

Karina Gomes Giusti

**A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
UMA ANÁLISE SOBRE A
PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA
E SUA INFLUÊNCIA NA INSTITUIÇÃO ESCOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política, sob orientação da Prof. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
no Programa de Geração Automática da
Biblioteca Universitária da UFSC.

Giusti, Karina Gomes

A medicalização da infância : uma análise sobre a psiquiatrização da
infância e sua influência na instituição escolar / Karina Gomes Giusti ;
orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi - Florianópolis, SC, 2016.
220 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Infância. 3. Medicalização. 4. Educação. 5.
Biopolítica. I. Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. III. Título.

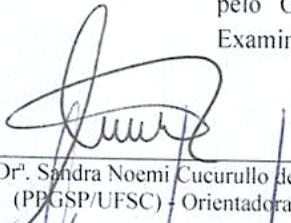


Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppqsp@cfh.ufsc.br

“A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: UMA ANÁLISE SOBRE A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA E SUA INFLUÊNCIA NA INSTITUIÇÃO ESCOLAR”.

Karina Gomes Giusti

Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores.



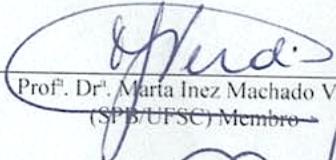
Prof.^a. Dr.^a. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
(PPGSP/UFSC) - Orientadora



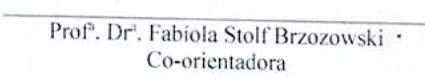
Prof. Dr. Jacques Mick (PPGSP/UFSC)
Membro



Prof.^a. Dr.^a. Marcia da Silva Mazon
(PPGSP/UFSC) Membro



Prof.^a. Dr.^a. Marta Inez Machado Verdi
(PPGSP/UFSC) Membro



Prof.^a. Dr.^a. Fabiola Stolf Brzozowski
Co-orientadora



Prof. Dr. Ernesto Seidl
Subcoordenador

FLORIANÓPOLIS, (SC), Fevereiro de 2016.

A Pedro, expressão máxima do amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu filho Pedro que, mesmo pequenino, me estimula a ser melhor e a lutar por uma vida e um mundo mais humano.

Agradeço aos membros do Departamento do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC a acolhida a esta pesquisa, e ao CNPq o apoio financeiro que tornou possível sua realização. Agradeço especialmente à Albertina Buss Volkman por sua inefável paciência e ajuda nesses anos todos.

A Prof. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi pela generosidade que é própria dos grandes. Seu envolvimento em cada discussão fez dessa orientação uma verdadeira parceria.

Este trabalho deve muito às correções, sugestões e orientações valiosas da Prof. Dra. Fabíola Stolf Brzozowski.

Agradeço aos Professores Jacques Mick, Marta Verdi e Marcia da Silva Mazon as valiosas contribuições dadas durante o exame de qualificação.

Todos os colegas do Núcleo de Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFIS – UFSC) e as nossas sempre riquíssimas discussões colaboraram para a construção de cada etapa deste trabalho.

Agradeço às pessoas entrevistadas que tiveram suas rotinas interrompidas para tratar de temas árduos que colocavam “sobre a mesa” questões delicadas a respeito do atual processo de medicalização.

A todos os meus amigos e familiares que torceram por mim e me ajudaram, cada um à sua maneira, a chegar até aqui.

RESUMO

O presente estudo de mestrado discute a psiquiatrização da infância e sua influência no cotidiano escolar. A pesquisa procurou evidenciar que a medicalização de comportamentos próprios da infância está fortemente presente nas instituições escolares, bem como nos discursos dos agentes educacionais. Nossa pesquisa evidencia que a descrição dos comportamentos infantis em termos biológicos e neuroquímicos contribui para a patologização da vida e da infância. Essa pesquisa aponta que o discurso médico encontra-se enraizado no campo educacional, assentado em propostas aventadas pela psiquiatria desde o início do século XVIII. Além da revisão teórica, esse trabalho buscou seu fundamento nos estudos realizados por Michel Foucault, Peter Conrad e Pierre Bourdieu. Procuramos analisar a expansão de categorias diagnósticas na atualidade e seu impacto no campo educacional. Para a realização dessa pesquisa, foram selecionadas oito instituições de ensino público e privado da cidade de Florianópolis/SC e, através de entrevistas realizadas com dezessete agentes educacionais, procuramos entender como o processo de medicalização adentrou o campo educacional utilizando, nos dias de hoje, o medicamento como instrumento de solução para os problemas que ali se manifestam. A análise dos dados permitiu reconhecer que os problemas e dificuldades que se manifestam no cotidiano escolar têm aderido a uma descrição fisicalista e biologizante. A infância capturada pelos transtornos desloca a procura de soluções políticas e educativas para o campo das soluções biologizantes e medicalizantes. Ainda que a instituição de ensino adote uma metodologia diferenciada ou alternativa, os instrumentos de diagnóstico médico são ferramentas que os agentes educacionais utilizam para decifrar as problemáticas apresentadas pelos alunos. Na esteira desses fatores, essa pesquisa pôde concluir que a grande quantidade de alunos por sala de aula mostrou-se uma variável significativa no processo de medicalização do contexto escolar. Além disso, a ação organizada e sistemática da indústria farmacêutica influencia os profissionais, tanto da saúde como da educação e a própria família sobre as soluções que os medicamentos podem oferecer para as dificuldades que se manifestam nas etapas de aprendizado, bem como no desenvolvimento comportamental das crianças de modo geral.

Palavras-chave: medicalização – infância – educação – psicofármacos – biopolítica

ABSTRACT

This master's study discusses the psychiatry of childhood and its influence on the school routine. The survey sought to highlight that the medicalization of childhood own behavior is strongly present in schools and in the speeches of educational agents. Our research shows that the description of children's behavior in biological and neurochemical terms contributes to the pathologizing of life and childhood. This research points out that the medical discourse is rooted in the educational field, seated on proposals suggested by psychiatry since the early eighteenth century. In addition to the literature review, this study sought its foundation in studies by Michel Foucault, Peter Conrad and Pierre Bourdieu. We tried to analyze the expansion of diagnostic categories today and its impact in the educational field. To carry out this research, we selected eight public and private education institutions in the city of Florianópolis/SC and through interviews with seventeen educational agents, we seek to understand how the medicalization process entered the educational field using, these days, the drug as a solution tool for the problems that there are manifest. Data analysis allowed us to recognize that the problems and difficulties that arise in everyday school life have joined a physicalist and biologizing description. The captured by childhood disorders shifts the demand for political and educational solutions for the field of biologizing and medicalized solutions. Although the educational institution adopts a different methodology or alternative, the medical diagnostic tools are tools that educational agents use to decipher the problems presented by the students. In the wake of these factors, this research could conclude that the large amount of students per class proved to be a significant variable in the school context medicalization process. In addition, the organized and systematic action of the pharmaceutical industry influences the professionals, both health and education and the family itself on the solutions that medicine can offer to the difficulties that arise in the learning stages, as well as behavioral development generally children.

Keywords: medicalization – childhood – education – psychoactive drugs – biopolitics

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Projetos de leis e ações públicas sobre o TDAH	23
Quadro 2 – Escolas participantes da pesquisa, quantidade de alunos por sala, metodologia de ensino adotada na instituição e cargo do funcionário entrevistado	28
Quadro 3 – Sistematização do DSM-IV-TR e Sistematização do DSM-5	86
Quadro 4 – Transtornos mentais e sintomas (DSM IV e 5)	91
Quadro 5 – Técnicas de marketing utilizadas pelo mercado farmacêutico	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA** – *American Psychiatric Association*
CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CID – Classificação Internacional de Doenças
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais)
FDA – *Food and Drug Administration*
INPD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência
NIMH – *National Institute of Mental Health*
PA – Instituição Pública A
PA1 – Pública A Professora do ensino fundamental I
PA2 – Pública A Professora do ensino fundamental II
PAC – Pública A coordenadora
PB – Instituição Pública B
PB1 – Pública B Professora do ensino fundamental I
PB2 – Pública B Professora do ensino fundamental II
PBC – Pública B coordenadora
PC – Instituição Privada C
PC1 – Privada C Diretor pedagógico
PD – Instituição Privada D
PD1 – Privada D Professora do ensino fundamental I
PE – Instituição Privada E
PE1 – Privada E Professora do ensino infantil
PE2 – Privada E Professora do ensino fundamental II
PF – Instituição Pública F
PF1 – Pública F professora do ensino fundamental I
PF2 – Pública F Professora do ensino fundamental II
PG – Instituição Pública G
PG1 – Pública G Professora do ensino fundamental I
PG2 – Pública G Professora do ensino fundamental II
PH – Instituição Privada H
PH1 – Privada H Professora do ensino infantil
PH2 – Privada H Professora do ensino fundamental I
Psi – Psicóloga
SAEDE – Serviço de atenção em educação especial
SNGPC – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
TGD – Transtorno global do desenvolvimento
THB – Transtorno do humor bipolar
TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo
TOD – Transtorno Opositivo Desafiador

SUMÁRIO

1 Introdução: infância e educação medicalizadas	19
1.2 Metodologia	25
1.2.1 Participantes do estudo e técnica de coleta de dados	27
1.2.2 Análise dos dados.....	31
1.2.3 A cidade de Florianópolis, suas características.....	32
1.2.4 Suas escolas.....	33
2 As origens da psiquiatria moderna.....	43
2.1 O saber psiquiátrico	44
2.2 A teoria da degenerescência e as explicações biológicas dos transtornos mentais	50
2.2.1 Regeneração e higiene	57
2.2.2 A idiotia e o início da medicalização da infância	61
2.3 Da degeneração ao desequilíbrio – medicalização de comportamentos e anomalias sociais	70
3 Faces da medicalização da vida: poder, disciplina, risco e indústria farmacêutica	81
3.1 História do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).....	81
3.1.2 O lançamento do DSM-5	85
3.2 O processo de medicalização	95
3.2.1 A natureza relacional do poder	99
3.2.2 A disciplina como dispositivo de poder.....	104
3.3 Os riscos na contemporaneidade e sua relação com os transtornos mentais: melhor prevenir do que remediar <i>versus</i> melhor prevenir e medicalizar	107
3.3.1 Riscos e transtornos mentais na infância	119
3.4 A indústria farmacêutica e os interesses na medicalização da vida.....	120
4 A medicalização do campo educacional	129
4.1 A escola na era da medicalização	130
4.1.2 Escola, família e sistema disciplinar	132
4.1.3 A instituição escolar.....	144
4.2 A nascente biológica na educação escolar	152
4.2.1 A questão da hiperestimulação e os dispositivos eletroeletrônicos	157
4.2.2 A intromissão do modelo médico nas instituições escolares	163
4.3 Comportamentos desviantes e o olhar sociológico	173

4.4 O avanço da biomedicina na medicalização da vida e da infância e seus reflexos na esfera escolar – biopolítica no século XXI	190
5 Considerações finais	201
Referências.....	205
Apêndice A – Carta de Apresentação e Termo de Compromisso.....	219

1 INTRODUÇÃO: INFÂNCIA E EDUCAÇÃO MEDICALIZADAS

[...] ter saúde não é não adoecer. É poder adoecer e se recuperar. Poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com a vida. Uma vida que não se depara com o intolerável, com o assombro, com o sem-sentido, é uma vida empobrecida, normatizada, incapaz de agir criativamente (CANGUILHEM apud BEZERRA JR., 2004, p. 6).

Nas sociedades ocidentais, problemas inerentes à vida são deslocados para o campo médico, assim, nos encontramos em plena Era dos Transtornos. Com essa reflexão, Moysés (2013) problematiza sobre alguns dilemas que enfrentamos atualmente num processo denominado de “medicalização da vida”¹.

Vivemos em uma sociedade onde problemas coletivos e sociais são gerenciados pelo processo de medicalização que, atualmente, avança a passos largos sobre todas as esferas da vida, diagnosticando fatos cotidianos e ocultando desigualdades. Os problemas de origem social, histórica e política são transformados em problemas individuais, inerentes ao sujeito e solucionados no plano biológico e, no que tange à infância, os campos de aprendizagem e comportamentais são o grande cenário de atuação. No âmbito educacional, a hegemonia do discurso psiquiátrico atua sobre dificuldades comportamentais e cognitivas através das invenções das “doenças do não aprender” e das “doenças do não-se-comportar”. No caso do Brasil, esse processo se fortaleceu a partir da década de 1980 e, paulatinamente, as esferas sociais, histórica, política e cultural foram dominadas pelo poder médico que se utilizava do discurso de hipotéticas disfunções neurológicas. Hoje, quase todos os discursos do campo da medicina psiquiátrica se referem a doenças neurológicas ou psiquiátricas, e as que mais se destacam nas instituições de ensino são a Dislexia, a Depressão, o Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e o Transtorno do Espectro Autista (MOYSÉS, 2013).

Foi nesse contexto que a pesquisa para esse trabalho teve seu início. Procuramos investigar como o saber médico passou a influenciar e a controlar as esferas da vida social e política e de que forma ele adentrou o âmbito escolar. Analisamos as práticas que sustentaram a

¹ O termo medicalização surgiu na da década de 1970 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina (CONRAD, 2007).

² Implantação do Programa de Identificação e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade nas escolas públicas dos estados: Rio de Janeiro (Lei N° 5.416

intervenção médica na população e que, na atualidade, possibilitam sua ingerência em grande escala na educação; seu envolvimento com a indústria e sua parceria na psiquiatrização da infância.

Conscientes de que uma investigação como essa não é inédita, este trabalho retoma algumas das produções que já foram realizadas a respeito do poder-saber médico e sua influência no âmbito escolar, mas procura compreender como a medicalização de comportamentos próprios da infância se apresenta atualmente nesse âmbito. Procuramos analisar como a prescrição e utilização de psicofármacos atua no cotidiano escolar.

Iniciamos nossa revisão teórica a partir da discussão de alguns autores, como Ivan Illich, Michel Foucault e Peter Conrad (2007) que problematizaram a questão da cultura medicalizada em uma dimensão social e política. Illich (1975) analisou as problemáticas desencadeadas pela sociedade industrial e as tecnologias médicas que irromperam nesse contexto. Em seus estudos, ele afirmava que a medicina moderna provocava inúmeras ameaças à saúde e mostrava que os indivíduos deveriam superar a necessidade da intervenção médico-profissional e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Peter Conrad (2007) mostra que o processo de medicalização pode ser classificado como reducionista, já que converte questões sociais a fenômenos de causalidade orgânica. A medicina passa a organizar a própria vida e a descontextualizar as questões históricas, culturais e sociais.

Foucault (1979), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. A medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, se apresentou como uma prática social e transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controle da sociedade. Primeiramente, o investimento era realizado diretamente nos indivíduos por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar (FOUCAULT, 2006, 2001). Através de suas análises sobre a biopolítica, Foucault demonstra o controle sob o qual a população está submetida. O autor contrapõe o poder que era exercido na soberania a essa nova noção que surge, como alvo de intervenção sobre os fenômenos que se prescrevem na esfera da população (FOUCAULT, 2008b).

Esse poder de controle adentrou o campo da infância e pode ser verificado no encaminhamento de um grande número de crianças e

adolescentes aos consultórios psiquiátricos na busca de explicação e resposta para problemas comuns do cotidiano e essa resposta está fortemente associada à prescrição de psicofármacos. Atualmente, na esfera escolar, crianças sem nenhum comprometimento cognitivo são consideradas alunos com problemas e, via-de-regra, recebem tratamento a base de medicamentos.

Conrad (2005) afirma que, desde a introdução do primeiro psicofármaco sintetizado e utilizado em tratamentos psiquiátricos em 1952, a indústria farmacêutica investe maciçamente em pesquisas e marketing na área da psicofarmacologia e lançamento de novos medicamentos. O início da medicalização aconteceu pelo que o autor chamou de “colonização médica”, já que a cultura médica influenciou totalmente a esfera social. O passo seguinte foi a definição em termos médicos de quase todos os fenômenos sociais. Na década de 1980, a gestão de cuidados com a saúde e o controle de custos ocupou a cena pública e, apesar do poder exercido pela medicina ainda ser muito forte, outros fatores entraram em cena. Os pacientes não eram mais vistos como doentes em vias de tratamento, mas sim, como consumidores em potencial. A indústria farmacêutica tornou-se a mais lucrativa da América, lançando novas drogas no mercado em uma velocidade cada vez maior, e os problemas relacionados à infância passaram a ser seu grande alvo. O conhecimento médico e a medicalização nas sociedades ocidentais se transformaram pela biotecnologia, pelos consumidores de psicofármacos e também pelos cuidados com a saúde. Atualmente, as indústrias farmacêuticas e de biotecnologia são a força motriz da medicalização e esse mercado tem se valido das dificuldades e problemas relacionados ao campo da infância.

Ao longo desse trabalho, veremos que os transtornos que validam o processo de medicalização da vida e da infância adentram cada vez mais o âmbito escolar. Agentes educacionais e profissionais da saúde mental demandam por um diagnóstico médico que nomeie os problemas comportamentais e de aprendizado apresentados pelas crianças. Esse processo teve seu início na passagem do século XIX para o século XX a partir da consolidação das produções teóricas da medicina e da psicologia que partiam da construção de categorias universais a respeito do comportamento humano. Até o século XX, a criança era objeto da pedagogia e foi dentro desse campo do saber que a medicina começou a analisar os problemas relacionados ao desenvolvimento infantil. Segundo Guarido (2007), a preocupação inicial era de que as crianças não atingissem a idade adulta com o pleno funcionamento de suas capacidades mentais. A partir de então, a criança passou a ser constantemente vigiada pela psiquiatria e o domínio do saber sobre a infância se transferiu do campo pedagógico para o médico-psicológico.

A medicina higienista do século XX passou a exercer grande influência no seio familiar e escolar orientando suas práticas a respeito da saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, essa pesquisa procurou investigar as raízes históricas da presença do saber médico no âmbito escolar a fim de compreender como o ensino tornou-se essa ponte para o processo de medicalização.

Através dos discursos dos profissionais que atuam na educação, nossa pesquisa procurou analisar como o saber médico apresenta-se na escola e atua como explicação para os problemas que se manifestam em seu cotidiano. Verificamos que com o lançamento da última versão do DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em 2013, inúmeras patologias foram acrescentadas e sua maioria recai sobre a infância e adolescência, apresentando-se de forma marcante nos discursos dos professores, coordenadores e diretores das instituições de ensino que, diante das dificuldades de aprendizado e de certos comportamentos considerados inapropriados, preconizam suas categorias diagnósticas.

Ao assumir e validar os discursos psiquiátricos a respeito das dificuldades de aprendizagem e dificuldades comportamentais das crianças, a Educação desresponsabiliza a escola e culpabiliza as crianças e suas famílias pelos seus problemas (GUARIDO, 2007). Na maioria das vezes, o espaço escolar é o segundo lugar que a criança irá frequentar e travar laços de amizade, interagir socialmente e construir noções de responsabilidade. Nesse espaço, também a aprendizagem e as regras de convívio, instituídas pela escola, cobram dos alunos determinadas posturas. Caso os alunos não correspondam ao que se espera institucionalmente, os professores tendem a classificar suas atitudes em termos patológicos.

Esse fenômeno pode ser verificado no âmbito legal, onde alguns estados brasileiros, como Rio de Janeiro e Santa Catarina² aprovaram a Lei para implementação do programa de diagnóstico de dislexia e TDAH para estudantes de ensino básico. O programa prevê as diretrizes que deverão ser adotadas para orientação das famílias e capacitação de professores e demais agentes educacionais das escolas públicas do Estado de Santa Catarina e do Município do Rio de Janeiro, para a identificação precoce dos transtornos citados, bem como o atendimento educacional necessário. Após a identificação dos transtornos por parte

² Implantação do Programa de Identificação e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade nas escolas públicas dos estados: Rio de Janeiro (Lei Nº 5.416 de 29 de maio de 2012 – disponível no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro) e Santa Catarina (Lei Nº 15.113, de 19 de janeiro de 2010 – disponível no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina).

dos agentes educacionais, os alunos são encaminhados pela diretoria da escola para diagnóstico e tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS. Em diversos outros estados brasileiros, o Projeto de Lei que dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH e dislexia está em trâmite e espera aprovação.

A tabela abaixo apresenta um resumo dos projetos de leis em fase de tramitação e ações públicas sobre o TDAH:

Quadro 1 – Projetos de leis e ações públicas sobre o TDAH

Projeto de Lei	Proposição	Origem	Relator Atual	Situação
PL nº 7081/2010 (Câmara dos Deputados)	Dispõe sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH e Dislexia na rede pública de Educação Básica	SENADO FEDERAL Projeto de Lei do Senado 402/2008, de autoria do Senador Gerson Camata – PMDB/ES. Recebido pela Câmara dos Deputados em 7/4/10	Deputada Mara Gabrilli – PSDB/SP (Comissão de Educação e Cultura)	Aprovado nas 3 comissões do Senado. Encontra-se na Câmara aguardando votação na Comissão de Educação e Cultura (CEC)
PLC nº 118//2011 (Senado)	Dispõe sobre a obrigatoriedade de exames físico e mental para detectar TDAH em motociclistas	Câmara dos Deputados PL-7483/2010 de autoria do Deputado Osmar Terra – PMDB-RS. Apresentado ao Senado em 08/11/2011	Senador Luiz Henrique (PMDB-SC) (Comissão de Constituição e Justiça – CCJ)	Pronta para a pauta na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ)
PL nº 909/2011 (Câmara dos Deputados)	Dispõe sobre o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública	Câmara dos Deputados Projeto de autoria do Deputado Gabriel	Deputado Eduardo Barbosa PSDB/MG (CEC)	Aguardando Parecer na Comissão de Educação

	para os alunos com Transtornos de Aprendizagem	Chalita – PSB/SP		
PL N° 3092/2012	Dispõe sobre a obrigatoriedade de fornecimento gratuito de medicamentos p/ TDAH através dos SUS	Câmara dos Deputados Projeto de autoria do Deputado Dimas Fabiano – PP/MG	Deputado Dr. Aluizio PV-RJ	Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Fonte: Informações obtidas no Portal da Câmara dos Deputados e no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)³

Constata-se, então, que a infância é um grande campo de atuação da medicalização e dos diagnósticos descritivos, e a esfera escolar participa ativamente nesse processo. Tanto para os adultos como para as crianças, as explicações das causas dos transtornos mentais voltam-se para as disfunções biológicas ou, como mostrou Foucault (2001, 2006) para a herança familiar e os riscos que trazem em si.

