicativa e não descritiva; e, finalmente, a análise genética que retorna ao seu ponto de partida e restaura todos os processos de desenvolvimento de uma forma que em seu estado atual é um fóssil psicológico. (Vigotski, 2012, p. 70)

### **Pensando nas questões que envolvem as pessoas com deficiência, como você observa os avanços das ideias vigotskianas na educação e na saúde?**

JWJ: Na educação, as ideias de Vigotski são um pouco mais conhecidas do que na saúde, mas ainda estão longe de serem aplicadas de forma consistente, quer seja pelas limitações impostas pelas concepções hegemônicas – mecanicistas e organicistas sobre a deficiência –, quer pela falta de acesso à produção de instrumentos de avaliação e educação no âmbito da teoria histórico-cultural.

Na área da Medicina e da psiquiatria infantil, para incorporar a visão de Vigotski, o que se percebe é um longo caminho ainda inexplorado a percorrer, principalmente no trabalho com as pessoas com deficiências e pessoas com transtornos mentais. Para tanto, no Brasil, é necessário não apenas mais conhecimento sobre a obra de Vigotski, com a difusão de boas traduções (de Zoia Prestes e Elizabeth Tunes, por exemplo), mas também precisamos de transformar o momento cultural atual, visando uma sociedade mais consciente e justa. A comemoração dos 100 anos da defectologia de Vigotski é importantíssima para marcar a luta em prol dos excluídos e oprimidos por causa de suas deficiências.

### **Considerando os seus estudos da Teoria Histórico-Cultural e os desafios contemporâneos em saúde e educação, o que você diria para a nova geração de profissionais?**

JWJ: Retomando as minhas quatro décadas de vivência profissional, identifico que é muito importante não desistir da luta por ideias e conceitos que

possam combater a dura realidade da saúde e da educação no contexto brasileiro. Quando estudamos a obra de Vigotski e trabalhamos nessa dimensão do sujeito como ser simbólico, como ser social, estamos empenhados numa luta de concepção de homem e de mundo. Então, ter essa consciência é estar comprometido com uma mudança de paradigma para ver o aluno e a criança com deficiência de outra maneira, diferente de como a sociedade hegemonicamente vê. No mundo capitalista produtivista, as pessoas sofrem quando nasce uma criança com deficiência porque acham que ela não vai poder ser feliz por não ser produtiva para o sistema. Temos, então, essa obrigação: resistir e lutar para ocupar espaços, mudando mentalidades e práticas.

Tenho esperança, pois vejo muitos dos meus alunos de Medicina com novas posturas, interagindo de forma mais interativa e colaborativa com os pacientes. Eles não ficam mais tão preocupados em prescrever medicamentos ou rotular as crianças. Gosto de demonstrar que é possível uma prática médica diferente nas diversas situações e contextos: o bebê na incubadora, a criança vítima de guerra, os pacientes nos ambulatoriais do hospital ou dos centros de atenção psicossocial, ou até na assistência na Antártica.

Infelizmente, muitas das experiências acumuladas como as relatadas não são aplicadas pelas políticas públicas, não por falta de efetividade, mas devido às forças sociais que trabalham na contra-mão das necessárias transformações sociais.

As novas gerações precisam ser perseverantes e consolidar base conceitual vigotskiana para enfrentar melhor essa luta a favor da boa causa, ou seja, da garantia de acesso à saúde e educação de qualidade para todos! A luta é difícil, mas é gratificante. Ela dá significado à vida! Lutar é preciso! Muitos avanços são fruto de pressões sociais. As novas gerações devem resistir e não se deixar cooptar pelas concepções dominantes mecanicistas, organicistas e a-históricas. Ter um propósito e lutar com e pelo seu povo é uma vivência que amplia os processos afetivos-cognitivos da nossa personalidade. Lutar faz bem à saúde mental de todos!

## Referências

- Marinho, H. (1935). *Da linguagem na formação do Eu*. Comunicação lida perante a Primeira Conferência Inter-Americana de Higiene Mental. Rio de Janeiro.
- Marinho, H. (1955). *A linguagem na Idade Pré-escolar*. Ministério da Educação e Cultura, Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos.
- Marinho, H. (1987). *Vida, Educação, Leitura: Método Natural de Alfabetização*. Livraria Francisco Alves Editora.
- Marinho, H., & Werner Jr., J. (1982). *Aptidão para aprendizagem da leitura e da escrita*. Instituto Bennett de Desenvolvimento da Criança.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Artes Médicas.
- Vigotski, L. S. (2012). Problemas del desarrollo de la psique. In *Obras Escogidas III* (L. Kuper, Trad.). Machado Libros.
- Vigotski, L. S. (2018). *Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedologia* (Z. Prestes, & E. Tunes, Trads., Orgs.). E-Papers.
- Vygotsky, L. S. (2018). *Vygotsky's Notebooks: A Selection* (E. Zavershneva, & R. van der Veer, Eds.). Springer.
- Werner, J. (1993). *Desenvolvimento e Aprendizagem das crianças das camadas populares: contribuição à desmedicalização do fracasso escolar*. [Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal Fluminense].
- Werner, J. (1999). Análise Microgenética - Contribuição dos trabalhos de Vygotsky para o Diagnóstico em Psiquiatria Infantil. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11, 157-171.
- Werner, J. (2000). TAC-TIC therapy in ventilated preterms neonates as semiotic mediation: a vygostkyan perspective. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 12, 133-137.
- Werner, J. (2001). *Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Gryphus/Forense.
- Werner, J. (2010). Abordagem afetivo-cognitiva na prevenção e tratamento dos problemas relacionados com o uso de drogas. In G. L. Silva (Org.), *Drogas: políticas e práticas* (p. 155). Editora Roca.
- Werner, J. (2015). A relação linguagem, pensamento e ação na microgênese das funções psíquicas superiores. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(1), 33-38.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.