As próprias discussões a respeito da medicalização da vida e da infância estão delineadas à noção de riscos. Os perigos que cercam o campo mental da infância estão reproduzidos nos discursos psiquiátricos como um problema que pode não só afetar a própria criança, como afetar a sociedade em geral. A expansão de diagnósticos e a prescrição de psicofármacos na infância são uma das consequências do processo de medicalização (CASTEL, 1983; CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Digamos, por fim que a divulgação de supostos riscos que derivariam do fato de que um problema caracterizado como transtorno mental não seja corrigido a tempo tem levado inúmeras crianças aos consultórios psiquiátricos. Os critérios diagnósticos descritos no DSM são amplamente utilizados tanto por especialistas da saúde como por educadores. Problemas cotidianos, comportamentais e sofrimentos passageiros são categorizados como transtornos mentais. A desatenção ou comportamento agressivo são os sintomas mais frequentes do diagnóstico de crianças em fase escolar, e o tratamento mais adotado é à base de psicofármacos.

³ Para maiores informações acessar:
<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/757400.pdf>
<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/legislacao/item/225-legisla%C3%A7%C3%A3o.html>.

Surge, então, a seguinte indagação: Como a medicalização de comportamentos próprios da infância se apresenta no âmbito escolar e que discussões podemos tecer a respeito de uma educação que codifica fenômenos subjetivos como disfunções químicas cerebrais?

Para responder essas questões, essa pesquisa se propõe, como objetivo geral, entender de que modo o processo de medicalização adentrou o campo educacional utilizando, nos dias de hoje, o medicamento como instrumento de solução para os problemas que ali se manifestam. Os objetivos específicos propostos, considerando a análise teórica a respeito do processo de medicalização da vida e da infância como estratégias de controle das populações, e a proliferação de diagnósticos configurados no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) são: a) investigar, por meio da fala de 17 profissionais do corpo docente de 8 colégios da rede de ensino pública e privada de Florianópolis/SC, como a medicalização de comportamentos próprios da infância se apresenta no âmbito escolar; b) conhecer as estratégias utilizadas para a definição de diagnósticos; c) identificar as estratégias terapêuticas e o uso de psicofármacos prescritos para os ditos transtornos mentais da infância, nos âmbitos escolares estudados; d) levantar a percepção dos docentes sobre os comportamentos que levaram a escola e as famílias a procurarem ajuda psiquiátrica.

1.2 METODOLOGIA

Esta pesquisa procura entender como a questão da medicalização permeia as relações escolares. Para tal, fazem-se necessárias análises aprofundadas, que passarão por crenças e valores dos entrevistados. Por essa razão, trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Triviños (1987), possibilita a compreensão de aspectos culturais, políticos e sociais do problema a ser analisado, e seu desenvolvimento estará atrelado ao referencial teórico do pesquisador.

Segundo Triviños (1987), a pesquisa qualitativa é descritiva, pois pretende compreender os fenômenos e seus significados, as causas de sua existência, origem, relações e consequências para a vida humana. Acreditamos que este estudo é de suma importância para a compreensão da descontextualização sociopolítica a partir do momento que o discurso psiquiátrico tenta reduzir tais contextos ao campo biológico

Bourdieu (2004), afirma que todo campo científico é um campo de forças e lutas para conservar ou transformar essas forças, e cada agente inserido no campo age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele. Sabemos do poder de ingerência que a psiquiatria exerce sobre todas as esferas da vida, ou sobre todos os campos da vida. A

instituição escolar não escapa a isso. A medicalização se faz cada vez mais presente no cotidiano escolar.

Para o delineamento das pesquisas de campo optamos pela entrevista com roteiro semiestruturado realizadas em 8 escolas de Florianópolis/SC. Sobre essa etapa, Triviños (1987, p. 128) afirma que os resultados “são expressos, por exemplo, em retratos (ou descrições), em narrativas, ilustradas com declarações das pessoas para dar o fundamento concreto necessário, com fotografias etc., acompanhados de documentos pessoais, fragmentos de entrevistas etc.”.

A escolha das escolas foi um fator muito relevante para essa pesquisa, pois levou em consideração:

- a) diferentes metodologias de ensino para que pudéssemos observar se existe uma diferenciação de abordagem do tema da medicalização em diferentes contextos pedagógicos;
- b) diferentes classes sociais, a fim de compreendermos as diferenciações de abordagem sobre a medicalização.

Apoiando-se nas teorias de Bourdieu (2002) sobre a noção de campo que comandam e orientam as opções práticas da pesquisa, observamos que nosso objeto de estudo está inserido num conjunto de relações. Segundo o autor, o objeto de estudo relaciona-se com as condições objetivas de sua existência, ou seja, com um conjunto de elementos que lhe são pertinentes e que estão vinculados a sua esfera social e temporal. A análise do objeto deve levar em conta o campo em que estão inseridos seus agentes e as instituições que produzem, reproduzem e difundem a arte, literatura ou a ciência. Dessa maneira, nossa análise buscou compreender de que maneira a medicalização se articula nas instituições escolares e como o processo de medicalização é retraduzido num campo dado, a instituição de ensino.

Os campos sociais, segundo Bourdieu (2004) seguem suas próprias leis sociais.

A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como o macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa as imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada. E uma das grandes questões que surgirão a propósito dos campos (ou dos subcampos) científicos será precisamente

acerca do grau de autonomia que eles usufruem. Uma das diferenças relativamente simples, mas nem sempre fácil de medir, de quantificar, entre os diferentes campos científicos, isso que se chamam as disciplinas, estará, de fato, em seu grau de autonomia. A mesma coisa entre as instituições [...]. Um dos problemas conexos será, evidentemente, o de saber qual é a natureza das pressões externas, a forma sob a qual elas se exercem, créditos, ordens, instruções, contratos, e sob quais formas se manifestam as resistências que caracterizam a autonomia, isto é, quais são os mecanismos que o microcosmo aciona para se libertar dessas imposições externas e ter condições de reconhecer apenas suas próprias determinações internas (BOURDIEU, 2004, p. 20-21).

Para discutirmos essas questões, este trabalho se apresenta da seguinte maneira: no primeiro capítulo investigamos, a partir da leitura dos autores que a analisam, as raízes históricas da psiquiatria e sua relação com o campo da infância. No segundo capítulo, analisamos a noção de riscos que permeia o processo de medicalização, o envolvimento da indústria farmacêutica e as categorias diagnósticas descritas no DSM e no terceiro capítulo analisamos as relações históricas entre saúde e escola.

1.2.1 Participantes do estudo e técnica de coleta de dados

O local de estudo foi a cidade de Florianópolis, mais especificamente, oito escolas (privadas e públicas) da cidade. Os participantes deste estudo foram treze professores(as), uma psicopedagoga, duas coordenadoras e um diretor, totalizando dezessete profissionais do corpo docente das escolas elegidas para a realização dessa etapa do trabalho. A opção por dezessete integrantes do corpo docente escolar se fundamenta na hipótese de que, através do discurso e prática dos profissionais que estão à frente das instituições de ensino, teremos uma visão ampla sobre a questão da medicalização da infância, da dinâmica que a medicação ocupa no âmbito escolar e de como a questão dos transtornos mentais é abordada na escola. Acreditamos também que a escola é o ambiente onde se concentra a maior parte das crianças medicalizadas e/ou diagnosticadas com transtornos mentais, sendo assim, os profissionais do corpo docente nos forneceram

informações muito relevantes sobre as articulações a respeito da medicalização em sala de aula.

Procuramos selecionar as instituições de ensino de maior importância no campo educacional da cidade de Florianópolis, levando em conta o público que ela atende, as diferentes etapas e metodologias de ensino, bem como a quantidade de alunos(as)/sala de aula e a capacitação dos profissionais que ela comporta para que, assim, pudessemos obter um bom panorama de como o tema em questão é trabalhado no âmbito escolar. Assim, as instituições de ensino escolhidas dividem-se em quatro escolas de rede pública de ensino fundamental e médio, e quatro escolas de rede privada com ensino infantil, fundamental e médio.

O quadro abaixo apresenta uma breve descrição das instituições escolhidas, quantidade de alunos por sala, metodologia de ensino e função institucional ocupada pelo sujeito de pesquisa:

Quadro 2 – Escolas participantes da pesquisa, quantidade de alunos por sala, metodologia de ensino adotada na instituição e cargo do funcionário entrevistado

Instituição de Ensino Pública ou Privada	Etapas de ensino e quantidade de alunos por sala	Metodologia de ensino	Função do sujeito de pesquisa ocupada na instituição
Pública A	Ensino fundamental I, II e ensino médio com 35/45 alunos por sala	Sócio-Interacionista	– Coordenadora do SAEDE (serviço de atenção em educação especial) (PAC) – Professora do ensino fundamental I (PA1) – Professora do ensino fundamental II (PA2)
Pública B	Ensino fundamental I, II e ensino médio com 30/35 alunos por sala	Plural	– Coordenadora do Ensino Fundamental (PBC) – psicóloga do NAE (Núcleo de Apoio ao Ensino) (Psi.B2) – Professora fundamental I (PB1) – Professora do ensino fundamental II (PB2)
Privada C	Ensino infantil, ensino fundamental	Construtivista apoiado em material apostilado	– Diretor Pedagógico (PC1)

	I, II e ensino médio com 20/25 alunos por sala		
Privada D	Ensino infantil e ensino fundamental I e II com 15/20 alunos por sala	Waldorf	– Professora do Ensino Fundamental I (PD1)
Privada E	Ensino infantil e ensino fundamental I e II com 20/25 alunos por sala	Criacionismo	– Professora do Ensino infantil (PE1) – Professora do ensino fundamental II (PE2)
Pública F	Ensino fundamental I e II com 30/35 alunos por sala	Sócio-Interacionista	– Professora do ensino fundamental I (PF1) – Professor do ensino fundamental II (PF2)
Pública G	Ensino fundamental I e II com 30/35 alunos por sala	Plural	– Professora do ensino fundamental I (PG1) – Professora do ensino fundamental II (PG2)
Privada H	Berçário, ensino infantil e ensino fundamental I e II com 20/30 alunos por sala	Montessoriana	– Professora do ensino infantil (PH1) – Professora do ensino fundamental I (PH2)

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas com roteiro semiestruturado e todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados. Segundo Gil (2008, p. 109), “a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais”. Dessa maneira, o autor afirma que a entrevista na pesquisa social é um instrumento que possibilita a obtenção de várias dimensões da vida, bem como a profundidade de informações a respeito do

comportamento humano. A escolha da entrevista semiestruturada é interessante para a coleta de dados, pois:

Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Os procedimentos das entrevistas foram executados da seguinte maneira: primeiramente entramos em contato por telefone ou e-mail com a instituição, e comunicamos o desejo de realizarmos uma entrevista com algum profissional do corpo docente a respeito de crianças diagnosticadas com transtornos mentais⁴, fazendo uso ou não de medicação, e como esse tema era abordado naquela instituição. Todas as instituições que procuramos, com exceção de uma, foram muito receptivas e se mostraram abertas a conversar sobre o tema proposto. Nenhuma instituição exigiu comprovação do vínculo dos entrevistadores com a UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) ou carta de apresentação com os temas ou questões que seriam abordadas.

Primeiramente, o diretor ou coordenador de cada escola foram contatados, e indicaram as pessoas do corpo docente para realizarem a entrevista. Buscou-se a presença de profissionais diversos (professores, coordenadores pedagógicos, psicólogos), a fim de termos uma ideia mais abrangente de como o tema é abordado em cada instituição selecionada, porém privilegiamos a maior quantidade de entrevistas com os professores, por acreditarmos serem eles o que têm um contato mais direto com os alunos.

As entrevistas foram realizadas com o consentimento dos entrevistados após terem assinado um termo de sigilo onde nos comprometemos em não citar nomes de entrevistados, instituição ou alunos. Os temas abordados durante as entrevistas não passaram pelo

⁴ Das quatro instituições pesquisadas, apenas uma referia-se a crianças com transtornos mentais. As outras três instituições não faziam menção a essa classificação, preferindo “transtornos de comportamento”.

Comitê de Ética, entretanto, antes de realizarmos as entrevistas, enviamos uma carta de apresentação para a instituição, descrevendo o conteúdo do trabalho, os temas que seriam abordados durante as entrevistas e nosso comprometimento de sigilo em relação à identificação dos entrevistados, alunos e instituição. Todos os entrevistados leram e assinaram a carta que está no APÊNDICE A – Carta de apresentação e termo de compromisso, página 94.

1.2.2 Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e referenciadas. Os dados colhidos permitiram uma análise detalhada de como é abordado o tema da medicalização da vida e da infância no campo educacional, bem como a relação que a medicalização ocupa dentro da escola.

Para manter o anonimato dos participantes, bem como das instituições de ensino no registro da pesquisa, os nomes dos entrevistados aparecem com as letras correspondentes às instituições de ensino. Assim, transcrevemos as entrevistas da seguinte maneira: A instituição de ensino pública ou privada pela inicial “P” e acompanhadas pelas letras A, B, C, D, E, F, G, H que correspondem a cada uma das instituições, conforme a figura 2. Os agentes educacionais entrevistados seguiram a mesma sequência, então:

1. **Instituição de Ensino Pública A** – profissionais: PAC (coordenadora), PA1 (professora do ensino fundamental I) e PA2 (professora do ensino fundamental II).
2. **Instituição de Ensino Pública B** – profissionais: PBC (coordenadora), Psi (psicóloga) PB1 (professora do ensino fundamental I) e PB2 (professora do ensino fundamental II).
3. **Instituição de Ensino Privada C** – profissionais: PC1 (diretor pedagógico).
4. **Instituição de Ensino Privada D** – profissionais: PD1 (professora do ensino fundamental I).
5. **Instituição de Ensino Privada E** – profissionais: PE1 (professora do ensino infantil) e PE2 (professora do ensino fundamental II)
6. **Instituição de Ensino Pública F** – profissionais: PF1 (professora do ensino fundamental I) e PF2 (professora do ensino fundamental II)

7. **Instituição de Ensino Pública G** – profissionais: PG1 (professora do ensino fundamental I) e PG2 (professora do ensino fundamental II)

8. **Instituição de Ensino Privada H** – profissionais: PH1 (professora do ensino infantil) e PH2 (professora do ensino fundamental I)

Na etapa dos resultados, relacionamos os dados colhidos nas entrevistas à luz da bibliografia utilizada para nos aproximarmos do nosso problema de pesquisa e compreendermos como a medicalização de comportamentos próprios da infância se manifesta na instituição escolar.

1.2.3 A cidade de Florianópolis, suas características

A fim de compreendermos como se deu o processo de medicalização da vida e da infância e suas repercussões no âmbito escolar, elegemos oito instituições de ensino da cidade de Florianópolis e realizamos entrevistas com o seu corpo docente. Foram meses de conversa em que revelações ricas e importantes foram levantadas para a realização dessa pesquisa. Nesse primeiro capítulo, iremos descrever alguns dados censitários do crescimento populacional da cidade de Florianópolis nos últimos 5 anos, as características das escolas selecionadas e, também, apresentaremos algumas falas de professores e professoras do seu corpo docente.

Vale ressaltar que, a princípio, pensamos partir do pressuposto de que as diferentes perspectivas pedagógicas pudessem ser um ponto central na diferenciação de abordagem da questão da medicalização, porém, com o avançar de nossa pesquisa, observamos que um fator destacava-se mais nessa questão: o número de alunos por sala de aula. Quanto maior o número de alunos por sala de aula, maiores os problemas apresentados pelos professores e maiores os índices de crianças diagnosticadas/medicadas.

Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE⁵, a região de Florianópolis possuía em 2010 uma população de 994.095 habitantes, o que representa uma proporção de 15,91% da população do estado de Santa Catarina. Em 2000, esse percentual era de 14,99%. Sendo assim, a região de Florianópolis é a que possui a maior densidade demográfica, com uma taxa de 135,58 hab./km². Esse é um aumento considerável, quando comparado aos dados de 2000, que eram de 107,43 hab./km².

⁵ Informações obtidas no site: <<http://www.ibge.gov.br>>.

De acordo com a versão preliminar do Plano Municipal de Educação de Florianópolis (2015), o crescimento populacional expressivo nos últimos cinco anos, exigiu a criação e reformulação de políticas públicas voltadas às novas necessidades desta população, bem como daquelas que aqui já residem. Esse fenômeno vem impactando a cidade de modo geral, modificando a forma de vida das populações, sua educação e costumes. O crescimento da cidade demandou parcerias com outros entes federados no que diz respeito à ampliação do atendimento da população em idade escolar.

Os dados censitários mostram que na primeira década do século XXI, houve um crescimento populacional na ordem de 23%, o que equivale a 2,3% ao ano. Os números apurados na versão preliminar do Plano Municipal de Educação de Florianópolis apontam que esse crescimento se deu mais na faixa etária acima dos 18 anos, o que mostra uma maior imigração do que propriamente um crescimento de natalidade local.

Atualmente, a cidade conta com 350 instituições de educação básica e 15 instituições de ensino superior, contemplando as esferas federal, estadual, municipal e privada.

O crescimento da cidade causou um impacto nos estabelecimentos de ensino, em sua estrutura física, dinâmica em sala de aula e tudo isso refletiu na maneira como os profissionais do campo da educação lidam com sua prática. Escolas que antes eram formadas por um pequeno grupo de pais e associações, atualmente contam com um número expressivo de alunos, chegando a quase 350. Professores relataram que há dez anos, escolas que contavam com uma média de 20 alunos por sala de aula, hoje contam com uma média de 40 a 45 alunos por sala. Muitas escolas enfrentam tensões para dar continuidade ao seu projeto pedagógico e resistências por parte desse novo público. Esse conjunto de tensões e resistências que incide na escola é relativo a uma transformação social importante da composição da cidade.

1.2.4 Suas escolas

O processo pelo qual os indivíduos são submetidos à normalização médica ao ponto de que qualquer aspecto de suas vidas possa ser regulado pelo discurso médico adentra o universo escolar com ávida rapidez. As escolas, mesmo aquelas com uma pedagogia mais alternativa ou diferenciada, parecem não escapar dessa lógica medicalizante da atualidade. Nesse sentido, nosso enfoque será a psiquiatrização da infância e suas repercussões no âmbito escolar, pois entendemos a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o

histórico do saber-poder médico como estratégia de poder e criação de matrizes norteadoras na produção de discursos escolares.

Assim, a escolha da instituição de ensino pública A se deu pelo fato de que esta atende há quase 20 anos, em sua maioria, alunos de classes mais desfavorecidas. Esse fator foi o grande atrativo para a escolha dessa instituição, já que gostaríamos de observar as diferentes abordagens e implicações sobre a questão da medicalização entre as diferentes classes sociais. Essa escola adota a metodologia de ensino sócio-interacionista, e trabalha a educação como processo interdiscursivo que pressupõe ações compartilhadas no cotidiano. Sua equipe docente procura interagir com a comunidade de alunos e suas famílias, através de palestras e grupos de apoio. Seus profissionais trabalham com o SAEDE (Serviço de Atenção em Educação Especial) que atende crianças com deficiências visuais, auditivas e físicas, denominadas “deficiências típicas”. As questões dos transtornos mentais são classificadas como “deficiência intelectual e/ou transtorno global do desenvolvimento”. Para atender essas crianças, os profissionais realizam anualmente, cursos de especialização e atualização profissional. Nessa instituição, percebemos que, apesar do corpo docente incentivar outras terapias, como a psicoterapia e a prática de esportes, acreditam no poder da medicação como forma de normalizar comportamentos e melhorar o rendimento dos alunos.

Nosso público é bastante delicado. Noventa por cento dos nossos alunos moram no morro e a maioria dessas crianças tem contato com drogas, prostituição, trabalho infantil, sabe? Todos eles têm contato com isso e isso interfere na vida deles. A maioria, a maioria gritante é de alunos com problemas familiares, pais que não moram juntos, alcoolismo na família. Eles trazem uma bagagem emocional muito delicada e isso reflete totalmente no seu comportamento aqui dentro [...] Nós encaminhamos essas crianças pro SAEDE e tem toda uma avaliação, a escola observa as características que passaram do limite e, então, chamamos a família e ela leva essa criança ao médico. A gente sabe que muitos comportamentos são reflexos da realidade que eles vivem, mas a medicação ajuda essa criança na sua vida escolar. Talvez sem a medicação, muitos alunos não conseguiriam nem ser alfabetizados. (PAC)

A escola pública B adota a metodologia de ensino plural e atende alunos de diversas classes sociais. Esse foi um fator importante para a seleção dessa escola, já que procuramos compreender o fenômeno da medicalização na escola levando em conta as diferentes classes sociais. A política educacional adotada por essa instituição procura contemplar o ensino, a pesquisa e a extensão. Seus profissionais estão conectados às mais diversas metodologias de ensino, bem como às questões que permeiam a sociedade. Esse fator foi um dos motivadores que nos levou a escolhê-la, por entender que o fenômeno da medicalização poderia ser compreendido nesse universo por profissionais engajados em pesquisas e práticas pedagógicas inovadoras. Os profissionais que trabalham nessa instituição mostraram que entendem os riscos do uso de medicação em crianças e acompanham as pesquisas sobre esse tema, porém, a medicação ainda é um forte aliado, pois facilita o desenvolvimento do trabalho dos professores, no sentido de acalmar os alunos e, assim, os professores conseguem cumprir suas metas pedagógicas.

Nesses anos de trabalho, vejo que a maioria dos casos são contextuais, tem muita coisa para além da necessidade de medicar. Os contextos familiares são bastante complicados, famílias com baixa estrutura emocional, baixa renda e, mesmo aqueles que a família é bastante instruída, os pais não tem tempo para acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos e essas crianças apresentam diversos problemas de comportamento e baixo rendimento escolar. A dinâmica familiar expõe a criança num ambiente que não é saudável e isso ressoa na escola. Daí a gente tenta o máximo possível não rotular ou estigmatizar, a gente tenta adequar a metodologia, mas tem aquelas crianças que destoam demais da fase de desenvolvimento que estão [...] A gente percebe nitidamente que sem a medicação, por exemplo, alguns comportamentos exacerbam em termos de agitação, de tirar a dinâmica da sala de aula toda, de desestabilizar e com a medicação a capacidade de concentração aumenta e fica mais acessível, a gente consegue acessar mais o aluno. (PB2)

A escola privada C adota a metodologia de ensino Construtivista e foi escolhida por sua atuação de longa data na cidade de Florianópolis, sendo considerado um colégio de referência. A escola compreende um

público de classe média/alta, e esse fator é relevante para compreendermos as possíveis diferenças de abordagem sobre a medicalização em comparação às instituições que atendem as classes mais desfavorecidas. A escola oferece cursos de especialização para seus profissionais, a fim de atualizá-los em temas que permeiam a sociedade e aprimorar o trabalho em sala de aula. Essa instituição procura utilizar a medicação em último caso, porém ela está presente na vida de muitos de seus alunos e funciona como uma ferramenta de apoio nos casos considerados extremos pela instituição.

Temos alunos que são sobreviventes de situações familiares delicadas. Na verdade, muitas vezes, a gente tem que se envolver um pouco mais pra conhecer a realidade, pra ter uma abordagem mais criteriosa com a criança. Pra nós, isso também é um desafio, o tempo todo, é um desgaste muito grande, mas a gente reluta até o fim, a gente procura orientar os pais e procuramos resolver os problemas por outros caminhos. Agora mesmo eu estava resolvendo um problema com uma criança. Conversamos, porque chega uma hora que tu não tem mais argumentos. Tu não tem [...] tem crianças que agredem o professor. Daí tu tem que sentar com ela, tu tem que saber pegar, porque quando dá o agito tu tem que orientar até o professor, porque não pode machucar e tu tem que conter se não a criança agride mesmo. Então, tudo isso na verdade é um desgaste muito grande. Mas claro, chega um limite que também o professor, o profissional que está junto também diz 'olha, não aguento mais'. Então a gente tem que tomar outro tipo de encaminhamento. Coloca pro pai, coloca pra família a forma como a gente deveria agir com aquela criança e, muitas vezes, não consegue e aí sim o medicamento se faz necessário. (PC1)

A escola privada D foi eleita por trabalhar com uma pedagogia diferenciada e um público de classe média/alta. Essa escola adota a pedagogia Waldorf, que tem por princípio a unidade harmônica físico-anímico-espiritual do ser humano e sobre esta base se fundamenta toda sua prática educativa. A escola conta com a atuação de um médico escolar que desenvolve tratamentos a base de florais e remédios homeopáticos. Esse fator nos estimulou a escolhê-la, para melhor

compreender como a medicalização é abordada numa instituição que já conta com a presença de um médico em seu espaço físico. A medicalização não se encontra muito presente nessa escola, já que o saber médico – idealizado e valorizado como solução para todos os problemas da vida – não é um fator relevante no desenvolvimento de sua conduta pedagógica. Entretanto, quando os alunos apresentam comportamentos considerados atípicos e que conturbam o andamento do grupo, a escola os encaminha ao médico antroposófico que atua em seu interior. Sendo assim, ainda que a medicação utilizada não seja um psicofármaco, a medicalização se faz presente de outras formas.

Nós procuramos olhar a criança em todas as suas fases rítmicas de desenvolvimento e entender os motivos de muitos comportamentos. O objetivo da pedagogia Waldorf é conduzir a criança para que ela mesma se eduque. Não adianta falar que o mundo está com seus valores invertidos, se eu mesma, se a mãe ou o pai também estão. Então, a gente procura o tempo todo fazer essa auto-avaliação e levar a criança para esse mesmo caminho. Não é que a gente aceite tudo como sendo normal, mas, também não queremos ir pro extremo de achar que tudo é anormal, que tudo é sinal de doença, de problema. Por exemplo, aqui na escola, quando uma criança do maternal está mais agressiva, mais agitada, a gente entende que isso faz parte de sua auto-afirmação, como se ela estivesse demarcando seu território, entende? Em outros lugares isso já é sinal de que tem alguma coisa errada, já partem pra questão do remédio. Isso é muito complicado [...] A gente sabe que uma criança reage aos estímulos que recebe. Se ela recebe mais estímulos negativos do que positivos isso vai repercutir no seu comportamento. Nesses casos, a gente procura trabalhar com a família e, se houver necessidade, ela passa pelo médico que trabalha com a gente. Nos casos de crianças que já tomam medicação, a gente tenta trabalhar outra abordagem com a família. Mas tem casos que só mesmo um psicólogo, um psiquiatra pode avaliar, mas isso tem que ser uma coisa muito extrema mesmo. (PDI)

A escola privada E adota a metodologia de ensino Criacionista e atende um público de classe média. De cunho religioso, essa instituição

tem como princípio o desenvolvimento de uma visão crítica que confronte as teorias apresentadas pelo modelo evolucionista e pelo modelo criacionista. Além das etapas iniciais, do ensino médio e do ensino superior, a escola também conta com colégios em regime de internato em vários estados do Brasil e, em Santa Catarina, existe uma unidade na cidade de Araquari. Os profissionais que atuam nessa instituição procuram desenvolver atividades de integração entre os alunos, como a prática esportiva, grupos de escoteiros e comemorações religiosas que incluam as famílias. Entretanto, a medicalização se faz muito presente nessa instituição. Ainda que seus profissionais procurem abordar os problemas que se manifestam no cotidiano escolar por outras vias, a utilização dos psicofármacos é vista como uma ferramenta de auxílio no desenvolvimento dos conteúdos.

A gente entende que o mundo está passando por muitas transformações e muitas delas são bem negativas. O homem está perdendo seu contato com Deus, está se distanciando da família cada vez mais. É nesse sentido que a gente procura resgatar esses valores, pois a gente acredita que esse resgate é extremamente necessário para o desenvolvimento de uma vida espiritual, intelectual, física e social saudáveis. E por a gente entender que o mundo está se distanciando cada vez mais dos valores cristãos, do comprometimento com Deus, a gente entende que isso gera muitos conflitos entre as famílias e isso deságua na escola. A criança reflete muitos desses problemas, mas também não podemos achar que tudo é um reflexo, que tudo está apenas ligado ao contexto que essa criança vive. Aqui mesmo na nossa escola, tem muitas famílias bem estruturadas, com valores cristãos, unidas mesmo e que seus filhos fazem uso de medicação por 'n' motivos. Essas crianças têm uma infância boa, uma boa criação e educação e mesmo assim desencadearam coisas que fizeram elas precisarem de uma ajuda médica. Hoje em dia a ciência tem desenvolvido muitos estudos que mostram que temos questões que são genéticas, que independente do contexto familiar e social, existem doenças que prejudicam o intelectual, e a vida escolar é a primeira a ser afetada [...] Quando um aluno está muito agitado, apresentando questões que a gente vê que ultrapassam, que não são normais, a gente

chama a família e se mesmo assim não tiver melhora, essa criança é encaminhada pro psicólogo e, dependendo do caso, pra um neuro. A medicação ajuda sim, bastante. Mas é como eu te falei, só um especialista é que pode dizer certinho o que é e de onde vem isso. (PE1)

A escola pública F trabalha com a metodologia Sócio-Contrutivista e atende um público de baixa renda. Situada num bairro carente da cidade de Florianópolis, a escola é o grande referencial de lazer, esporte e cultura para os moradores que residem na comunidade. Os professores procuram modificar o espaço físico das salas de aula constantemente, a fim de despertar o interesse dos alunos para a realização de suas atividades. Além disso, desenvolvem atividades nos diversos ambientes da escola e também no seu entorno. Uma das atividades de maior destaque e que procura agregar pais, alunos, professores e sociedade é aquela que trabalha com o tema da sustentabilidade e por meio dela, são desenvolvidos projetos de horta escolar, oficinas de sabão, reciclagem de papel e compostagem de lixo orgânico. Apesar de todo esforço e empenho dos profissionais dessa instituição em diversificar as estratégias de ensino, agregar as famílias e atender as necessidades particulares de cada aluno, muitas crianças fazem uso de medicação e alguns de seus professores demandam por um diagnóstico médico que nomeie os problemas apresentados pelos alunos.

Essa escola mudou muito com o passar dos anos. Trabalho há um tempo aqui e percebo que o bairro cresceu muito e com isso os problemas sociais também cresceram. É um bairro muito carente. A escola pra essas crianças acaba sendo sua única opção de lazer, de vida mesmo. Aqui eles têm a oportunidade de participarem de uma vida que mostra outro horizonte pra eles, a gente desenvolve muitos debates, pesquisas, muitas saídas de estudo [...] No mês passado desenvolvemos uma série de apresentações e exposições artísticas e isso foi aberto a toda comunidade. É uma oportunidade das famílias participarem da vida dos filhos, acompanharem sua vida escolar. Mas essa questão da medicalização é muito forte, muito poderosa. Não é mais a família, a escola que tenta entender a criança e achar meios pra resolver os problemas. Agora é a medicina, a psiquiatria, e tudo vira doença. Ninguém tenta ouvir essas

crianças, saber de suas dores, de suas dificuldades, suas lutas. Até mesmo quando a gente encaminha um aluno pra um acompanhamento psicológico, achando que ali ele vai ter um espaço de escuta, eles também estão na mesma direção da medicalização e logo mandam essa criança pra um neuro, e ela começa a tomar remédio. Dificilmente uma criança que passa por um neuro, por um psiquiatra sai de lá sem uma caixinha de remédios. Mas também tem o lado difícil do professor que tem que lidar com uma série de questões que extrapolam o universo escolar. São crianças que têm uma vida familiar e emocional muito complicada e explodem na escola, batem até mesmo no professor, eu já passei por isso. Nesses casos, reconheço que a medicação ajuda, mas é só um paliativo, entende? No fundo, não tá resolvendo nada, porque não tem nada ali que aquele remédio possa resolver. O problema é de outra ordem. (PF2)

A escola pública G adota a metodologia de ensino Plural. Ela se situa na parte continental da cidade de Florianópolis e atende um público de baixa renda. A escola enfrenta alguns problemas de infraestrutura, como ausência de laboratório de ciências e falta de manutenção de diversos computadores, o que inviabiliza a realização de aulas de informática e pesquisas. A escola conta com alimentação proveniente da agricultura familiar e, paralelamente, desenvolve projetos com os alunos sobre alimentação e nutrição produzidas em âmbito local, principalmente das comunidades tradicionais indígenas e remanescentes de quilombolas. Aos finais de semana, a escola abre suas portas para a comunidade, onde são desenvolvidas atividades de lazer, cultura e prática de esportes. Muitos alunos dessa instituição encontram-se em situação de vulnerabilidade social e frequentemente se envolvem com o tráfico de drogas e brigas. Os maiores problemas enfrentados pelo corpo docente diz respeito à violência entre os alunos e a falta de respeito para com os professores. Segundo os professores, o número de alunos que fazem uso de medicação cresceu significativamente, inclusive, essa foi uma das instituições pesquisadas com maior número de diagnósticos de TOD (Transtorno Desafiador Opositivo) com um total de nove casos.

A violência e o desrespeito é muito grande. Chega a sair do nosso controle mesmo. A sala da diretoria sempre está cheia, porque os alunos

não conseguem deixar o professor dar aula, então a gente tem que resolver, tem que fazer alguma coisa. A gente manda pra lá [...] É celular o tempo todo ligado, eles ligam música na sala de aula nesses celulares e pronto, acaba a aula. Isso quando o professor não está em aula e de repente um aluno começa a brigar com outro. As meninas [...] pegamos uma menina tendo relação sexual com um colega de classe no banheiro. A gente sabe que essa questão da medicalização está 'over', mas o que a gente vai fazer? Tem aluno aqui que tem problema psiquiátrico difícil mesmo, que precisa da medicação. A gente vê uma melhora, nossa, e como vê. Mas é aquela coisa, né, tem épocas que de repente tá melhor, tem épocas que não. Não dá pra avaliar até que ponto esses remédios estão ajudando de verdade ou se estão só camuflando um problema. (PG2)

A escola privada H adota a metodologia de ensino Montessoriana e atende um público de classe média alta. Um dos princípios educacionais dessa instituição está no respeito à individualidade e autonomia do educando e sua pedagogia procura contemplar a criança além de um organismo vital, como um ser espiritual que é animado por uma força vital divina. O cotidiano dessa instituição é marcado por normas e limites estabelecidos dentro daquilo que o corpo docente considera adequado. Ordem e disciplina estão presentes em todas as atividades desenvolvidas, inclusive no espaço físico. A agitação e a falta de concentração foram os maiores problemas relatados pelas professoras entrevistadas. Essa instituição atende crianças do berçário (4 meses) até o 9º ano (14/15 anos) e as professoras relataram que crianças do ensino infantil, com idade de 5 anos fazem uso de medicação, mas a maior concentração de alunos medicados encontra-se no fundamental I e II (entre 6 e 14 anos).

Nossa escola procura atender todas as necessidades dos alunos, partindo da realidade concreta, das necessidades do dia a dia. Nós temos um trabalho muito importante com a sistematização da leitura e escrita nos anos iniciais e nosso diferencial, no 6º e 9º ano são as aulas de empreendedorismo [...] Os alunos têm atividades que ajudam a montar sua própria empresa. Eles fazem grupos e montam microempresas [...] Aqui a gente entende que

pra criança aprender, ela deve ser respeitada, ela tem que ter iniciativa própria, deve partir dela. Desde cedo, eles entram em contato com atividades que desenvolvem os 5 sentidos, muita atividade de coordenação motora, auditiva, visual. A gente parte do concreto pro abstrato. Eles aprendem a matemática, por exemplo, utilizando blocos de madeira, aprendem a língua, usando letras móveis [...] Nós prezamos a disciplina, o silêncio e a organização do espaço. Quer dizer, a gente dá liberdade pra que o aluno cresça, se desenvolva, escolha o que quer fazer, mas quem tá direcionando esse aluno é o professor [...] Tem criança com TDAH, que foi diagnosticada pelo médico. Aqui a gente não medica ninguém sem um laudo médico e autorização da família. Ela tem que trazer esse laudo. Na verdade, essa questão da medicalização está muito forte ultimamente né, por isso, a gente sempre procura observar bem, analisar o comportamento da criança, pedir ajuda da psicóloga, conversar com a família antes de pedir o encaminhamento pro médico. No infantil nós temos alguns casos de crianças com TDAH e um com depressão, no ensino fundamental a coisa está mais forte. Temos casos de depressão e ansiedade. Estou há 3 anos no ensino fundamental, antes eu ficava no infantil. Lá a coisa é mais a agitação, aqui a depressão tem sido mais forte, e tem a ansiedade também, alunos com problema de insônia, muito nervosismo [...] tem muita criança com pais separados, pai que não mora no Brasil e vê a criança uma vez a cada 3 meses. Isso pesa bastante. (PH2)

Esse breve panorama serve para nos situarmos em relação às escolas que analisamos, bem como suas maneiras em abordar a questão da medicalização e alguns dos problemas enfrentados pelos professores no cotidiano escolar. No próximo capítulo, analisaremos os percursos que a psiquiatria efetuou e que possibilitaram sua ingerência nas esferas da vida, culminando no campo da infância.

2 AS ORIGENS DA PSIQUIATRIA MODERNA

Na realidade, como se espera demasiado da ciência, ela é concebida como uma feitiçaria superior (GRAMSCI, 1985, p. 143).

Nas sociedades ocidentais, problemas inerentes à vida são transferidos para o campo médico, assim, vivemos em plena Era dos Transtornos. Com essa reflexão, Maria Aparecida Affonso Moysés (2013) transcorre sobre alguns dilemas que enfrentamos atualmente num processo denominado de ‘medicalização da vida’.⁶ Esse processo avança sobre todas as esferas da vida, e desqualifica as diferenças que nos caracterizam e nos constituem.

A era dos transtornos, era sombria de medicalização psicofarmacológica do mal-estar, insere os conflitos e dificuldades inerentes à vida no campo dos problemas médicos, especificamente psiquiátricos. Mal-estares ínfimos como agitação, nervosismo, falta de concentração são vistos como indicadores de patologias psiquiátricas que devem ser tratadas a fim de se evitar uma mazela maior⁷.

Nessa nova configuração, onde as teorias biológicas sobre as disfunções químicas cerebrais passam a explicar quase todos os problemas da vida humana, a busca por um diagnóstico psiquiátrico que revele as origens e os motivos de determinadas dificuldades tem se feito presente no âmbito escolar. Cada vez mais, a escola forma uma verdadeira parceria com o saber médico em busca de explicações para os problemas comportamentais e de aprendizagem que cercam o seu cotidiano. De onde vem esse fenômeno? Como ele surgiu, ao ponto de, hoje, vivermos em plena era dos transtornos, onde quase tudo é patologizado e categorizado como doença? Essas são algumas questões que animam esse capítulo.

Partindo dos degeneracionistas do século XIX, realizaremos uma análise sobre os percursos efetuados pela psiquiatria que possibilitaram sua ingerência nas esferas da vida humana na atualidade. Em seguida, discutiremos o início da psiquiatria infantil na perspectiva de Michel Foucault e a expansão de categorias diagnósticas na infância atual. A questão do risco será analisada na perspectiva sociológica, a fim de compreendermos como a psiquiatria preventiva se apropriou desse conceito para intervir na sociedade e, por fim, discutiremos a influência do uso das estatísticas na expansão das técnicas psiquiátricas

⁶ O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina (CONRAD, 2007).

⁷ Sandra Caponi (2012) trabalha a ideia de cronificação de patologias mentais inerentes à lógica da prevenção.

no tecido social e sua aplicação na atualidade em projetos da psiquiatria do desenvolvimento. Ao longo do trabalho, colocaremos as falas dos profissionais de educação que foram entrevistados e faremos uma análise à luz de nossa bibliografia.

2.1 O SABER PSIQUIÁTRICO

Segundo Caponi (2012), o saber psiquiátrico foi alargando suas fronteiras, separando-se do campo “psi” e vinculando-se ao terreno do “bio”. Essa mudança sustentou a normalização via medicalização. Tudo o que antes era visto como pertencente ao campo da variabilidade humana passou a ser patologizado. É o que podemos chamar de patologização da normalidade, pois:

Limitar nossos sofrimentos decorrentes de problemas sociais a explicações neurológicas ou hereditárias contribuirá para obscurecer os problemas concretos que, em muitos casos, provocaram os sofrimentos. Essas explicações reducionistas levarão a minimizar nossa capacidade de refletir sobre nós mesmos e restringirão as possibilidades de criar estratégias efetivas para dar reposta a nossos problemas (CAPONI, 2012, p. 16).

No curso ministrado por Michel Foucault em 1973/74 que dá origem ao **O poder psiquiátrico**, observamos que a psiquiatria não nasceu como consequência de um novo progresso no conhecimento da loucura, mas dos dispositivos disciplinares nos quais se organizaram o regime imposto à loucura. O autor estava interessado em entender os meandros das relações de poder dentro da psiquiatria e como ela se legitima dentro da medicina. Segundo ele:

Tendemos a pensar que a psiquiatria aparece pela primeira vez como uma especialidade no interior do domínio médico [...]. Entretanto, entre os fundadores da psiquiatria, a operação médica que realizam quando tratam de um paciente não tem em sua morfologia ou em sua disposição geral virtualmente nada a ver com aquilo que está se transformando na experiência, na atividade diagnóstica e no processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irredutíveis aos da medicina (FOUCAULT, 2006, p. 221).

A psiquiatria, como bem demonstra Foucault (2006) trabalha com a ausência do corpo. Ainda que ela trabalhe com diagnósticos, o que realmente está em questão é saber se o paciente está ou não doente. O autor classifica essa conduta de ‘diagnóstico absoluto’. Caponi (2012) afirma que a psiquiatria, desde sua gênese, se ocupará em encontrar correlações entre doenças mentais e lesões. E é justamente nesse âmbito que ela se diferencia da medicina. Enquanto a medicina estabelece diagnósticos diferenciais, localizando as lesões no corpo, este mesmo feito não pode se dar na psiquiatria⁸.

A importância do saber sobre a loucura esteve diretamente relacionada ao poder médico. Segundo Foucault (2010), o médico não tem conhecimento acerca da loucura, mas domínio. O médico não fazia parte do espaço do asilo e, somente ao final do século XVIII é que sua figura se faz presente e transforma esse espaço em lugar médico. Isso não se dá porque o médico detenha um saber, mas “se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência” (FOUCAULT, 2010, p. 497).

A figura do médico atinge o status de importância muito mais pela influência e poder que exerce com os doentes e com o próprio espaço asilar, do que pelo conhecimento a respeito da loucura. A personagem do médico entra em cena no mesmo momento em que o conhecimento acerca da doença mental busca sentido de positividade. O médico e o louco passam a formar uma unidade através de dependências que se assentavam nas estruturas e valores da sociedade burguesa, como a moral, a autoridade e a família; “e é daí que o médico retira seu poder de cura, e é na medida em que através de tantas velhas ligações o doente se vê alienado no médico, no interior do par médico-doente, que o médico tem o poder quase milagroso de curá-lo” (FOUCAULT, 2010, p. 500). E será na qualidade de médico que ele será visto pelo doente como detentor desses poderes.

E, enquanto o positivismo encara essa realidade como figura de objetividade, Foucault mostra que isso é apenas a vertente da dominação. Assim,

Esse aprofundamento da busca no campo da objetividade científica já se fazia, no decorrer de todo o século XIX, com o estudo das causas da doença mental, por meio de uma etiologia que

⁸ Ainda sobre esse tema, Caponi (2012) aponta que a biopolítica das populações, com início no século XVIII, possibilitou que o biológico entrasse para o campo do político. A estratégia dos biopoderes tem como objetivo o melhoramento dos corpos, das populações e das raças. Para isso, multiplicam-se os espaços biopolíticos de intervenção.

faria a teoria psiquiátrica penetrar tanto mais nos moldes científicos da época quanto conseguisse ligar o caráter subjacente da doença a causas objetivas, ou seja, orgânicas, atribuindo-as a lesões físicas (PORTOCARRERO, 2002, p. 46).

A psiquiatria, tal como nos mostra Caponi (2012) buscava construir provas que substituíssem as constatações que a medicina conseguia realizar, dessa maneira ela elaborou outros métodos. A busca por diagnósticos verdadeiros e convincentes encontrou espaço, não no interior do corpo, nos tecidos ou nos órgãos, mas sim, através dos interrogatórios psiquiátricos sobre as condutas e hábitos, histórias de vida e antecedentes familiares⁹.

E a função dos interrogatórios psiquiátricos para Foucault era disciplinar. De acordo com Caponi (2009), os interrogatórios procuravam desvendar o passado e a trajetória de vida do indivíduo. Na impossibilidade em se encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, a psiquiatria foi buscar na família a existência de patologias. É o que Foucault (2006) chama de “corpo ampliado”, já que, para o autor, trabalhar com a noção de hereditariedade foi o modo que a psiquiatria encontrou de dar corpo à doença.

Esse fato pode ser visto nos consultórios psiquiátricos. Através do histórico de vida do doente, o psiquiatra irá esquadrihar os sintomas de sua doença e tentar vinculá-la a algum episódio, idêntico ou similar, que tenha acometido um parente familiar. Exemplo disso pode ser dado por meio de diversos transtornos que são apregoados pela sociedade psiquiátrica, como o transtorno bipolar, em que a herança genética tem enorme prevalência e metade da população dos portadores apresenta pelo menos um familiar afetado, e filhos de portadores apresentam risco aumentado de apresentar a doença, quando comparados com a população geral¹⁰. Outro exemplo que acentua a noção de hereditariedade é associado ao TDAH. Os genes aparecem como responsáveis pela predisposição do transtorno, já que a ideia difundida é de que nas famílias de portadores de TDAH, haviam parentes afetados em maior quantidade do que nas famílias que não tinham crianças com o

⁹ Caponi (2012) mostra que o saber psiquiátrico se reorganizou para que o discurso médico sobre as condutas pudesse ser aceito. A medicina estudava o corpo em termos de órgãos e tecidos e estabelecia diagnósticos diferenciais que localizavam as lesões no próprio corpo. A psiquiatria procura o corpo ‘neurológico’ e se empenha em estabelecer correlações entre as lesões encontradas no organismo e os sintomas apresentados pelo paciente.

¹⁰ Informações obtidas no site da Associação Brasileira de Transtorno Bipolar. Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>>. Acesso em: 10 mar. de 2015.

transtorno. A prevalência da doença na família de crianças afetadas é de 10 vezes mais do que na população em geral¹¹.

Para traçar o histórico da psiquiatria, Caponi (2012) recorre às suas origens. Seus estudos partem dos alienistas e psiquiatras do século XVIII. Segundo a autora, foi Phillipe Pinel, médico francês, que consagrou a psiquiatria clássica. Em sua obra **Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale**, datada no ano de 1809, a herança patológica aparece como um dos múltiplos elementos que compõem a teia explicativa das patologias mentais.

Pinel (1809) acreditava que em toda loucura existia sempre um resto de razão, e para encontrar a razão perdida em meio à loucura, qualquer método era válido. Para que as paixões desenfreadas entrassem a luz da razão, era necessário o uso de uma terapêutica dotada de instrumentos de intervenção. Pinel, juntamente com Jean-Étienne Dominique Esquirol¹², seu discípulo, acreditava que o asilamento dos loucos garantiria a segurança pessoal e familiar, os libertaria das influências exteriores, os fariam vencer suas resistências pessoais, os submeteriam a um regime médico, além da imposição de novos hábitos intelectuais e morais (CAPONI, 2012).

Quer se tratasse de mania, melancolia, demência ou idiotismo, todas as patologias derivavam do mesmo conjunto de causas físicas e morais e todas apresentavam alterações nas funções intelectuais. O interesse de Pinel era o de definir os modos pelos quais se manifestava uma mesma patologia, que ele denominava de alienação mental. A alienação era proveniente de causas múltiplas, dentre elas as paixões contrariadas, como a dor profunda, o amor contrariado, o fanatismo religioso. Seu discurso não estava interessado em lesões de órgãos ou tecidos, mas sim na trama de redes causais que gerariam a alienação. Pinel acreditava que o asilamento do alienado era necessário, pois somente naquele espaço, longe da família e imerso num regime moral e físico, sob constante vigilância, a conquista da razão perdida poderia acontecer (CAPONI, 2012).

Os estudos de Caponi (2009; 2011; 2012) nos mostram que a psiquiatria clássica de Pinel e Esquirol viam no tratamento moral aplicado no asilo, o caminho para o controle das paixões desenfreadas e

¹¹ Informações obtidas no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 3 jan. de 2015.

¹² Alienista francês nascido na cidade de Tolouse, precursor da psiquiatria científica iniciada por Philippe Pinel (1745-1826) e um dos principais representantes da psiquiatria alienista francesa do século XIX, consolidou a ideia de loucura como doença. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/JeanEDES.html>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

toda a espécie de perturbação. A distinção binária entre normalidade e loucura encontrava seu universo na institucionalização asilar.

Robert Castel (1978), ao analisar a questão do alienismo e do asilamento, afirma que:

O asilo é o lugar existencial do exercício da psiquiatria porque é o mais apto a opor; ao meio natural (isto é, familiar e social), patogênico porque anômico, um meio construído, terapêutico porque sistematicamente controlado. No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita. Camisa de força moral, válida como qualquer outra. O asilo, convenientemente organizado, constitui para eles (os doentes), uma verdadeira atmosfera médica: sua ação incessante é quase imperceptível, mas eles a respiram por todos os poros e ela os modifica, finalmente, muito mais fortemente do que se poderia acreditar, na medida em que sejam modificáveis (CASTEL, 1978, p. 80).

Sobre isso, Foucault, na conferência de 28 de março e 3 de abril de 1977, disserta sobre Castel e seus apontamentos sobre o nascimento da psiquiatria e do internamento asilar. De acordo com Foucault, Castel não acredita que a psiquiatria tenha nascido no asilo, mas que ela sempre foi imperialista e sempre fez parte de um projeto social global. Castel (1978) mostra que os alienistas do século XIX buscaram o posto de “especialistas”. Porém, essa especialidade centrava-se no perigo geral que corre pelo corpo social trazendo ameaças por todos os lados, uma vez que ninguém está livre da loucura. Para Foucault, Castel, acertadamente, afirma que os alienistas eram encarregados de um perigo e assumiram a posição de “sentinelas de uma ordem que é a da sociedade em seu conjunto” (FOUCAULT, 2010b, p. 325).

Segundo Foucault, o que Castel levanta em seus estudos é que o projeto psiquiátrico está ligado aos problemas criados pela sociedade pós-revolucionária, industrial e urbana. Este projeto estava, em sua origem, integrado às estratégias de regularidade, normalização, assistência, habilitação de vigilância, tutela das crianças, dos delinquentes, dos pobres e principalmente dos operários. O discurso do alienista, segundo Foucault (2010b, p. 325) dizia que “a medicina não tem somente como objeto estudar ou curar as doenças; ela tem relações íntimas com a organização social”.

As análises que Foucault realiza sobre a obra de Castel mostram que a medicina caminhava cada vez mais para configurar-se como uma tecnologia geral do corpo social. O asilo serviu apenas como esconderijo para a psiquiatria, que tinha o intuito de conquistar uma função permanente e universal. Todo o funcionamento do asilo, que se assemelhava ao hospital, salvaguardava o caráter médico do psiquiatra e suas terapêuticas mostravam cada vez mais a ambição da psiquiatria em intervir infundavelmente na sociedade.

Para Foucault, os estudos de Castel são revolucionários, pois:

Ele permite ter-se a dimensão de um fato essencial: a partir do século XIX, todos nos tornamos psiquiatrizáveis; a mais técnica, a mais racionalizante das sociedades colocou-se sob o signo, valorizado e temido, de uma loucura possível. A psiquiatrização não é alguma coisa que aconteça aos mais estranhos, aos mais excêntricos dentre nós; ela pode nos surpreender a todos e por toda parte, nas relações familiares, pedagógicas, profissionais (FOUCAULT, 2010b, p. 326).

Sobre o asilo, podemos ver que Foucault (2006) comparava esse espaço disciplinar a um presídio devido à sua organização interna, com regras voltadas ao corpo, organização de tempo e espaço, normas impostas e repetição de tarefas. Naquele espaço, o tratamento moral que Pinel acreditava ser capaz de reestabelecer o paciente, devolvendo-lhe a lucidez, justificava sua natureza. Esse tratamento criaria estratégias para dominar as paixões e recuperar a razão. Assim, o paciente poderia ver-se livre novamente (CAPONI, 2012).

Caponi explana que, na segunda metade do século XIX, houve um aumento de alienados dentro dos asilos e que o tratamento moral proposto por Pinel e Esquirol mostraram-se insuficientes para solucionar tal demanda. Nesse contexto, surge a teoria de Morel¹³, como tentativa de responder aos problemas que a psiquiatria encarava. Ela não se vinculava ao corpo ampliado, como buscavam os teóricos da degeneração, mas era abordada como um dos múltiplos componentes que explicam as causas das patologias mentais, não diminuindo a

¹³ Sobre o tratado de Morel, Caponi (2012) esclarece que, de acordo com o autor, os signos externos como a cor da pele, cabelo ou altura não eram indicativos de degeneração. Para ele, uma das causas proeminentes da degeneração estaria ligada à ingestão de substâncias tóxicas como drogas (haxixe ou ópio), determinados tipos de alimentos e o álcool. Porém, o álcool é visto como uma das principais causas de degeneração com consequências irreversíveis, tanto para o alcoólatra como para suas futuras gerações.

importância e influência da educação na infância ou do contexto familiar que o alienado faz parte. A teoria da degeneração acreditava que “a herança patológica deixa marcas no corpo que se transmitem por gerações, sendo a causa principal das patologias mentais” (CAPONI, 2012, p. 39).

2.2 A TEORIA DA DEGENERESCÊNCIA E AS EXPLICAÇÕES BIOLÓGICAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Caponi (2012) esclarece que é possível observar em Morel e seus seguidores, que a hereditariedade passa a ocupar o lugar de explicação das causas das doenças mentais. Morel (1858) trabalha com o pressuposto de que a psiquiatria deveria agir por meio de uma profilaxia preventiva no combate às causas da doença e seus efeitos. Sendo assim, o mundo externo e seus eventos, nada mais seriam do que válvulas propulsoras de uma predisposição mórbida existente que se transmitia de geração em geração.

Segundo Caponi (2012), os degeneracionistas partiam do pressuposto de que as degenerescências eram desvios doentios do tipo normal da humanidade, transmitidos hereditariamente. Elas poderiam ter causas diversas, como: intoxicações, influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas. Quando instalada, a doença seguia seu curso e era transmitida a seus descendentes, até a extinção da linhagem. O programa de profilaxia estudado por Morel abrangia a higiene física e moral e dirigia-se igualmente ao conjunto social. Sua profilaxia referia-se ao social, mas aproxima-se muito da medicina e de suas tendências organicistas. O trabalho de Morel tinha como objetivo ligar a alienação mental à medicina geral.

A teoria da degenerescência realiza uma transformação radical na concepção de doença mental. Para Caponi (2012), a partir do momento em que as degenerescências tiveram suas causas atribuídas a uma lesão orgânica, ocorreu um deslocamento no modo de se pensar os desequilíbrios sociais para o tronco comum da medicina. Os critérios para estabelecer as entidades nosológicas não são mais determinados pelos sintomas de ordem moral, mas a partir de uma causalidade física.

Sobre isso, Portocarrero (2002) discute que as mudanças que o conceito de degenerescência operou, seguiram o seguinte caminho: primeiramente, a degeneração das células do sistema nervoso foi atribuída à intoxicação alcoólica, cocaínica, etc., e mais adiante utilizou-se a clínica médica para o tratamento da alienação em relação aos componentes fisiológicos dos transtornos mentais. Em segundo lugar, os transtornos psíquicos não mais se restringiram apenas ao campo da doença mental propriamente dita, mas estenderam-se a todas as

anormalidades passíveis de se degenerar em psicopatologia, ou seja, como afirmava Foucault (2006), anormalidades passíveis de produzir a loucura.

Nesse contexto, os epiléticos, os alcoólatras e os sífilíticos, que não são doentes mentais propriamente ditos, passaram a ser encarados como um entrave para o progresso; eles representavam um grande risco para a ordem social, na medida em que, durante as crises, eram improdutivos, atentavam contra a disciplina e concorriam para a transmissão de seu mal a seus descendentes (PORTOCARRERO, 2002).

Portocarrero (2002) afirma que os transtornos mentais passaram a ser estudados no contexto social. A teoria da degeneração passa a se interessar não apenas pelos alienados, mas por toda a espécie de degenerados. Utilizando-se da medicina geral, a psiquiatria alarga suas fronteiras e passa a se ocupar do desenvolvimento físico e intelectual das raças.

Assim, Caponi (2012) mostra que a teoria da degeneração vê-se diante da necessidade de definir novas enfermidades e enquadrá-las no campo nosográfico. Esse alargamento serviu como justificativa de difusão do saber psiquiátrico por todo o campo da chamada anormalidade.

Foucault (2001) conclui que tanto os indivíduos anormais e suas famílias, quanto às camadas populares e as diversas raças consideradas como desvio do tipo originário, passam a ser vistas como objetos de estratégias de controle¹⁴. O autor nos mostra que a psiquiatria não surgiu como especialidade do saber ou da teoria médica, mas como um braço a serviço da higiene pública. Ela se institucionalizou com o objetivo de proteger a sociedade dos perigos provenientes da doença mental e como higiene do corpo social. Inicialmente, ela codificou a loucura como doença, tornando patológicos todos os distúrbios e o que era considerado anormal. Assim, segundo Foucault, a loucura foi codificada como portadora de perigo e, então, a psiquiatria, que detinha o poder-saber da doença mental, pode atuar como higiene pública.

A degeneração permitiu o isolamento e trouxe à memória uma “zona de perigo social” (FOUCAULT, 2001, p.150). Não somente do louco enquanto louco, mas também da família do louco. A psiquiatria passou a psiquiatrizar todas as condutas e perturbações existentes no seio familiar. A família passa a ser o lugar de investigação psiquiátrica.

¹⁴ Na conferência do dia 29 de setembro de 1970, realizada por Foucault, o autor afirma que a situação dos loucos mudou no final do século XVIII, pois no início do século XIX, houve um grande crescimento industrial e, com isso, um aumento de proletários desempregados. Os que foram considerados aptos para o trabalho, saíram dos asilos. Os que ficaram eram considerados incapazes para o trabalho e foram classificados como doentes com distúrbios de natureza psicológica ou algum desvio de caráter.

E o psiquiatra torna-se o médico da família, aquele que irá tratar, do ponto de vista médico, das dificuldades e distúrbios que ocorrem ali dentro (FOUCAULT, 2001).

E qual seria o caminho que levaria a psiquiatria ao encontro das doenças mentais? Segundo Caponi (2012), para encontrar as possíveis patologias mentais, a psiquiatria adotará o interrogatório como mecanismo de busca¹⁵. Foucault (2006) nos esclarece que a função do interrogatório psiquiátrico era a de encontrar, nas condutas passadas, indícios que apontassem para a existência de uma patologia mental, ou seja, mostrar que a loucura já existia antes mesmo que a doença criasse corpo, como ele afirma:

Em primeiro lugar, um interrogatório psiquiátrico clássico, isto é, tal como vocês o veem funcionar a partir dos anos 1820-1830, sempre comporta a chamada pesquisa de antecedentes. O que é pesquisar antecedentes? É perguntar ao doente quais foram as diferentes doenças que seus antecedentes ou seus colaterais puderam ter (FOUCAULT, 2006, p. 351).

E mais adiante:

A hereditariedade é certa maneira de dar corpo à doença no momento mesmo em que não se pode situar essa doença no nível do corpo individual; então inventa-se, demarca-se uma espécie de grande corpo fantasmático que é o de uma família afetada por um grande número de doenças: doenças orgânicas, doenças não-orgânicas, doenças constitucionais, doenças acidentais, pouco importa; se elas se transmitem é porque possuem um suporte material e, se se alcança assim o suporte material, então se tem o substrato orgânico da loucura, um substrato orgânico que não é o substrato individual da anatomia patológica. É uma espécie de substrato metaorgânico, mas que constitui o verdadeiro corpo da doença. (IDEM, p. 352).

¹⁵ Caponi (2012) trata extensamente desse tema e afirma que o interrogatório procurava despertar memórias do paciente diante do saber psiquiátrico. Durante o interrogatório, os devaneios do paciente evidenciavam os sinais da loucura e o psiquiatra era quem iria, de certa forma, provocar a sua confissão a respeito de sua própria loucura.

Na perspectiva de Foucault, a técnica do interrogatório, que terá o aval final do psiquiatra, só pode ser entendida na lógica das estratégias e mecânicas de poder, quando ele afirma: “Eu já lhes assinalo o aspecto disciplinar desse interrogatório, na medida em que se trata de vincular, pelo interrogatório, o indivíduo à sua identidade, de obrigá-lo a se reconhecer no seu passado, num certo número de acontecimentos da sua vida” (FOUCAULT, 2006, p. 351). E, para Foucault, é justamente na existência de tais estratégias que a psiquiatria encontra sua legitimação (CAPONI, 2012).

Foucault esclarece que o interrogatório, ou seja, as questões que serão realizadas com o objetivo de se obter informações a respeito do doente, sua biografia, sua relação familiar e seu círculo pessoal, na verdade não levarão em conta as questões de vida do doente para realizar um determinado diagnóstico. O que acontece de fato é que o doente é levado a somente responder perguntas previamente estabelecidas. Ele é de certo modo induzido a responder àquilo que o médico deseja saber para concluir um diagnóstico. O interrogatório “é uma maneira de substituir discretamente as informações tiradas do doente, de substituí-las pela aparência de um jogo de significações que proporcione ao médico uma ascendência sobre o doente” (FOUCAULT, 2006, p. 231).

E o que podemos observar atualmente nos casos de crianças diagnosticadas, ou encaminhadas para diagnóstico? Seu histórico de vida e suas questões familiares são retirados de seu contexto social, histórico e político. Realiza-se o diagnóstico com base nos sintomas apresentados. O psiquiatra, munido de uma espécie de lista de sintomas referentes a determinado distúrbio, enquadra o paciente no seu *checklist* e, invariavelmente, prescreve uma medicação psicofarmacológica.

Esse processo está amparado no que Conrad e Schneider (1992) apresentam a respeito da medicalização. O problema do paciente é definido pela racionalidade médica e tratado por intervenções dessa categoria. Conrad mostra que categorias médicas que não existiam passaram a existir e tornaram-se mais elásticas. Atualmente esse fato é observado nos diagnósticos infantis e no que a psiquiatria define como “espectro”¹⁶; o que amplia significativamente a gama de sintomas que fazem parte de determinado distúrbio.

¹⁶ Sobre o termo “espectro”, que apresenta uma gama de comportamentos que se manifestam em diversos graus e de diferentes maneiras, Luciano Isolan (2008) mostra que o termo é frequentemente utilizado pela psiquiatria para definir grupos nosológicos distintos, porém com um quadro sintomatológico semelhante.

Com a atual proliferação dos diagnósticos e o englobamento quase que total de problemas que faziam parte de processos comuns da vida, os diagnósticos psiquiátricos estão inflacionando ainda mais o número de casos diagnosticados. Conforme as informações apresentadas até o momento pode-se perceber que a psiquiatria adentrou o corpo social, intervindo em quase todos os campos da vida humana. A ingerência da psiquiatria na vida humana pode ser verificada através do conceito de biopoder fundamentado por Foucault.

O conceito de biopoder é colocado por Foucault (1988) em oposição ao direito de morte que caracteriza o poder do soberano. O direito de vida e de morte estava nas mãos do soberano:

De qualquer modo, o direito de vida e morte, sob esta forma moderna, relativa e limitada, como também sob sua forma antiga e absoluta, é um direito assimétrico. O soberano só exerce, no caso, seu direito sobre a vida, exercendo seu direito de matar ou contendo-o; só marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito que é formulado como 'de vida e morte' é, de fato, o direito de causar a morte ou deixar viver (FOUCAULT, 1988, p. 128).

Para o autor, houve uma transformação desses mecanismos de poder e o “direito de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 1988, p. 128).

O poder de morte passa a ser exercido juntamente com um poder que age positivamente sobre a vida. As guerras que eram travadas em nome do soberano, passam a ser travadas em nome de todos e de uma instância de vida, “poder matar para poder viver, que sustentava a tática dos combates, tornou-se princípio de estratégia entre os estados; mas a existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica – de uma população” (FOUCAULT, 1988, p. 129).

Foucault aponta “que o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de fazer viver ou deixar morrer” (FOUCAULT, 1988, p. 130). Nesse sentido, as disciplinas do corpo e regulações da população possibilitou a organização do poder sobre a vida de que o autor se refere.

Os teóricos da degeneração trabalham com esse discurso, reproduzindo e multiplicando estratégias biopolíticas sobre as populações. A psiquiatria de Pinel e Esquirol distancia-se em muito daquela que se construirá a partir de 1857 com os teóricos da

degeneração. Eles irão procurar novas formas patológicas e comportamentos associados que passarão, pouco a pouco, a ser classificados como doenças psiquiátricas (CAPONI, 2012).

De acordo com Caponi (2012), o que poderia ser considerado como ameaça de uma alienação mental em Pinel, na teoria da degeneração passará a ser o precursor de patologias. O corpo, que não ocupava o lugar central de observação em Pinel, será a íris da psiquiatria. O corpo ampliado¹⁷ da família ou das populações, carregado de patologias, será o cerne da psiquiatria. Na segunda metade do século XIX, “o discurso de localização de patologias no corpo, particularmente no cérebro, se transforma em hegemônico” (CAPONI, 2012).

A partir desse momento, o corpo ampliado, que carrega as heranças mórbidas, passará a procurar em seu interior as possíveis disfunções. Para isso, irá postular as bases biológicas, anatômicas, funcionais e genéticas que expliquem as mais variadas patologias (CAPONI, 2012).

Como bem mostra Cabanis:

[...] existe no homem outro homem interior, dotado das mesmas faculdades, das mesmas afecções, suscetível de determinações análogas às manifestações exteriores. Mais ainda, os fatos da vida não fazem mais que manifestar no exterior suas disposições secretas. Esse homem interior é o órgão cerebral (CABANIS, 1802, p. 184 *apud* CAPONI, 2012, p. 61).

A procura pelas patologias no interior do corpo direciona seus olhares a um órgão específico. O cérebro passa a ocupar o centro das explicações das condutas morais sem, no entanto, se dissociar do eixo temático da degeneração e da herança. E será Jean Pierre George Cabanis o responsável por articular o discurso médico da anatomopatologia aos estudos sobre geração e degeneração relacionados às influências climáticas.

O fisiologista e filósofo francês irá abrir o caminho para os estudos fundamentados nas explicações biológicas de comportamentos e doenças mentais. Cabanis retoma a tradição de Buffon¹⁸ no século XVIII

¹⁷ Sobre o corpo ampliado, Foucault, em **O poder psiquiátrico** (2006), mostra que, quando não é possível encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, busca-se na família algumas evidências patológicas. Mesmo que essas evidências sejam de outra natureza, elas apontam para a existência de uma base patológica. Esse seria o alongamento do corpo de que Foucault faz menção em vários pontos de seus estudos.

¹⁸ Georges Louis Leclerc, Conde de Buffon – filósofo e biólogo naturalista francês, autor de relatos sobre história geral, biologia e geologia não baseados na Bíblia. Seus estudos

sobre a influência dos fatores climáticos nas alterações físicas e morais dos indivíduos. Ele analisa como fatores externos (frio, calor e umidade) alteram os organismos humanos, determinando algumas formas de caráter (CAPONI, 2012).

De acordo com Caponi (2012), a doutrina clássica e hipocrática que entrelaça clima, humores, organismos e comportamentos foi recuperada e atualizada por Cabanis. A da teoria humoral (REZENDE, 2009) nos mostra que as doenças estiveram ligadas a um desequilíbrio entre os humores. Os humores eram classificados como o sangue, a fleuma, a bílis amarela e a bílis negra. Cada um destes humores teria diferentes características: o sangue seria quente e úmido; a fleuma, fria e úmida; a bílis amarela, quente e seca; e a bílis negra, fria e seca. A partir do momento que um destes humores predominasse na formação do indivíduo, surgiriam os diferentes tipos fisiológicos: o sanguíneo, o fleumático, o bilioso ou colérico e o melancólico. Entretanto, Caponi (2012) afirma que, para Cabanis, a origem das diferenças entre saúde e doença, deveria ser buscada nos órgãos e tecidos, e não nos fluidos como propunha a teoria hipocrática. Além disso, os comportamentos não se reduziram a quatro tipos – o sanguíneo, o bilioso, o melancólico, e o fleumático, mas a seis tipos. O quinto corresponderia ao predomínio do sistema nervoso sobre o sistema muscular que se reflete nos indivíduos com grande capacidade intelectual, e o sexto comportamento, o sistema motor prevalece sobre o nervoso e incide sobre os fortes e esportistas.

Segundo a autora, não seria na história natural e nem na medicina clássica que Cabanis encontraria as explicações que revitalizariam a teoria dos humores, mas nos estudos de anatomia e patologia realizados por Morgagni e Bichat. Assim, os estudos clássicos passam a ser discutidos levando em consideração as lesões, os órgãos, as funções e cadáveres. Cabanis acreditava na intrínseca relação entre o cérebro e o sistema nervoso com o físico e o moral. Qualquer desequilíbrio que acontecesse em algum órgão teria influência tanto no sistema nervoso como no cérebro. Daí sua confiança de que a reconstituição da saúde possibilitaria a restituição da moralidade. Desse modo, Cabanis abre espaço para a busca de determinadas patologias no cérebro, já que é ali que se produzem os pensamentos e que se determina a vontade (CAPONI, 2012).

Ainda que o filósofo se valha das descrições de Buffon sobre os efeitos do clima no físico e no moral dos humanos, e retome as teses

representam um avanço na classificação dos seres vivos. Suas teorias anteciparam algumas ideias evolutivas que seriam defendidas posteriormente por Lamarck e Darwin. Foi nomeado, na França, por Luis XV, Conde de Buffon em 1773. (Informações disponíveis em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/GeorgsLo.html>> Acesso em: 19 fev. 2015).

elaboradas pela tradição hipocrático-galênica, ele se volta para o interior do organismo para buscar a chave da compreensão da degeneração (CAPONI, 2012).

Mas se a degeneração se produz no foco principal de captação das impressões, o cérebro, o indivíduo sofrerá as mais graves alterações de comportamento, do delírio momentâneo até a loucura irreversível. Será, pois, por referência ao cérebro, as suas lesões e disfunções, que os alienistas deverão explicar o surgimento das patologias mentais (CAPONI, 2012, p. 77).

O conceito de “regeneração” pode ser visto na obra de Cabanis no que diz respeito ao aprimoramento do homem. Cabanis defendia a higiene pública por acreditar que ela modificaria os efeitos nocivos causados pelo clima. Esse aperfeiçoamento encontraria seus objetivos através da medicina. A higiene será a estratégia de regeneração, e mais tarde esse discurso será apropriado pelos programas eugênicos.

2.2.1 Regeneração e higiene

Em Foucault (2001), a higiene está vinculada a um processo de proteção social contra todos os perigos oferecidos pelas doenças. Na obra **Segurança, Território e População** (2008b), Foucault cita o caso da cidade de Nantes que se encontrava, no século XVIII, em pleno desenvolvimento comercial. Essa cidade apresentava uma aglomeração desordenada, dificuldades nas funções econômicas e administrativas, problemas de regulamentação com o entorno rural, etc. Seu projeto de reconstrução contemplava algumas funções, dentre elas a higiene, já que suas ruas acumulavam dejetos, significando perigo à população. A reconstrução de Nantes é apresentada por Foucault como sendo um projeto que se movia dentro das categorias de disciplina e segurança. O objetivo era o de minimizar o risco, como o roubo e as doenças.

O problema de higiene era uma das grandes questões do século XVIII. Foucault (1979) afirma que:

A velha noção de regime, entendida como regra de vida e como forma de medicina preventiva, tende a se alargar e a se tornar o “regime” coletivo de uma população considerada em geral, tendo como tríptico objetivo: o desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade, o aumento da duração média de vida

e de supressão de vida para cada idade. Esta higiene, como regime de saúde das populações implica, por parte da medicina, um determinado número de intervenções autoritárias e de medidas de controle (FOUCAULT, 1979, p. 201).

O espaço urbano era considerado o meio mais perigoso para a população. A mortalidade estava estritamente associada a fatores como: localização dos bairros, dos cemitérios e matadouros, umidade e arejamento, sistemas de esgoto e evacuação de água (FOUCAULT, 1979).

Batistella (2007), ao estudar o conceito saúde e doença, analisa as pestes e epidemias que acometeram a população europeia na Idade Média. O autor traça todo um histórico sobre a questão da higiene e de como isso afetava a população medieval. Ele nos mostra que os burgos medievais viviam sob constante medo de doenças, principalmente a lepra e a peste bubônica, consideradas castigos de Deus. As cidades medievais, sem pavimentação, sem rede de esgoto e com péssimas condições de higiene, ainda recebiam a população advinda da zona rural, que trazia como hábito a criação de animais (porcos, gansos, patos), cujos excrementos acumulavam-se nas ruas. Inicia-se, então uma das primeiras ações de saúde pública: para garantir o suprimento de água para beber e cozinhar proibiu-se a lavagem de peles e o despejo de resíduos e animais mortos na corrente dos rios. Segundo o autor, os primeiros códigos sanitários foram criados somente no final da Idade Média como medida de normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, o despejo de restos, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas e a canalização de dejetos para poços cobertos.

Os primeiros hospitais também surgiram na Idade Média, por iniciativa das ordens monásticas. Inicialmente, estavam destinados a acolher os pobres e doentes. Para Foucault (2010a), antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Eram mantidos por ordens religiosas e havia uma grande preocupação burguesa em colocar ordem no mundo da miséria, um misto de ajuda e repressão. Instituição de assistência, mas que também funcionava como mecanismo de separação e exclusão.

Para Foucault, a existência dessa instituição se justificava na afirmativa de que o pobre, carente de assistência, carregava doenças contagiosas, por isso ele se tornava perigoso. O hospital serviria de acolhimento e também de proteção à sociedade:

Ainda durante muito tempo a casa de correção ou os locais do Hospital Geral servirão para a

colocação dos desempregados, dos sem trabalho, e vagabundos. Toda vez que se produz uma crise, e que o número de pobres sobe verticalmente, as casas de internamento retomam, pelo menos por algum tempo, sua original significação econômica (FOUCAULT, 2010, p. 67).

A partir do século XVI, a Europa viveu o que Foucault designa como a grande Internação. O internamento, em suas formas primitivas funcionou, então, como um mecanismo social de exclusão e organização. Eliminavam-se aqueles sujeitos classificados com “a-sociais”, distribuindo-os nas prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas. Todas essas medidas visavam à normatização e higienização das cidades. Segundo Foucault:

Pois o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização. Suas práticas e suas regras constituíram um domínio de experiência que teve sua unidade, sua coerência e sua função. Ele aproximou, num campo unitário, personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança. Imperceptivelmente, estabeleceu uma gradação entre eles na direção da loucura, preparando uma experiência – a nossa – onde se farão notar como já integrados ao domínio pertencente à alienação mental (FOUCAULT, 2010, p. 83).

O século XVII foi marcado pela criação de inúmeras casas de internamento. Para lá eram levados aqueles que eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária, mas também os que se apresentavam por conta própria. Para Foucault, a criação do Hospital revela a substituição das medidas de exclusão por uma medida de detenção. O desempregado, uma vez no asilo, é alimentado e, em troca, aceita a coação física e moral do internamento. Porém, passado os períodos de crise,

O internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso à 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, 2010a, p. 67).

Segundo Foucault (2006), o poder dentro dos asilos, que estava sob o comando da Igreja e do Estado, irá passar para a medicina assim que a psiquiatria adentra seus portais no final do século XVIII.

Caponi (2012) analisa que a concepção médica de moralidade permitiu o nascimento de um discurso otimista sobre as possibilidades de aperfeiçoamento do gênero humano. A autora enfatiza que Cabanis faz uso do termo “regeneração” referindo-se ao melhoramento das condições físicas e morais de indivíduos e grupos. O fisiologista reitera uma das teses de Descartes, que apontava a medicina como um dos meios de aperfeiçoamento da espécie humana.

A medicina passa a buscar as leis que regem os órgãos, principalmente o cérebro, e a traçar caminhos de cura para seus de desequilíbrios. Cabanis será o responsável pela inauguração de uma série de estratégias de intervenções sobre os corpos. A higiene ocupará papel central na educação e regeneração das classes populares, principalmente na segunda metade do século XIX com os teóricos da degeneração, que buscavam explicações médicas e biológicas para as condutas humanas, sofrimentos e moralidade (CAPONI, 2012).

[...] por um lado, imagina poder encontrar no mau funcionamento de nosso organismo, particularmente de nosso cérebro, a explicação precisa para cada um de nossos atos. Por outro, sonha com a regeneração moral de indivíduos, povos e raças pela mediação de princípios higiênicos aplicados ao meio externo. Essas duas tradições, que de um ou outro modo permanecem, compartilham com Cabanis a crença ingênua em um saber médico capaz de se transformar na abordagem privilegiada e exclusiva para a resolução de nossos conflitos morais. (CAPONI, 2012, p. 80)

A teoria da degeneração e, mais adiante, o Tratado de Morel, trouxeram um novo horizonte para a psiquiatria. A conexão entre as disfunções cerebrais e a transmissão hereditária, ou seja, a repetição de temperamentos em determinadas famílias, que acarreta as degenerações nos descendentes foi, segundo Caponi (2012), um passo marcante para a

psiquiatrização das anomalias e dos desvios de comportamentos, pois trabalha com a ideia de prevenção.

O tratamento moral, que Morel analisava na ação do médico para com os degenerados, assentava-se na “aplicação e propagação de uma série de regras de higiene moral destinadas não só aos alienados, mas também às populações em geral” (CAPONI, 2012, p. 96).

Caponi nos mostra que a partir desse momento, a teoria da degeneração possibilitou à psiquiatria alçar voos para além das fronteiras asilares. A nova estrutura discursiva que essa teoria trazia, abria as portas para a entrada dos mais variados fatos e condutas no campo da psiquiatria. Ela se manteve como marco do discurso psiquiátrico até o século XX, fornecendo suporte teórico ao que chamamos de psiquiatria ampliada.

Sendo assim,

[...] cada caso de degeneração, do mais leve ao mais grave, é visto como resultado de causas físicas (lesões cerebrais), intelectuais, sociais e morais inter-relacionadas, sendo que a causa principal será a predisposição degenerativa (mórbida) vinculada à herança patológica. Nesse marco teórico, o sucesso da psiquiatria será dado pela prevenção e antecipação da loucura, e seu espaço de intervenção privilegiado estará fora dos muros do asilo, onde habitam os casos irreversíveis (CAPONI, 2012, p. 98).

Atualmente, ao analisarmos a questão da medicalização da vida e da infância, podemos observar claramente o quanto a teoria da herança mórbida contribuiu com o olhar médico e a ingerência de quase todos os assuntos relativos aos fatos sociais. Quando uma criança é diagnosticada com algum transtorno mental, essa patologia estará ligada a alguma lesão ou mau funcionamento cerebral e, muito provavelmente essa causa será vinculada à sua genética familiar. O passo seguinte será o tratamento via medicação, visto como único caminho para prevenir ou impedir que a doença se cronifique.

2.2.2 A idiotia e o início da medicalização da infância

O argumento utilizado pela psiquiatria atual é o da prevenção. Prevenir que as patologias mentais se cronifiquem é a primeira etapa para a intervenção medicamentosa dos pequenos desvios de conduta. A lista de problemas que podem desencadear graves patologias parece englobar quase que a totalidade de assuntos humanos. E, via de regra, a

intervenção terapêutica medicamentosa é predominante (CAPONI, 2012).

Longe de negar o sofrimento que muitas experiências e sensações provocam nos indivíduos, o fato que queremos clarear é o de que problemas comuns da vida estão se transformando em diagnósticos psiquiátricos e, conseqüentemente, desencadeando a via medicamentosa como única alternativa de mediação e resolução. Para Caponi (2012), ao medicar o mal-estar cotidiano, a prática médica atual negou a própria natureza subjetiva do mal-estar como experiência individual e o transformou em uma entidade nosológica.

Sobre esse processo, Moysés (2013) disserta que, invariavelmente, as pessoas que se diferenciavam por questionar ou não seguirem as normas sociais foram segregadas ou até mesmo eliminadas. Nos anos de 1770, segundo a autora, a perseguição era baseada e justificada por critérios religiosos. Os perseguidos carregavam os rótulos de hereges, ateus, endemoniados, bruxas, etc. Nesse período, a medicina afirmava que as doenças eram produzidas por miasmas e humores que se propagavam e penetravam nos corpos porosos dos seres humanos.

A partir dos anos 1770, a autora nos mostra que a medicina passa por um processo de ruptura e se constitui como ciência moderna em pouco mais de 50 anos.

Ao dissertar sobre Foucault, Moysés (2013) aponta que a medicina foi o primeiro campo a dedicar-se ao estudo do homem que se constituiu na modernidade. Seu nascimento estava vinculado às seguintes crenças: “i) mito de profissão médica nacionalizada, organizada como o clero e investida, no plano da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas e ii) mito do desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem” (MOYSÉS, 2013, p. 25).

No que tange o universo infantil, a psiquiatria adentrou por outro caminho. Foucault (2006) nos mostra que até o final do século XVIII, a psiquiatria não procurava a cura da loucura nos primórdios do indivíduo, ou seja, na infância. Seu caminho buscava encontrar já no indivíduo adulto os sinais que poderiam confirmar a predisposição hereditária da doença. O que se chamava de imbecilidade, estupidez e idiotia não se distinguia da loucura em geral. A idiotia, segundo Foucault, poderia ser mais facilmente encontrada em crianças e a demência, nos adultos. A partir do século XIX, precisamente com Esquirol, a idiotia passa a ser classificada como um atraso no desenvolvimento intelectual sem o risco de evolução, e não mais uma doença. Já a demência, ainda que apresente sinais de um não desenvolvimento, é considerada uma doença mental que pode evoluir. Outra característica apresentada nos estudos de Foucault mostra que a idiotia está ligada a vícios orgânicos e de

constituição¹⁹ Assim, a idiotia passa a pertencer ao campo da enfermidade²⁰, já a demência é uma doença relacionada a lesões orgânicas e que tem seu aparecimento tardio, ou seja, aparece depois de certa idade.

Uma diferença em relação aos sintomas da idiotia e da demência em Esquirol é apresentada por Foucault (2006) da seguinte maneira: enquanto na demência existe a possibilidade de se encontrar algo anterior a este estado, ou seja, vestígios de inteligência, de delírio; o idiota não carrega vestígios de passado.

A partir do século XIX acontece uma distinção entre as crianças idiotas e as retardadas. A idiotia apresenta a interrupção de desenvolvimento fisiológico e psicológico, e o retardo apresenta um desenvolvimento inferior aos demais. Essas definições, segundo Foucault (2006), terão grande importância na prática da psiquiatria da criança. A partir desse momento, a noção de desenvolvimento passa a representar um processo que afeta a vida orgânica e psicológica entrando numa dimensão temporal²¹. O desenvolvimento “é, portanto uma espécie de norma em relação à qual nos situamos, muito mais do que uma virtualidade que possuímos em nós” (FOUCAULT, 2006, p. 263).

O desenvolvimento traz outra característica, a de dupla normatividade. O idiota parou em certo estágio e o retardado, alguém que foi freado na velocidade do seu desenvolvimento. Assim, “a idiotia será medida em relação a uma certa normatividade, que será a do adulto. O adulto vai aparecer como o ponto ao mesmo tempo real e ideal do término do desenvolvimento; o adulto vai funcionar portanto como norma” (FOUCAULT, 2006, p. 264). A lentidão do desenvolvimento, característica do retardado, será definida em relação a outras crianças, ou seja, as crianças serão a outra normatividade que situa o retardado. Ambas as categorias não são mais vistas como doenças e se situam num grau inferior à própria norma e sua cura encontra-se na imposição do esquema educacional, como afirmou Foucault (2006, p. 265) “a terapêutica da idiotia será a própria pedagogia, uma pedagogia mais

¹⁹ Sobre vícios de constituição, o autor apresenta uma nota que esclarece que, nas autópsias, os indivíduos considerados idiotas ou imbecis, apresentavam vícios de conformação cerebral, ou seja, a formação cérebro estava em desvantagem em relação aos outros órgãos do corpo.

²⁰ A enfermidade, em Esquirol, é vista como uma falta, algo que não teve formação normal de desenvolvimento. A noção de desenvolvimento possibilita a definição do que é doença e do que é considerada uma enfermidade, monstruosidade da não doença (FOUCAULT, 2006, p. 262).

²¹ Para Foucault (2006), a noção de desenvolvimento representa, a partir de então, uma repartição das organizações neurológicas. O autor chama de temporal, por não ser mais uma espécie de faculdade atribuída ao indivíduo.

radical, que irá buscar mais longe, que remontará mais arcaicamente nisso tudo, mas afinal uma pedagogia”.

Foucault (2006) nos mostra que essa lentidão ou parada no desenvolvimento se manifesta por algo denominado por Seguin²², de “instinto” e pode ser definido como algo em estado selvagem ou não integrado. Foucault descreve o instinto da seguinte maneira:

É certa forma anárquica de vontade que consiste em nunca querer se dobrar à vontade dos outros; é uma vontade que se recusa a se organizar com base no modo da vontade monárquica do indivíduo, que recusa, por conseguinte qualquer ordem e qualquer integração ao interior de um sistema. O instinto é uma vontade que “quer não quer” e que se obstina a não se constituir como vontade adulta – caracterizando-se a vontade adulta, para Seguin, como uma vontade capaz de obedecer. O instinto é uma série indefinida de pequenas recusas que se opõem a toda vontade alheia (FOUCAULT, 2006, p. 273).

Atualmente a psiquiatria construiu uma nova categoria de transtorno mental, o Transtorno Opositivo Desafiador que se enquadra muito bem na descrição que Foucault realizou a respeito do instinto. Segundo informações contidas no DSM IV⁴ – TR (2002), esse transtorno pode ser detectado pelo comportamento negativo, desafiador, hostil e desobediente, e se manifesta na relação com os adultos e figuras de autoridade em geral. Seus sintomas são: desafio e recusa em obedecer a solicitações ou regras e se manifestam em várias situações, principalmente no seio familiar e na escola. De acordo com as próprias descrições do DSM IV⁴ – TR (2002), uma vez que esse transtorno não é tratado, pode haver uma evolução para outro tipo de transtorno, o de conduta na adolescência. Mais uma vez a ingerência da medicina se faz presente no universo infantil, categorizando como doença mental os comportamentos inerentes ao desenvolvimento infantil se valendo de uma lógica descontextualizante, que suprime os contextos familiares, sociais e escolares onde o indivíduo está inserido e passa a medicalizar as condutas humanas. Esse fator pode ser confirmado na fala de uma

²² Édouard Séguin (1812 – 1880), iluminista francês e o primeiro especialista em deficiência mental e ensino. Autor de “*Traitement Moral, Hygiène, et Education des Idiots*” considerado o trabalho mais antigo e sistemática a respeito de crianças com deficiência intelectual. (Informações disponíveis em: <<http://sed.sagepub.com/content/1/3/220.refs>>. – The Journal of Special Education. Acesso em: 15 de mar. de 2015.)

professora, quando aponta a possibilidade de doenças como explicação para o comportamento dos alunos:

A agressividade é muito forte, batem no professor e sempre estão envolvidos em brigas. Parece que nada que a gente faz adianta. Chamar a família, encaminhar para a psicóloga, diretoria, suspender. Chega uma hora que a gente percebe que aquilo não é mais uma questão de falta de limites, de respeito, tem alguma coisa a mais. (PG2)

Nessa perspectiva, segundo Foucault, é possível observar especificações no universo infantil que não são propriamente doenças, mas comportamentos desviantes em relação às duas normatividades, a das outras crianças que são tomadas como exemplo, e do adulto. Esse é considerado o fator de nascimento da anomalia, “a criança idiota ou a criança retardada não é uma criança doente, é uma criança anormal” (FOUCAULT, 2006, p. 266). Enfim, “é precisamente o confisco dessa nova categoria da anomalia pela medicina, é a psiquiatrização desta que é o princípio de difusão do poder psiquiátrico” (FOUCAULT, 2006, p. 267).

Surge, então, a psiquiatrização da criança anormal. Assim como a psiquiatria do adulto, essa nova psiquiatria irá afastar-se da doença e ocupar-se com o comportamento inscrito em critérios normativos. Para a realização dessa tarefa, a psiquiatria cria uma nova nosografia que sistematiza as síndromes de anomalias, como os comportamentos considerados anormais. O termo delírio, que era utilizado pelos alienistas para diagnosticar a loucura, a partir de então, passa a ser reutilizado com fins médicos (SILVA; PIRES; SCISLESKI, HARTMANN, 2010).

Data do período de 1835-1841 o surgimento de alas asilares para crianças²³ no interior do espaço psiquiátrico e a divisão entre alienação (loucura)²⁴ e idiotia. No entanto, o espaço reservado para crianças que sofriam de deficiência mental localizava-se nas instituições de surdos-mudos, ou seja, instituições de cunho pedagógico (FOUCAULT, 2006). No fim do século XIX, a educação primária passou a se ocupar da

²³ Foucault (2006) analisa que o internamento de crianças aconteceu devido a questões econômicas, já que os pais não conseguiam trabalhar por terem que cuidar dos filhos.

²⁴ No fim do século XVIII, Foucault nos mostra que existia a classificação da categoria “imbecis” ocupando os espaços de internação, e que mais adiante seriam chamadas de dementes. Nessa época, a questão da imbecilidade passa a ser colocada em termos médicos.

debilidade mental e as pesquisas sobre esse tema se desenvolvem no meio escolar juntamente ao corpo de professores:

Quando Rey, por exemplo, fizer no departamento de Bouches-du-Rhône, nos anos de 1892-1893, uma pesquisa sobre a debilidade mental, ele se dirigirá aos professores e perguntará, para identificar os idiotas, os imbecis, os débeis, quais são as crianças que não acompanham devidamente a escola, quais são as que se fazem notar por sua turbulência e, enfim, quais as que não podem mais nem sequer frequentar a escola. É a partir daí que se estabelecerá a grande colcha de retalhos. O ensino primário serve, portanto, na realidade, de filtro e de referência a esses fenômenos de retardo mental. (Foucault, 2006, p. 269-270)

Dessa forma, através da psiquiatrização do anormal, o poder psiquiátrico expandiu suas fronteiras para além do hospital e da loucura, e essa expansão se valeu da criança. A instituição hospitalar e a instituição de ensino foram coadjuvantes desse processo de alargamento do poder psiquiátrico, e a criança anormal passou a ser objeto da psiquiatria, possibilitando, assim, a entrada do psiquiatra no espaço escolar (SILVA; PIRES; SCISLESKI; HARTMANN, 2010). Ainda que o tratamento pedagógico direcionado às crianças anormais tenha sido diferente daquele oferecido aos alienados, Foucault (2006) nos mostra que os idiotas acabavam tornando-se um problema no interior dos estabelecimentos escolares e, progressivamente, eram alocados nos asilos. O grande problema que a atualidade traz em relação à medicalização da vida e da infância, e que é um dos propósitos desse estudo é justamente a questão das crianças consideradas anormais no espaço educacional. A partir do momento que a criança apresenta um comportamento indesejado, baixo rendimento escolar ou defasagem em relação aos demais, essa criança é encaminhada a um especialista da área da saúde. Assim, a escola e a medicina categorizam os comportamentos indesejados como desviantes e encaminham essa criança a um consultório psiquiátrico.

Da mesma maneira que o desenvolvimento delimitava a idiotia e o retardo mental, o desenvolvimento intelectual de uma criança que não acompanha os demais em sala de aula delimita, hoje, não mais o que era chamado de idiotia ou retardo, mas um transtorno. Exemplo disso é o transtorno específico de aprendizagem neurobiológica, conhecido como

Dislexia²⁵. De acordo com o DSM IV⁴ – TR (2002), a dislexia é descrito como um transtorno na área da leitura e escrita e que possui condições hereditárias, alterações genéticas e no padrão neurológico. A criança que, em seu processo de aquisição de linguagem e escrita está aquém do grupo, facilmente será encaminhada para algum profissional da saúde, como fonoaudiólogo, psicólogo e psiquiatra, sendo que, em muitos casos, esse problema será associado a outros transtornos como o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), resultando em tratamento medicamentoso. Os relatos de uma das professoras entrevistadas nos mostram como um comportamento considerado inapropriado ou uma dificuldade pedagógica pode ser transferido para o campo médico. Ela descreve os sintomas de duas crianças de turmas distintas, que foram diagnosticadas com dislexia e TDAH. Em sua fala podemos identificar a atuação do discurso médico e a crença na solução dos problemas através do uso de medicamentos:

Ele entrou no primeiro ano, mas já veio com diagnóstico de dislexia. Seu caso era grave. Ele escrevia espelhado, demorava muito para fazer as provas. Geralmente terminava as provas na sala da diretoria ou da supervisão. No terceiro ano ele era bem agressivo. Acho que se encheu de tanto que os amigos zombavam [...]. Hoje ele está no quinto ano e toma medicamentos para TDAH. A dislexia melhorou, mas ele sempre precisa de um acompanhamento mais de perto. A questão mesmo é a agressividade e a falta de concentração. (PH2)

Ela sempre estava atrás do grupo. Desde o primeiro ano. No terceiro ano a família levou para um psicoterapeuta e foi diagnosticada a dislexia. Agora no quarto ano ela foi diagnosticada com TDAH. Tomou medicamento, mas a mãe tirou por conta própria e os sintomas voltaram [...] Muitas vezes os pais têm medo de dar continuidade ao tratamento, mesmo com

²⁵ A Dislexia do desenvolvimento é considerada um transtorno específico de aprendizagem de origem neurobiológica, caracterizada por dificuldade no reconhecimento preciso e/ou fluente da palavra, na habilidade de decodificação e em soletração. Essas dificuldades normalmente resultam de um déficit no componente fonológico da linguagem e são inesperadas em relação à idade e outras habilidades cognitivas (Definição adotada pela IDA – International Dyslexia Association, em 2002. Essa também é a definição usada pelo National Institute of Child Health and Human Development – NICHD) – Disponível em: <<http://www.dislexia.org.br/>> – último acesso em 01/05/2013.

diagnóstico médico, mesmo com a palavra do neuro. (PH2)

Assim, as origens da psiquiatrização da infância remontam aos sinais de um comportamento possivelmente comprometido, e “toda essa família assim reconstituída em torno do idiota que constitui exatamente a infância anormal” (FOUCAULT, 2006, p. 280).

Essa é uma passagem extremamente importante na obra de Foucault, pois foi por intermédio da categoria da anomalia que o poder psiquiátrico se generalizou. No século XIX, o louco era o adulto e a criança, o anormal. Foucault nos mostra como a idiotia marca a expansão da psiquiatria:

[...] é através dos problemas práticos suscitados pela criança idiota que a psiquiatria está se tornando algo que já não é o poder que controla, que corrige a loucura, ela está se tornando algo infinitamente mais geral e mais perigoso, que é o poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal, de controla-lo, de corrigi-lo (FOUCAULT, 2006, p. 280).

Portanto, a partir do momento que a psiquiatria passa a atuar sobre a loucura e sobre a anomalia, ela se liga a toda uma série de instâncias disciplinares, como a escola, o exército, a família e etc. E, fator não menos importante, ela passa a definir as relações entre a criança anormal e o adulto louco. Essa relação terá a noção de degenerescência e a noção de instinto como fio condutor. O instinto, como elemento natural em essência e anormal, na medida em que não é controlado, será o que a psiquiatria utilizará para traçar o percurso da infância até a idade adulta desta relação. E, paralelamente, se utilizará do conceito de degenerescência (FOUCAULT, 2006).

Podemos observar esse fato nos dias de hoje através de projetos que propõem, na linha da psiquiatria preventiva, o tratamento antecipado de possíveis patologias mentais em crianças ainda no período de gestação. Os projetos do INPD (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência) atuam nessa direção e serão explicitados mais adiante.

Segundo Caponi (2012), ao longo do tempo, o conceito de degeneração se vinculou com a medicalização de comportamentos, bem como a multiplicação dos diagnósticos que hoje adentram o universo infantil.

A degenerescência, termo que posteriormente foi apropriado pelo evolucionismo biológico²⁶, será o outro elemento que a psiquiatria utilizará para traçar a relação da criança anormal com o adulto louco. Além de anormal, a criança degenerada é aquela “sobre a qual pesam, a título de estigmas ou de marcas, os restos da loucura dos pais ou dos ascendentes” (FOUCAULT, 2006, p. 282). E a anomalia, na criança degenerada pode desencadear a loucura.

A degenerescência se apresenta como resquício da loucura dos pais e assim sucessivamente. Foucault (2006) trabalha com a ideia de que a degenerescência é o efeito da anomalia e esta, por sua vez, se difere da doença. A anomalia libera o instinto, que o autor explica como sendo algo que aparece na infância e pode ser entendido como aquilo que não se integra e que está em seu estado selvagem. A criança considerada como anormal é aquela que foi retirada do mundo moral e entregue a seus instintos.

Foi em torno da noção de idiotia que a criança anormal foi reconstituída e, a partir daí, a psiquiatria pode controlar o que era considerado loucura e o que era considerado anomalia²⁷ na infância. A noção de idiotia se constituiu a partir de problemas práticos suscitados pela criança idiota, de modo que a criança degenerada carrega os restos da loucura dos pais ou de sua ascendência. Para Foucault,

A degenerescência é, portanto, de certo modo, o efeito de anomalia produzido na criança pelos pais. E, ao mesmo tempo, a criança degenerada é uma criança anormal, cuja anomalia é tal que pode produzir, em certo número de circunstâncias determinadas e após certo número de acidentes, a loucura. A degenerescência é, portanto, a predisposição para a anomalia que, na criança, vai tornar possível a loucura do adulto, e é na criança a marca em forma de anomalia da loucura dos seus ascendentes (Foucault, 2006, p. 282).

²⁶ Foucault (2006) afirma que a degenerescência não é uma projeção do evolucionismo biológico sobre a psiquiatria, mas que ele se apropriou deste termo no momento que passou a interferir no campo da psiquiatria, ampliando suas conotações.

²⁷ Na obra de Foucault, **O poder psiquiátrico**, o autor faz uma distinção do que era considerado loucura e o que era anomalia. O idiota ou o retardado que Foucault analisa nas obras de Seguin, é aquele está situado em um patamar inferior do desenvolvimento tido como esperado ou normal. Assim, a criança idiota ou retardada não é uma criança doente, mas anormal, já que traz desvios em relação ao que foi estabelecido pela norma.

Assim, o campo de ingerência da psiquiatria define uma série de transtornos da infância, que são identificados por meio de sintomas anunciadores de patologias mentais graves e irreversíveis. Esses transtornos têm sua origem na infância, e configuram a categoria de crianças de risco, ou seja, aquelas que devem ser tratadas antes que a doença se instaure, evitando assim o que a psiquiatria atual denomina de “cronificação da patologia”. Os profissionais de educação e as próprias famílias demandam por uma explicação através de um diagnóstico médico que nomeie os problemas apresentados pelos alunos e uma solução capaz de, se não eliminá-los, ao menos controlá-los:

Sua família era bastante complicada. Pai esquizofrênico, a mãe também tinha alguma coisa [...] Ela sempre estava com sua mesa bagunçada. Olhava umas 20 vezes embaixo da carteira e pedia pra ir ao banheiro a cada 15 minutos. Não parava quieta, sabe, não conseguia. No recreio, ficava com aqueles fones de ouvido o tempo todo, não falava com ninguém. Chamamos a família e na mesma hora a gente percebeu uma cara de alívio neles. Parecia que eles estavam esperando por isso, sabe? Levaram a menina pro neuro e na semana seguinte ela já estava tomando remédio [...] Ela melhorou, ficou mais concentrada, até suas notas melhoraram. (PE1)

2.3 DA DEGENERAÇÃO AO DESEQUILÍBRIO – MEDICALIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS E ANOMALIAS SOCIAIS

O final do século XIX é marcado pela busca de uma classificação única de patologias que fosse universalmente aceita pela psiquiatria. As premissas fundamentais da teoria da degeneração passam a circular por toda sociedade psiquiátrica. Os estudos de Caponi (2012) que fazem parte desse item mostram que:

No momento em que a teoria da degeneração se consolida como programa de pesquisa, a psiquiatria poderá começar a estabelecer vínculos diretos entre um desvio de conduta e um estado anormal (herdado e definitivo) que reclama uma intervenção psiquiátrica (CAPONI, 2012, p. 26).

De acordo com a autora, a problemática da medicina se ocupava em agrupar as patologias em razão de suas causas e não de seus sintomas. A teoria da degeneração passa a ser o novo paradigma de análise social que legitimava as intervenções médicas sobre as condutas de indivíduos e grupos. O pensamento médico das últimas décadas do século XIX está atrelado à ideia de que os desvios de conduta estão enraizados no interior do corpo, especificamente no cérebro.

O psiquiatra e discípulo de Morel, Valentin Magnan, defendia o tipo ideal de sociedade, com indivíduos que agissem de acordo com normas sociais estabelecidas, não se submetendo aos seus impulsos ou desejos involuntários. Magnan descrevia os comportamentos bizarros, relatava os sintomas clínicos, em seguida descrevia os estudos de anatomopatologia cerebral realizados em cadáveres daqueles afetados pelos mesmos males. Foi Magnan quem introduziu a ideia de equilíbrio/desequilíbrio mental. Mais tarde, o termo ‘desequilibrado’ substituirá o ‘degenerado’. Sendo assim, para o psiquiatra francês, todo degenerado é um desequilibrado, e suas características sintomáticas se dividem em: estigmas físicos, estigmas psíquicos ou delírios. Os estigmas psíquicos, que aparecem na forma de comportamentos bizarros, não deixam dúvidas sobre a existência de patologias cerebrais (CAPONI, 2012).

Ainda para Magnan, entender o desequilíbrio significa entender a diversidade sintomática das degenerações. Possibilita, também, a compreensão da existência de diversos sintomas em um mesmo sujeito, pois “para ele, todo degenerado é um desequilibrado, isto é, um sujeito cujas funções cerebrais encontram-se desvinculadas entre si ou estão desvinculadas das funções do sistema nervoso central” (CAPONI, 2012, p. 107). O desequilíbrio tem formas múltiplas e configura diversos quadros sintomáticos que Magnan classifica como síndromes, e estas seriam evolutivas e irreversíveis (CAPONI, 2012).

Em um debate sobre degeneração ocorrido na Sociedade Médico Psicológica de Paris, em 1885, o médico e psiquiatra Jules Falret diverge das teses apresentadas por Magnan. Caponi (2012) afirma que os problemas identificados por Falret persistem na psiquiatria até os dias atuais. São eles:

dificuldades para demarcar os limites pouco claros e difusos, que separam os pequenos desvios cotidianos dos sofrimentos psíquicos profundos; a insistência em pensar as patologias mentais como uma sucessão de entidades mórbidas que se manifestam em um mesmo indivíduo ao longo da vida (fazendo de cada

pequeno desvio a advertência de uma grave patologia por vir); a busca reiteradamente fracassada pela localização cerebral de uma multiplicidade de síndromes pouco claras e definidas (CAPONI, 2012, p. 114).

No momento em que Magnan institui o delírio como um sintoma do quadro patológico, a psiquiatria muda seu objeto de estudo. Como o delírio pode ou não ocorrer dentro deste quadro, o desvio representa um desequilíbrio em relação às regras de ordem e conformidades que estão definidas dentro de um marco de regularidade administrativa de obrigações familiares ou de normatividade política e social (CAPONI, 2012). O interesse da psiquiatria será o de antecipar qualquer possibilidade de anomalia, desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto. A partir desse momento tudo poderá ser psiquiatrizado (FOUCAULT, 2001).

Em fins do século XIX, Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, manteve a tradição fundada pelos higienistas de pensar os problemas cotidianos e sociais através das categorias médicas e orgânicas. Seu interesse em aprofundar os estudos de anatomopatologia cerebral, o uso de estudos comparativos entre diferentes populações e regiões (psiquiatria comparativa) e hereditariedade mórbida ocupam espaço na psiquiatria até hoje (CAPONI, 2012).

Entretanto, os interesses de Kraepelin nos fenômenos patológicos são peculiares. Caponi mostra que seu objetivo é o de compreender as alterações biológicas responsáveis pelas patologias psiquiátricas. Ele busca compreender as relações entre os fatos sociais e as transformações biológicas que produzem toda uma série de enfermidades. Kraepelin dá continuidade aos estudos dos médicos alienistas no início do século XIX.

Segundo Caponi (2012), a preocupação com uma possível vinculação entre fatos sociais e doenças mentais esteve presente entre os médicos e psiquiatras no início do século XX, porém ela reaparece no discurso de Kraepelin de forma a traçar o que podemos chamar de biologização dos fatos sociais. Os fatos sociais entram no discurso vinculado a processos biológicos. Para Kraepelin, os eventos negativos que ocorrem nas vidas dos sujeitos são o produto e não as causas das doenças. Elas acontecem, porque há uma condição preexistente para sua manifestação e dependem exclusivamente da constituição biológica do sujeito. Ou seja,

O acúmulo de exigências sociais e a falta de capacidade para terminar as tarefas exigidas podem constituir o ponto de partida para o surgimento de determinadas ‘loucuras de degeneração’, mas para que isso ocorra será necessário que essas condições atuem sobre uma constituição biológica deficitária ou debilitada. (CAPONI, 2012, p. 131)

Mais adiante, a autora afirma que “tanto para Kraepelin como para Morel, resulta necessário postular um substrato orgânico patológico, uma ‘causa predisponente’ com um forte componente hereditário” (CAPONI, 2012, p. 131).

Ainda que a Alemanha, no início do século XX, tenha sido fortemente influenciada pelas ideias do darwinismo social, as premissas de Kraepelin não se apoiavam em relação à luta pela vida ou à sobrevivência dos mais capacitados, mas nas impressões que os fatos sociais deixam nos corpos. Isso afetaria o sistema nervoso e as células germinais, facilitando o aparecimento de traços contidos na herança mórbida.

Porém, foi somente com o uso das estatísticas que a questão da degeneração conseguiu, finalmente, validação científica. Kraepelin realiza estudos estatísticos comparativos em grande escala, a fim de compreender a herança mórbida que se desenvolve em um ambiente insano. Os estudos estatísticos tinham a função de expansão de técnicas psiquiátricas por todo tecido social, além de fundamentar cientificamente a questão das patologias mentais e degeneracionistas.

Seus métodos incluíam questionários (cartas) que coletavam grande quantidade de dados sobre os pacientes em diferentes partes do mundo, em seguida comparava-os com a intenção de antecipar e prevenir possíveis patologias. Kraepelin classificou esse método de psiquiatria preventiva. A preocupação com a herança mórbida abre caminhos infundáveis para intervenções psiquiátricas precoces, o que denominamos, hoje, de identificação precoce de situação de risco (CAPONI, 2012).

Esse processo pode ser contemplado em alguns projetos na área da psiquiatria do desenvolvimento²⁸ que se utilizam de tecnologias de prevenção. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) realiza

²⁸ A psiquiatria do desenvolvimento pretende trazer veracidade à doença. Sua tarefa é buscar sinais que apontem possíveis desvios e condutas patológicas antes que se cronifiquem. Suas bases epistemológicas trabalham com conceitos fisicalistas e biológicos (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

projetos na área de psiquiatria da prevenção como esse que teve início no ano de 2009:

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) realizou nos dias 19 e 20 de março [de 2009] o seu evento inaugural. Na oportunidade, o anfiteatro principal do Instituto de Psiquiatria da USP foi palco de apresentações e debates sobre os projetos que serão realizados pelo instituto [...]. O INPD integra um projeto do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que disponibilizou o maior aporte de recursos já destinados para a área de pesquisa no Brasil (R\$ 520 milhões). As verbas foram divididas entre os 101 Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) aprovados para participar do programa (INPD, 2009). O INPD propõe um conjunto coeso e sólido de iniciativas e projetos de pesquisa [...] que, integrados, almejam dois grandes objetivos para a área de saúde mental no Brasil: 1) testar ferramentas e métodos para promover o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente, preparando-os para a vida adulta; 2) introduzir um novo paradigma para a psiquiatria brasileira – o da Psiquiatria do Desenvolvimento (MIGUEL et al. 2009 *apud* NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

Os estudos realizados por Nascimento, Coimbra e Lobo (2012) sobre essa temática dentro da psiquiatria atual, partiram de uma análise crítica, tendo como fio condutor as teorias de Foucault, na tentativa de compreender o controle da vida pela psiquiatria nos dias de hoje. Puderam perceber o caráter preventivo da medicina em relação à administração dos hábitos morais e na reordenação sanitária da cidade.

Os autores mostraram que os projetos propostos pelo INPD atingem crianças e adolescentes de até 18 anos no Brasil. Os objetivos do projeto são o de identificar as populações de risco e intervirem antes da cronificação das doenças. O que está em questão não é apenas o alívio sintomatológico da doença, mas a interrupção de seu desenvolvimento. O conjunto de quatro projetos do INPD visa realizar intervenções precoces nos diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), esquizofrenia,

transtorno do humor bipolar (THB), transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e transtornos de aprendizagem. E suas pesquisas retomam a investigação, já desenvolvida nas teorias degeneracionistas, da interação entre fatores ambientais e marcadores genéticos.

Segundo os autores, um dos projetos do Instituto investigará, não somente crianças e adolescentes, mas indivíduos de 0 a 3 anos, ou seja, desde o período gestacional, a fim de encontrar a interação gene-ambiente e a conectividade neuronal responsáveis por alterações que afetam o desenvolvimento. Esse projeto mostra a psiquiatrização da infância, que busca na gestação os primeiros vestígios de anormalidade, valendo-se de diagnósticos construídos por critérios, muitas vezes subjetivos, o que evidencia os propósitos de uma psiquiatria, que desde o século XVIII, classifica o comportamento indesejado como anormal.

Ainda que o projeto proponha intervenções psicossociais, sua linha de atuação possui caráter organicista que busca prevenir falhas comportamentais que tenham origens biológicas. Diversos laboratórios financiam os projetos, daí o uso de fármacos terem suma importância nos tratamentos realizados. Além disso, os projetos do INPD não se restringem somente ao corpo doente dos indivíduos, mas, seguindo a linha foucaultiana da expansão psiquiátrica, buscam interação com pessoas que fazem parte do universo da criança, como professores, familiares e etc., realizando treinamento de professores e médicos pediatras para a observação de possíveis transtornos mentais principiantes (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

A criança dá sinais muito precoces de que a saúde dela não está bem e muitas vezes isso só vai aparecer como um transtorno na adolescência ou no adulto. Se nós pudermos identificar esses sinais na infância será melhor para a criança, para a família, para a escola, para todos (Lúcio Simões de Lima, Coordenador do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da ABP e conselheiro da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil. Integrante do INPD. Revista Debate, 2009 *apud* NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

Os estudos identificam questões genéticas e ambientais como fatores de riscos que atuam no desenvolvimento dos transtornos mentais. Esse é um dos pontos contemplados no desenvolvimento dos projetos do INPD. Segundo os autores,

O levantamento de fatores genéticos e ambientais e o acompanhamento à gestante, sob o pretexto da saúde mental quanto à prevenção de riscos, vêm aperfeiçoando mecanismos eugênicos de controle da vida, que recaem, sobretudo, nos filhos da pobreza [...] Atualmente, a partir do mapeamento do genoma humano, amplia-se o campo das propostas eugênicas. Se a eugenia desde sua emergência foi uma técnica de prevenção, hoje adquiriu instrumentos científicos antes inexistentes (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

De acordo com os autores, as propostas dos projetos trabalham de maneira a diagnosticar precocemente as possíveis patologias mentais e, segundo o INPD, as informações genéticas ajudariam nas intervenções ambientais das populações de risco. As análises dos autores deixam claro que tais propostas reforçam novas formas de exclusão através dessa recente eugenia. Isso pode ser constatado num dos itens do projeto que foi verificado pelos autores, e que será implementado nas cidades de São Paulo e Porto Alegre:

[...] propõe em sua segunda fase a coleta de saliva dos familiares biológicos das 2500 crianças que estariam sendo acompanhadas em cada uma das escolas públicas dessas cidades. Ou seja, o INPD, ao afirmar que o conhecimento das informações genéticas tornará "possível desenvolver intervenções ambientais específicas para aquelas pessoas que possuem um risco aumentado", está patologizando as diferenças, tentando uniformizar modos de existência aceitáveis, multiplicando separações e práticas divisoras cujo efeito é mais exclusão, ou melhor, exclusão perpetrada pela inclusão no estigma de um diagnóstico (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

Mais uma vez podemos observar o que já foi analisado até agora nesse estudo. A psiquiatria, em sua lógica preventiva e excludente, se generaliza por todos os campos sociais. Sua atuação ignora os contextos sociais em que os indivíduos estão inseridos. A esfera social, histórica e política são excluídas de sua ingerência, e o indivíduo passa a ser o responsável pelos riscos que “pode” oferecer à população.

Uma criança, por exemplo, tá fazendo acompanhamento psiquiátrico. Ele foi adotado com três anos. Agora ele está no 9º ano. Então, a família, meu deus, faz de tudo, acompanha, faz o que a escola pede. Ele é de uma família muito bem de vida. Mas ele tem um problema psiquiátrico difícil, ele toma medicação. Ele bate, briga, grita [...] Ele foi diagnosticado com TOD e agora o médico suspeita de bipolaridade também. Uma vez o pai veio aqui, ele disse ‘você vê como são as coisas, a gente faz de tudo querendo ajudar, mas parece que nada adianta’. Eu fiquei, assim, morrendo de medo que ele dissesse ‘ai meu deus, me arrependi dessa adoção’, entendeu? Porque eu não sei se isso passou pela cabeça dele. Daí ele falou ‘a gente sabe que o médico suspeita que ele desenvolva problemas mais sérios amanhã, por isso a gente tá fazendo o que pode hoje’. (PCB)

Segundo Nascimento, Coimbra e Lobo (2012), projetos que seguem a linha proposta pelo INPD trabalham com a lógica da prevenção, onde o futuro sempre apresenta características de risco eminente e somente a atuação de especialistas poderia contê-lo e até mesmo modificá-lo. Os estudos sobre a questão do risco se fazem cada vez mais presentes, assim:

Reencontra-se na segurança o mesmo apetite insaciável de saber: a partir do momento em que é submetida a um risco, uma população será incessantemente vigiada, controlada, observada, decomposta, recomposta (EWALD, 1993, p. 111 *apud* NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012).

A proposta de projetos do INPD traz à tona uma série de temas que perduram desde o século XIX, e dizem respeito à apropriação biológica pela medicina para o tratamento de questões de cunho social, histórico e político. Essa atuação médica visa a normalização de comportamentos. A análise dos autores esclarece que doenças orgânicas que podem atingir e infectar a população e devem receber tratamento preventivo, como no caso das vacinas contra paralisia infantil, rubéola e etc., não podem ser tomadas como modelo médico para a mesma terapêutica no caso das doenças mentais que se valem de sinais comportamentais como indícios de futuras doenças. A psiquiatria

moderna, como vimos, foi adentrando por caminhos onde a escuta dos relatos de angústias ou sofrimentos dos pacientes foi perdendo cada vez mais seu espaço. A teoria dos higienistas e degeneracionistas que se fundamentava no caráter hereditário de determinadas patologias, aliado ao caráter evolutivo dos sofrimentos psíquicos, possibilitou que a psiquiatria passasse a diagnosticar pequenos desvios de conduta, estados alterados de humor ou sofrimentos relacionados às mazelas da vida, como síndromes ou transtornos mentais. Para isso, a psiquiatria valeu-se da construção de uma classificação cada vez mais unificada a respeito dos transtornos mentais. As classificações nosológicas conquistadas por Pinel, Esquirol, Morel, Magnan e Kraepelin continuam sendo os referenciais norteadores da psiquiatria até hoje (CAPONI, 2012).

Diagnosticar passou a ser a palavra-chave da psiquiatria. Diagnosticar, no sentido literal, significa “conhecimento ou determinação duma doença pelos seus sintomas, sinais e/ou exames diversos” (FERREIRA, 2004, p. 316). Os diagnósticos estarão presentes em todo e qualquer tratamento médico/psiquiátrico ainda que possam se referir a etiologias diferentes. No caso da psiquiatria, os diagnósticos são realizados com base em sinais que nem sempre são objetivos e sua etiologia não é evidente.

Na década de 1970, as teses de Kraepelin são retomadas por um grupo de cientistas denominados neokraepelinianos. Esse evento trouxe grandes mudanças para a psiquiatria, no que tange à classificação e definição de diagnósticos e influenciou diretamente na elaboração do terceiro Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) (MAYES; HORWITZ, 2005).

Os neokraepelinianos adotaram as bases epistemológicas de Kraepelin e introduziram um novo modo de pensar as patologias psiquiátricas que se distinguiam de como elas eram abordadas nos manuais até então. Os neokraepelinianos privilegiavam as pesquisas psiquiátricas empíricas, focadas na biologia onde não havia espaço para as perguntas etiológicas. Esse novo modo de abordar as patologias tornou-se referência no campo da psiquiatria mundial. Paralelamente, o interesse pelos estudos da genética só aumentaram na década de 1970, aliados à introdução dos psicofármacos (CAPONI, 2011).

Dessa forma, podemos observar que a psiquiatria atual manteve as velhas preocupações dos degeneracionistas em criar uma classificação confiável, objetiva e universal a respeito das doenças mentais, baseadas nos axiomas das ciências biológicas. As pesquisas buscam evidências biológicas e excluem os estudos sociológicos. A procura pela origem das doenças mentais continua seguindo o mesmo caminho de investigação das lesões cerebrais ou dos desequilíbrios dos neurotransmissores,

excluindo tudo aquilo que não pode ser considerado biológico para a construção diagnóstica (CAPONI, 2011).

Nessa lógica, os comportamentos que não são aceitos socialmente, os objetivos escolares que não têm o êxito esperado, a adequação à instituição escolar que não acontece do modo planejado e outros eventos sociais, são vistos sob a ótica médica e suas causas sociais e políticas são retiradas de questão. O relato abaixo nos mostra que as questões hereditárias e biológicas estão muito imbricadas nos discursos dos profissionais que atuam na educação como explicação para os comportamentos considerados inapropriados e coadunam com tudo o que analisamos até o presente momento:

Eu trabalho há mais de 30 anos com escola. Já fui professora, orientadora e hoje sou coordenadora. Uma coisa que eu percebo nesses anos todos é que a coisa vem do berço, vem da barriga. Se a gente pensar que uma criança herda a cor dos olhos, do cabelo, da pele, a fisionomia, porque não vai herdar os comportamentos também? Já peguei muitos alunos adotados. Eu tive alunos que eram irmãos e foram adotados. A família deles era maravilhosa, mas eles eram terríveis...de onde vinha isso? Com certeza vinha da gravidez. Vai saber o que essa mãe passou, se usou droga, se foi abandonada pelo marido, se rejeitou a criança...vai saber se ela mesma ou o pai não tinha algum problema mental [...] Eles eram agitados, não obedeciam ninguém, roubavam e destruíam as coisas. Ai eles foram encaminhados para o setor de psicologia e elas chamaram a família. Eles passaram pelo psiquiatra e tomaram remédio, melhorou no começo, sabe, mas depois voltou tudo de novo. Trocaram a medicação. Mas curar mesmo, não curou, não tem cura. (PBI)

No próximo capítulo, aprofundaremos a discussão a respeito do termo da medicalização da vida e sua relação com a biopolítica de Michel Foucault.

3 FACES DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: PODER, DISCIPLINA, RISCO E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

[...] ter saúde não é não adoecer. É poder adoecer e se recuperar. Poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com a vida. Uma vida que não se depara com o intolerável, com o assombro, com o sem-sentido, é uma vida empobrecida, normatizada, incapaz de agir criativamente (CANGUILHEM apud BEZERRA JR., 2004, p. 6)

Moysés (2013), nos mostra que vivemos em uma sociedade onde problemas coletivos e sociais são gerenciados pelo processo denominado “medicalização”. Como vimos no capítulo anterior, esse processo procura abarcar todas as esferas da vida, diagnosticando fatos cotidianos e ocultando desigualdades. Ao realizar essa empreitada, a medicalização transforma problemas individuais, inerentes ao sujeito, em problemas de ordem médica e os delega ao plano biológico. Para entendermos como isso acontece, utilizaremos as teorias de Michel Foucault sobre os mecanismos de poder e sobre a biopolítica a fim de compreender a questão da medicalização da vida e da infância e sua relação com a proliferação dos diagnósticos configurados no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) que serão abordados no próximo item. Em seguida, discutiremos a questão do risco e a contingência na modernidade, associados aos diagnósticos precoces de transtornos mentais em crianças e adolescentes como estratégia biopolítica adotada pela psiquiatria preventiva e, por fim, analisaremos a participação da indústria farmacêutica na produção das publicações médicas sobre os resultados e aplicações de medicamentos, bem como o ajustamento do discurso médico aos seus interesses.

3.1 HISTÓRIA DO DSM (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS)²⁹

O certo é que a existência inevitável de fronteiras instáveis, difusas e ambíguas entre o normal e o patológico no campo da saúde mental parece ter possibilitado o crescente processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis, que

²⁹ O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), é um documento que define e descreve as diferentes doenças mentais. É considerado a “bíblia” dos psiquiatras, sendo revisado periodicamente.

passaram a ser classificadas como anormais
(CAPONI, 2014, p. 744).

Com a análise histórica do DSM, manual que se tornou bússola de uma prática reducionista, buscamos problematizar a lógica sobre a qual este instrumento transforma comportamentos comuns da sociedade em transtornos mentais, desencadeando um processo de medicalização da vida e da infância.

De acordo com Araújo e Neto (2013), em 1840, os EUA criaram um censo que se utilizava da categoria “*idiotia/loucura*”, como norte para o registro da incidência das doenças mentais. A partir de 1880, as doenças mentais foram divididas nas seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, parestesia, demência, dipsomania e epilepsia. De acordo com os autores, o propósito dessas primeiras classificações de transtorno mental era estatístico.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizando-se de categorizações ambulatoriais desenvolvidas pelo exército norte-americano, que prestavam atendimento a ex-combatentes, incluiu no seu sistema de Classificação Internacional de Doenças – CID-6³⁰, um segmento reservado aos transtornos mentais.

No ano de 1953, a APA – Associação Psiquiátrica Americana publicou a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Esta seria uma revolução no campo da psiquiatria, pois o DSM era o primeiro manual de transtornos mentais com enfoque clínico. A primeira edição continha uma lista de diagnósticos divididos em categorias. Essa primeira versão tratava as doenças mentais em uma abordagem psicossocial, com uma forte influência psicanalítica, já que se utilizava de termos como “*mecanismos de defesa*”, “*neurose*” e “*conflito neurótico*” (Russo; Venâncio, 2006).

A segunda edição do DSM (DSM-II), desenvolvida juntamente com a CID-8, veio em 1968 e não continha quase nenhuma alteração em relação ao DSM-I (Araújo; Neto, 2013). Segundo Russo e Venâncio (2006), a ênfase psicanalítica no DSM-II ficou mais perceptível, e as doenças mentais passaram a ser consideradas como níveis de desorganização psicológica do indivíduo que traziam em seu interior características que deveriam ser analisadas durante o tratamento.

O lançamento do DSM-III aconteceu em 1980, e trouxe modificações em sua estrutura e metodologia que são preservadas até a última edição do manual, o DSM-5. Essas modificações romperam com as classificações que eram utilizadas, e se deram da seguinte maneira:

³⁰ CID é a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, frequentemente designado por essa sigla (SPITZER et al., 1996).

Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si, como veremos a seguir: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas, sobretudo, uma única lógica classificatória; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

De acordo com Araújo e Neto (2013), o DSM-III trouxe uma mudança significativa na abordagem multiaxial³¹ para a elaboração de diagnósticos, e se refere a um sistema que contempla a descrição e o registro em cinco eixos:

- 1) Síndromes clínicas;
- 2) Transtorno da personalidade e do desenvolvimento;
- 3) Condições e transtornos físicos;
- 4) Gravidade dos estressores psicossociais;
- 5) Avaliação global do desenvolvimento.

Os três primeiros se referem à avaliação formal do diagnóstico, e os dois últimos fornecem informações para complementar o diagnóstico, podendo ser usados também no planejamento do tratamento do paciente.

O DSM-III foi uma das edições de maior impacto na psiquiatria e construção de diagnósticos. A ruptura que essa edição trouxe, quanto ao modo de classificar os transtornos mentais, também refletiu no campo teórico dos transtornos. As deduções empiricistas relacionam-se com uma visão fisicalista dos transtornos mentais, o que possibilitou a

³¹ Segundo Spitzer et al. (1996), o diagnóstico multiaxial fundamenta-se em cinco eixos, essa divisão possibilita uma avaliação mais adequada e aprofundada dos pacientes. O paciente é diagnosticado de acordo com as características de cada eixo.

“ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

A partir de 1994, a APA lançou o DSM-IV. Essa edição representou um aumento de dados e a criação de novos diagnósticos. Surgiram então 82 novas categorias de transtornos mentais. Em 2000, foi realizada uma revisão dessa edição e publicação intitulada de DSM-IV-TR, sendo utilizada até o início de 2013 (ARAÚJO; NETO, 2013).

O objetivo do DSM, como um manual comumente utilizado pela psiquiatria e profissionais da saúde é o de normalizar e homogeneizar os comportamentos tidos como desviantes. As diferenciações entre os transtornos aumentaram o número de categorias diagnósticas. O DSM-II contava com 180 categorias passando para 250 no DSM-III e 350 no DSM-IV. O DSM e suas várias versões têm recebido inúmeras críticas sobre a baixa confiabilidade na construção desses diagnósticos (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

O DSM-I e o DSM-II dividiam os transtornos em orgânicos e não orgânicos, deixando clara a posição da psiquiatria em relacionar os transtornos a problemas de origem biológica, que se manifestavam especificamente no cérebro. A partir do DSM-IV, o grupo classificado como transtornos orgânicos não se fez mais presente. Isso não significa que a relação biológica deixou de existir, ao contrário, essa classificação foi retirada justamente para que não houvesse mais diferenciação entre os transtornos, e toda e qualquer patologia psíquica fosse automaticamente relacionada à origem biológica.

Isto é, não se está mais produzindo identidades desviantes ou definindo novos sujeitos na cena pública (como foi o caso, por exemplo, da homossexualidade), mas alargando e pavimentando o caminho para uma compreensão biomédica das perturbações mais ou menos corriqueiras da vida cotidiana (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 474).

Nessa perspectiva, toda e qualquer problemática comportamental passa a ser trabalhada no campo biológico. Os comportamentos, que antes eram vistos como pertencentes ao próprio desenvolvimento do ser humano ou vinculados a um determinado acontecimento pelo qual o indivíduo está passando, progressivamente vêm sendo percebidos como indícios de uma patologia em fase inicial. A cada ano, os critérios diagnósticos de transtornos mentais sofrem uma expansão de suas categorias, permitindo, assim, que uma grande quantidade de indivíduos seja diagnosticada. No próximo tópico, analisaremos como foi feita a

construção do DSM-5 e as dificuldades que a psiquiatria encontra em validar os próprios diagnósticos que são construídos a cada versão do manual, bem como as mudanças e os novos diagnósticos que constam em sua última versão.

3.1.2 O lançamento do DSM-5

'Então existe um nome para o que sou!' – pensei comigo mesmo, com alívio e excitação crescentes. Há um termo para isso, um diagnóstico, uma condição real, e eu que sempre pensei que fosse meio abobalhado. [...] Era como se tivesse tirado um grande peso de minhas costas. Eu não era todos aqueles nomes pelos quais era chamado na escola primária – 'preguiçoso', 'alienado', 'tonto', 'lunático' – e também não tinha qualquer conflito inconsciente reprimido que me tornava impaciente e voltado para a ação (Edward M. Hallowell, Tendência à distração, 1998 apud LIMA, 2005).

A revisão do DSM-IV teve início em 1999, ano em que foi realizada a Conferência de Pesquisa e Planejamento do DSM-5. Em 2002, o *American Psychiatric Institute for Research and Education* (APIRE), realizou eventos de pesquisa e planejamento para a revisão de itens do DSM-IV. O primeiro deles aconteceu em 2004, já com propostas para a elaboração do DSM-5. Foram discutidas questões que se referiam às abordagens categorial e dimensional, bem como a comorbidade dos transtornos mentais. Além dessas questões, os organizadores, médicos e pesquisadores afins, abordaram o tema da identificação das patologias mentais e constataram a importância da criação de um modelo conceitual para uma melhor definição nosológica (BURKLE, 2009).

O DSM-5 foi oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, sendo a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. Esta nova versão trouxe mudanças conceituais, além da incorporação de diversas categorias diagnósticas. Na tabela abaixo, Araújo e Neto (2013) apresentam algumas das principais modificações que foram realizadas na versão do DSM-IV-TR para o DSM-5.

A análise o quadro construído pelos autores nos mostra as lacunas presentes nos critérios diagnósticos, o que dá margem para interpretações subjetivas e, principalmente, a inclusão de uma quantidade imensurável de pessoas num quadro de patologias mentais.

Quadro 3 – Sistematização do DSM-IV-TR e Sistematização do DSM-5

Capítulos do DSM-IV-TR	Capítulos do DSM-5
Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência	Transtornos do neurodesenvolvimento
Delírium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos	Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
Transtornos mentais causados por uma condição médica geral não classificados em outro local	Transtorno bipolar e outros transtornos relacionados
Transtornos relacionados a substâncias	Transtornos depressivos
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	Transtornos de ansiedade
Transtornos do humor	Transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos relacionados
Transtornos de ansiedade	Trauma e transtornos relacionados ao estresse
Transtornos somatoformes	Transtornos dissociativos
Transtornos factícios	Sintomas somáticos e outros transtornos relacionados
Transtornos dissociativos	Alimentação e transtornos alimentares
Transtornos sexuais e da identidade de gênero	Transtornos da excreção
Transtornos da alimentação	Transtornos do sono-vigília
Transtornos do sono	Disfunções sexuais
Transtorno do controle dos impulsos não classificados em outro local	Disforia de gênero
Transtornos da adaptação	Transtornos disruptivos, controle dos impulsos e conduta
Transtornos da personalidade	Transtornos relacionados a substâncias e adição
Outras condições que podem ser foco de atenção clínica	Transtornos neurocognitivos
	Transtornos de personalidade
	Transtornos parafilicos
	Outros transtornos mentais
	Transtornos do movimento induzidos por medicamentos
	Outros efeitos adversos de medicamentos
	Outras condições que podem ser foco de atenção clínica

Fonte: A nova classificação americana para os transtornos mentais (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 71).

Baseando-se nas classificações diagnósticas do quadro, percebemos que não há margens para possíveis questionamentos sobre o histórico de vida do paciente. O tratamento aplicado segue uma lista de sintomas apresentados pelo paciente que permitem o seu enquadramento num campo categorial de transtorno mental, e que não leva em consideração seu contexto social, político ou histórico para a realização do diagnóstico.

Widiger e Crego (2015), da Universidade de Kentucky e coordenadores de pesquisas do DSM-IV, afirmam que diversos colaboradores que participaram da elaboração do DSM-5 admitiram falhas no que diz respeito à classificação diagnóstica. Além disso, tanto na elaboração do DSM-I e II, quanto na criação do DSM-III, não foram realizadas pesquisas sistemáticas e quase nenhum ensaio clínico a respeito dos critérios diagnósticos que constam nos manuais. A elaboração do DSM-5 gerou muitas controvérsias. Os maiores problemas enfrentados pelos autores nessa versão do manual, podem ser apontados em relação aos contratos de confiabilidade sem padrão-ouro³² e a documentação inadequada de suporte empírico.

Os contratos de confiabilidade dizem respeito a algumas etapas que facilitam a aplicação dos caracteres nos manuais. Essas etapas constam de entrevistas clínicas não-estruturadas e, posteriormente a divisão das categorias diagnósticas em módulos. Porém, quando alguns critérios diagnósticos não são preenchidos, há uma supressão de questões durante a entrevista. Isso diminui a confiabilidade e a validade das próprias avaliações diagnósticas, já que o que computará a pontuação final de determinado critério, não é a resposta apresentada pelo paciente, mas o julgamento clínico do entrevistador. Widiger e Crego ainda afirmam que a insuficiência de documentação sobre a validação dos diagnósticos em transtornos mentais, possibilita que a decisão final sobre seus critérios recaiam sobre os clínicos. Ou seja, a ausência de um padrão-ouro permite que os médicos decidam se determinado quadro de sintomas pode ou não ser classificado como transtorno mental, isentando a necessidade de uma revisão crítica e análise empírica.

Segundo a publicação de Widiger e Crego (2015, p. 164) “não há nenhuma medida de laboratório para documentar objetivamente a existência de um transtorno mental. A decisão de considerar uma

³² Os instrumentos utilizados para a avaliação de diferentes aspectos da saúde mental precisam ser validados e seus resultados devem ser comparados com os de um padrão de qualidade reconhecida, o chamado “padrão-ouro”. Para os instrumentos utilizados na identificação de transtornos mentais, o padrão se baseia em critérios diagnósticos internacionais (DUARTE; BORDIN, 2000).

condição ou comportamento como transtorno mental é uma questão de opinião”. No DSM-5 houve uma revisão do critério estabelecido para o transtorno do autismo e para a Síndrome de Asperger (variação do autismo), o que abriu margem para que os diagnósticos que haviam sido realizados com base no DSM-IV – mesmo tendo sido definido que seu limiar estava equivocado – continuassem tendo validade a partir do DSM-5.

O mesmo fato ocorreu quanto ao critério do luto, que passou a ser considerado no DSM-5 como doença mental ou transtorno depressivo maior, porém, de acordo com Widiger e Crego (2015), caberia ao clínico decidir se o paciente com luto seria ou não diagnosticado como portador de um transtorno mental. Sendo assim, o autor confirma que, na falta de um padrão-ouro, certeza clara e confiabilidade, os autores do DSM-5 deixaram nas mãos dos médicos a decisão de diagnosticar ou não um paciente com determinada patologia no momento do tratamento, o que mostra claramente as questões subjetivas que incidem sobre os diagnósticos e, principalmente, a ausência de validação científica para os mesmos.

Para Widiger e Crego (2015), há uma grande dificuldade no que diz respeito ao diagnóstico das parafilias³³ e também muita controvérsia em relação ao diagnóstico de depressão e ansiedade. Os autores afirmam que a cada edição do DSM, um grande número de novos diagnósticos são elaborados sem critérios bem definidos e nenhuma comprovação científica. Os critérios diagnósticos estão assentados em opiniões, sintomas complexos e subjacentes que convertem problemas comuns da própria vida em patologias mentais.

De acordo com Lima (2005, p. 57), a cada versão do DSM, novas categorias psiquiátricas são incorporadas e as descrições das patologias têm “avançado sobre áreas que nem sempre eram tidas como passíveis de abordagens fisicalistas, sendo, no máximo, alvo de compreensões ou intervenções psicológicas”.

Esses fatores nos mostram que esse manual é o instrumento mais utilizado no momento da realização de um diagnóstico, e suas categorizações nosológicas traduzem uma concepção objetiva de uniformização, embasadas em critérios naturalizados e descontextualizados de qualquer determinação social, histórica ou política. Dessa maneira, desconsideram-se as histórias de vida, pois:

³³ A atual versão do manual reconhece as Parafilias como interesses eróticos atípicos, mas evita rotular os comportamentos sexuais não-normativos como necessariamente patológicos.

Imaginar que nossos sofrimentos psíquicos podem ser tratados como uma úlcera ou uma infecção significa simplesmente negar que os sofrimentos devam inscrever-se numa história de vida, que esses sofrimentos se transformarão ao longo de nossas vidas e que nesta transformação tem papel fundamental o modo como somos ouvidos e as intervenções e terapêuticas que nos são propostas (CAPONI, 2014, p. 748).

Em uma recente entrevista realizada para o jornal espanhol *El País* (2014), Allen Frances, psiquiatra americano conhecido por presidir o grupo de trabalho que produziu a quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV), questiona o fato de a principal referência acadêmica da psiquiatria contribuir para a crescente medicalização da vida. O psiquiatra atacou os interesses da indústria farmacêutica, que introduzem novas entidades patológicas a cada edição e de sua enorme influência sobre médicos, pais e pacientes a respeito dos transtornos mentais. Segundo ele, os maiores danos recaem sobre a psiquiatria infantil.

Ao ser questionado sobre a possibilidade de uma banalização na produção de diagnósticos, com o risco de abarcar uma grande quantidade de pessoas no rol de doentes mentais, Frances admitiu que a psiquiatria, com a colaboração da indústria farmacêutica, criou um sistema de diagnóstico que transforma problemas cotidianos e normais da vida em transtornos mentais.

Allen Frances critica o poder que é exercido pela indústria farmacêutica, por intermédio da propaganda. Segundo o psiquiatra, a publicidade dos medicamentos é um engano para o público, mas não se pode descartar a utilização de medicamentos em transtornos mentais severos e persistentes. Sua crítica é sobre a utilização de fármacos para problemas cotidianos, já que não existe tratamento mágico contra o mal-estar. Como ele afirmou:

Os seres humanos sobrevivem há milhões de anos, graças à capacidade de confrontar a adversidade [...] Se vivermos imersos em uma cultura que lança mão dos comprimidos diante de qualquer problema, vai se reduzir a nossa capacidade de confrontar o estresse e também a segurança em nós mesmos. Se esse comportamento se generalizar, a sociedade inteira se debilitará frente à adversidade (FRANCES, 2014).

Frances revela que o DSM-IV incorporou o TDA e a síndrome de Asperger (variação do autismo) existentes no DSM-III, porém o TDA foi substituído por TDAH, levando a uma ampliação de sua categoria diagnóstica. Após esse feito, os laboratórios lançaram novos fármacos no mercado, e os diagnósticos de autismo e de hiperatividade triplicaram desde 1997.

Um dado alarmante da entrevista apresenta uma grande quantidade de crianças, com menos de três anos que fazem uso de psicofármacos para tratamento de TDAH. Frances aponta uma perda de controle por parte da psiquiatria. Sobre o uso descomedido de psicofármacos, ele afirma:

Sobre isto tenho três coisas a dizer. Primeiro não há evidência em longo prazo de que a medicação contribua para melhorar os resultados escolares. Em curto prazo, pode acalmar a criança, inclusive ajudá-la a se concentrar melhor em suas tarefas. Mas em longo prazo esses benefícios não foram demonstrados. Segundo: estamos fazendo um experimento em grande escala com essas crianças, porque não sabemos que efeitos adversos esses fármacos podem ter com o passar do tempo. Assim como não nos ocorre receitar testosterona a uma criança para que renda mais no futebol, tampouco faz sentido tentar melhorar o rendimento escolar com fármacos. Terceiro: temos de aceitar que há diferenças entre as crianças e que nem todas cabem em um molde de normalidade que tornamos cada vez mais estreito. É muito importante que os pais protejam seus filhos, mas do excesso de medicação (FRANCES, 2014).

A partir dessa entrevista, um ponto que foi assinalado por Frances é que não se tem conhecimento sobre as consequências do uso indiscriminado de psicotrópicos em longo prazo, tanto em crianças e adolescentes, que estão em formação e pleno desenvolvimento, quanto em adultos que já atingiram um patamar biológico mais estável, mas ainda assim vulnerável aos efeitos das drogas.

Caponi (2014, p. 742) em seu estudo sobre os impactos do DSM-5, observou as inúmeras críticas geradas pela última versão desse manual. Esta versão repetiu o mesmo padrão das anteriores, e trouxe debilidades epistemológicas “limitando-se a elencar uma lista de

sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais”.

A crítica proferida por Tomas Insel, diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH), assegurava que o instituto não faria mais uso das classificações propostas pela APA (*American Psychiatric Association*) e que o DSM não seria mais a referência para as pesquisas financiadas pelo NIMH, pois os sintomas que os manuais apresentavam não tinham respaldo científico. Entretanto, Caponi (2014) mostra que essa crítica ratificava as buscas biológicas das patologias mentais nas entrelinhas ditas por Insel: “ainda não foi possível atingir os resultados esperados, mas um futuro promissor se anuncia para a explicação biológica de patologias mentais”. Ou seja, a psiquiatria ainda espera encontrar no sofrimento humano algum indicio de alteração orgânica, seja pela genética ou com base em diagnósticos por imagem.

No campo educacional é muito comum ouvirmos os profissionais de educação preconizar explicações biológicas a respeito dos comportamentos dos alunos. Muitas dessas explicações se fundamentam nas descrições do DSM. A tabela abaixo apresenta resumidamente os principais transtornos que se manifestam na infância e seus sintomas de acordo com o DSM-IV e DSM-5 e as descrições dos profissionais entrevistados a respeito dos mesmos.

Quadro 4 – Transtornos mentais e sintomas (DSM IV e 5)

Principais transtornos mentais que acometem a infância e adolescência segundo DSM IV e 5	Descrição dos profissionais de educação
<p><i>Transtornos da aprendizagem:</i> referem-se a dificuldades no processo de leitura e escrita e dificuldades no campo do raciocínio lógico-matemático. O DSM-5 passou a considerar a dislexia e a discalculia.</p> <p><i>Principais sintomas:</i> atraso para sentar, engatinhar, caminhar, deixar cair coisas, fraco desempenho nos esportes ou caligrafia insatisfatória. Na linguagem, podem apresentar vocabulário limitado, erros na conjugação de verbos, dificuldade para evocar palavras ou produzir frases condizentes com sua idade cronológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dislexia e Discalculia - Deficiência Intelectual - Transtorno fonológico e da Fluência - TDAH <p>São as dificuldades que a criança apresenta no momento da escrita ou quando realizam atividades de matemática e na concentração</p> <p><i>Principais sintomas:</i> lateralidade indefinida, escrever espelhado, linguagem não acompanha a escrita, dificuldade na pronúncia e na escrita e no raciocínio lógico matemático. Falta de concentração e muita agitação. Falta de organização, baixo rendimento escolar.</p>

<p>Transtornos do Comportamento</p> <p>Disruptivo: transtornos diretamente relacionados ao comportamento. São denominados de transtornos de oposição e desafio e Transtorno de Conduta.</p> <p>Principais sintomas: padrão repetitivo e persistente de comportamento agressivo, desafiador e contrário às regras de convivência social. O Transtorno de oposição e desafio (TOD) tem maior incidência na faixa etária dos 4 aos 12 anos, sendo mais frequente no sexo masculino. Os critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno de Conduta aplicam-se a indivíduos com idade inferior a 18 anos e devem conter ao menos três dos comportamentos descritos nos últimos 12 meses: frequentemente inicia lutas corporais, persegue, atormenta, ameaça ou intimida os outros; há crueldade para com os animais e pessoas, inclusive ferindo-as fisicamente; apresentam características sexuais cruéis, envolvimento em furtos, roubos, fuga de casa, não comparecimento à escola. Provoca incêndios deliberadamente com intenção de provocar sérios danos, destrói propriedade alheia deliberadamente, arromba e invade casas, prédios ou carros, mente constantemente, passa noites fora de casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TOD - Transtorno Disruptivo - Transtorno de Conduta <p>São os comportamentos extremamente agressivos, desafiadores e incontroláveis.</p> <p>Principais sintomas: agressão extremada, raiva, inclinação a brigas, desrespeito, impulsividade, crueldade, vandalismo, envolvimento com drogas e álcool, rebeldia.</p>
<p>Transtornos Depressivos: ocorrem tanto em meninos quanto em meninas.</p> <p>Principais sintomas: isolamento, calma excessiva, agitação, condutas agressivas, intensa busca afetiva, alternando atitudes prestativas com recusas de relacionamento, dificuldade do sono (despertar noturno, sonolência diurna), alteração no padrão alimentar, falta de ar, dores de cabeça e no estômago, problemas intestinais e suor frio também são frequentes. Interesse diminuído ou perda de prazer para realizar atividades de rotina, dificuldade de concentração, fadiga ou perda de energia. Agitação ou</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão - Transtorno do Humor - Distímia <p>Comportamentos que revelam muita tristeza e isolamento.</p> <p>Principais sintomas: tristeza, isolamento, reclusão, acessos de raiva, sonolência, dor de cabeça persistente, desinteresse, apatia, dispersão, falta ou excesso de apetite, desleixo, timidez excessiva.</p>

retardo psicomotor.	
<p>Transtornos Globais do Desenvolvimento (Autismo Infantil): grupo de transtornos caracterizado por severas anormalidades nas interações sociais recíprocas, nos padrões de comunicação estereotipados e repetitivos, além de um estreitamento nos interesses e atividades da criança. Costumam se manifestar nos primeiros cinco anos de vida.</p> <p>Principais sintomas: dificuldades em se relacionar com outras crianças, ou até mesmo com seus pais, atraso ou ausência total da fala; prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversa, movimentos repetitivos ou complexos do corpo. Outras formas de transtornos globais do desenvolvimento são: Autismo atípico, Síndrome de Rett, Transtorno desintegrativo da infância e Síndrome de Asperger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transtorno Global do Desenvolvimento - Síndrome de Asperger - Síndrome de Down - Autismo <p>Comportamentos que revelam deficiências intelectuais e de aprendizado.</p> <p>Principais sintomas: características físicas específicas, dificuldades de socialização, gestos repetitivos, inteligência acima da média, hiperfoco, irritabilidade, clausura.</p>
<p>Transtornos de Tique: A manifestação predominante nessas síndromes é alguma forma de tique. Um tique é uma produção vocal ou movimento motor involuntário, rápido, recorrente (repetido) e não rítmico (usualmente envolvendo grupos musculares circunscritos), sem propósito aparente e que tem um início súbito.</p> <p>Principais sintomas: piscar os olhos, balançar a cabeça, fazer caretas, tossir, pigarrear, fungar, bater-se, saltar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TOC - Mania - Transtorno obsessivo-compulsivo <p>Comportamentos exagerados e manias repetitivas.</p> <p>Principais sintomas: manias exageradas, lavar as mãos ou ir ao banheiro muitas vezes, medos exagerados, mania de limpeza, acumulação de objetos, repetir movimentos com as mãos ou pernas, bater ou balançar os pés incessantemente, falar a mesma coisa várias vezes, produzir sons em momentos inapropriados.</p>
<p>Transtornos da Excreção: Esse transtorno inclui a enurese e a encoprese. A enurese é caracterizada por eliminação de urina de dia e/ou noite, a qual é anormal em relação à idade da criança e não decorrente de nenhuma patologia orgânica. A enurese pode estar presente desde o nascimento ou pode surgir seguindo-se a um período de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinência Urinária - Descontrole dos esfíncteres - Transtorno de Eliminação <p>Caracterizado pela falta de controle dos esfíncteres.</p> <p>Principais sintomas: escape da urina, defecar várias vezes, defecar em locais inapropriados, nervosismo, impaciência,</p>

<p>controle vesical adquirido. A enurese não costuma ser diagnosticada antes de a criança completar cinco anos de idade e requer, para ser caracterizada, uma frequência de duas vezes por semana, por pelo menos três meses.</p> <p>A encoprese é a evacuação repetida de fezes em locais inadequados (roupas ou chão), involuntária ou intencional. Para a realização do diagnóstico é preciso que esse sintoma ocorra pelo menos uma vez por mês, por no mínimo três meses em crianças com mais de quatro anos.</p>	<p>ansiedade.</p>
<p>Transtorno de Ansiedade na Infância: transtorno acompanhado de um sentimento de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de uma antecipação de perigos.</p> <p>Principais sintomas: medo excessivo, fobias, tremor, sudorese, crises de choro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transtorno do Pânico - Fobia Social - Transtorno de Ansiedade <p>Comportamentos que demonstram muita ansiedade e medo.</p> <p>Principais sintomas: medos exagerados, medo exagerado de um determinado objeto ou situação, olhar esbugalhado, tremedeira, sudorese nas mãos, palpitação no coração, tontura, ataques de pânico, desespero, agitação.</p>
<p>Transtorno de Ansiedade de Separação: caracteriza-se pela experimentação de ansiedade excessiva em função do afastamento de casa ou de figuras de vinculação.</p> <p>Principais sintomas: ansiedade não apropriada e excessiva em relação à separação do lar (pais) ou de figuras importantes cuidadoras para a criança e inadequada para a fase do desenvolvimento da criança. Medo excessivo do inesperado, como acidentes, sequestros, assaltos ou doenças. Apego excessivo aos seus cuidadores, manifestações somáticas de ansiedade (dor abdominal, dor de cabeça, náusea, vômitos, palpitações, tonturas e sensação de desmaio).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade de separação - Transtorno de apego reativo - Medo da separação <p>Comportamento que demonstra medo de separar-se dos pais ou de casa.</p> <p>Principais sintomas: muito medo de ficar longe da mãe, choro excessivo, soluço acompanhado de choro, morder a mão ou roer unhas, agressividade, irritabilidade.</p>

Fonte: DSM-IV-TR™ (2002); DSM-5 (2013).

Vale lembrar que os critérios definidos pelo DSM são os mais utilizados para diagnosticar os transtornos mentais em crianças, adolescentes e adultos. Entretanto, no momento de avaliação comportamental de um aluno, nenhum profissional da educação entrevistado nessa pesquisa, afirmou buscar informações em compêndios médicos ou no próprio DSM. Todos afirmaram que fazem suas buscas nas mídias sociais, jornais, televisão e revistas ou através de material apostilado que recebem nos cursos de formação continuada, como podemos observar nas falas de duas profissionais entrevistadas:

Ler o DSM mesmo eu nunca li, mas sempre procuro me informar sobre o assunto com a revista Escola que praticamente traduz para o professor as informações desses manuais, a gente tá sempre fazendo curso, participando de debates e congressos. Tem muito congresso na área da educação e psicologia sobre esse tema. (PE2)

Basicamente revistas e artigos científicos. Fora isso, tem os próprios livros de psicologia que tratam dessa questão, que detalham mesmo, todos os transtornos [...] Eu sempre participo de congressos, palestras. Agora mesmo fiz um curso sobre diagnósticos de infância que basicamente só tratou dessa questão. (Psi. B2)

3.2 O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

O conceito de ‘medicalização’ surge no início da década de 1970 no campo da sociologia da saúde e aponta seus estudos para o enorme crescimento do número de problemas da vida que passaram a ser definidos em termos médicos. Os autores que se debruçaram sobre esse tema criticavam negativamente a ação desmedida da medicina em áreas que atravessavam o campo tradicional de ação direta sobre as moléstias. Os estudos sobre o processo de medicalização analisam a ingerência da medicina sobre a sociedade através da introdução de normas e comportamentos. Foi com o nascimento da medicina moderna e da Higiene no século XVIII, que a medicina passou a atuar na vida privada com o auxílio dos serviços de profissionais da saúde e educadores (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Conrad e Schneider (1992) examinam as questões sobre o processo de medicalização e controle social. Suas análises demonstram que o processo de medicalização pode ser compreendido quando

problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, em termos de doenças ou distúrbios. Os autores mostram que os diversos estudos sobre a questão da medicalização apontam para a mesma vertente, àquela que direciona os problemas humanos para o campo da jurisdição médica.

De acordo com os autores, a medicalização pode ocorrer em três níveis: o conceitual, o institucional e os níveis de interação. No plano conceitual, o vocabulário médico é utilizado para definir o problema; no nível institucional, as organizações abordam o problema em termos médicos, e no nível da interação, os médicos estão diretamente envolvidos. Em outras palavras, a medicalização acontece quando a medicina define um problema social com um formulário médico e o trata através de seus termos, com ou sem prescrição de medicamentos.

Para compreendermos melhor o avanço substancial da medicina, tanto sobre os comportamentos desviantes, como sobre os processos naturais da vida, Conrad e Schneider (1992) trazem exemplos desses dois campos. No campo dos comportamentos desviantes, a medicina se apropriou das seguintes categorias: a loucura, o alcoolismo, a dependência de drogas, hiperatividade e dificuldade de aprendizagem em crianças, obesidade e anorexia, abuso sexual de crianças, infertilidade, transexualismo e etc. No campo dos processos vitais, as categorias que se tornaram medicalizados são: alimentação, sexualidade, parto, desenvolvimento infantil, TPM (tensão pré-menstrual), menopausa, envelhecimento e morte.

Para os autores, essas questões vêm sendo examinadas pelos sociólogos ao longo do tempo, e dois aspectos podem ser apontados para a compreensão desse processo: a secularização e as mudanças que ocorreram dentro da profissão médica. O processo de secularização, segundo Conrad e Schneider (1992), pode aclarar alguns aspectos, mas mostra-se insuficiente. Já a organização e a estrutura da profissão médica, apresenta um terreno mais firme no campo das explicações para o processo de medicalização. Na área da pediatria, por exemplo, os médicos mudaram o foco de suas práticas e isso levou à medicalização de uma enorme gama de problemas infantis.

A medicalização que se opera pelo controle social da medicina é um ponto importante. Independente de a classe médica implantar algum tipo de controle social³⁴ sobre a população, e este controle ser impulsionado pela tecnologia, isso só terá legitimação através da medicalização. Ou seja, uma técnica de controle social pode preceder a

³⁴ Sobre técnicas de controle social médico, Conrad e Schneider (1992) mostram o uso de psicofármacos como exemplo.

medicalização de um problema, mas sua implementação necessita de algum tipo de definição médica (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

De acordo com os autores, o campo da psiquiatria reforça suas reivindicações através do controle social medicalizado. As categorias médicas se expandiram, incorporando uma variedade de outros problemas. Alguns exemplos que tiveram expansão diagnóstica são citados pelos autores, como o alcoolismo, doença de Alzheimer e Hiperatividade. No que diz respeito à Hiperatividade, Conrad e Schneider afirmam que, inicialmente, esse distúrbio fazia referência apenas à impulsividade e distração, principalmente nos meninos. A mudança de Hiperatividade para TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) permitiu a inclusão de outras categorias, como meninas, adolescentes e adultos, e a consequência disso foi uma explosão no consumo de psicofármacos utilizados para seu tratamento.

As críticas que surgiram a respeito da medicina moderna e do processo de medicalização eclodiram na década de 1970. Ivan Illich (1975) no livro “Nêmesis da Medicina”, faz uso do termo “imperialismo médico”, referindo-se ao movimento de medicalização de problemas sociais. Illich trabalha com a noção de iatrogênese para explicar as doenças causadas pela própria medicina. A definição para esse termo deriva do grego e significa – *iatros* (médico) e *genia* (origem), ou seja, “em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam” (ILLICH, 1975, p. 23).

A noção de iatrogênese atua em três níveis que são explicados por Illich da seguinte maneira: i) o primeiro nível (iatrogênese clínica) faz menção às doenças derivadas do próprio cuidado com a saúde ou às consequências biomédicas do ato técnico, e podem estar relacionadas com os efeitos colaterais de medicamentos, negligência com a própria saúde, intervenções cirúrgicas desnecessárias e etc; ii) nível da iatrogênese social, onde a saúde do indivíduo é afetada pela medicalização social. Esse nível revela uma dependência da população para com os medicamentos; dependência dos cuidados médicos rotineiros. O autor mostra que mesmo com um aumento orçamentário destinado às despesas médicas, a saúde não apresenta melhorias. Nesse nível há também o problema do alto consumo de medicamentos, que pode ser apontado como um controle social exercido pelo diagnóstico e a medicalização da prevenção. Para Illich, o diagnóstico precoce traz problemas que antes não existiam. O indivíduo que antes se sentia bem, após o diagnóstico passa a sofrer de ansiedade, por exemplo; iii) o nível da iatrogênese estrutural, acontece quando a medicina “retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico” (ILLICH, 1975, p. 104). O autor considera este

processo como uma regressão estrutural do nível da saúde. O indivíduo perde sua capacidade de lidar com as transformações da vida, que são a doença, a dor e até a morte.

Os estudos de Ivan Illich (1975) revelam uma crítica à medicina moderna e à epidemia de doenças que ela mesma provoca. A medicina é apontada por ele como uma ameaça à própria vida, já que retira dos indivíduos a capacidade para lidarem com as transformações e as etapas próprias da vida. E mais ainda, sua cultura medicalizada expropria os indivíduos de sua intrínseca capacidade de autonomia sobre si mesmos.

Outra crítica em relação à medicina e à própria medicalização da vida pode ser apontada nos estudos de Foucault. Embora ele não utilize muito o termo medicalização, em vários momentos de seus estudos podemos observar alusões à questão da medicalização da vida. De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012), a teoria de Foucault se fundamenta na noção de uma sociedade governada pela medicina. Como reiterou Foucault:

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nessa maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas tanto gerais quanto administrativas que lhes foram fixadas pelo poder. Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à economia social e a sociologia do século XIX (FOUCAULT, 1979, p. 202).

Com essa afirmação, Foucault revela que a ascensão da medicina sobre a população perpassa os campos que dizem respeito à saúde e doença, atingindo todas as formas de existência e comportamento humanos.

Segundo Gaudenzi e Ortega (2012), no final do século XVIII, momento histórico do desenvolvimento da economia capitalista e expansão do mercado, a medicina surge como uma prática social que

transforma o corpo dos indivíduos em força de trabalho. Esse processo tem o objetivo de controlar a sociedade. A medicina, engendrada como uma prática social que transforma o corpo individual em força de trabalho, opera na gestão e maximização da vida. Esse processo é denominado por Foucault de biopoder e pode ser entendido como um poder sobre a vida. Nesse contexto, o exercício do poder não segue mais a via jurídica e repressora. Sua maneira de atuação será através da disciplina.

Assim, para os autores, a racionalidade médica passa a operar na máquina governamental, exercendo poder sobre a população. A medicina passa a controlar os comportamentos e formas de vida, coletivas e individuais e institui regras que dizem respeito, não somente aos campos biológicos, como saúde e doença, mas também no campo comportamental, como a sexualidade, a fertilidade, a fecundidade e etc. A vida humana é agora analisada em termos médicos, como nos mostra Foucault:

[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana (FOUCAULT, 2008b, p. 3).

Para melhor compreendermos o conceito de biopolítica trabalhado por Foucault, vamos adentrar na natureza do poder e como o autor o articula em suas teorias.

3.2.1 A natureza relacional do poder

[...] o poder não é, justamente, uma substância, um fluido, algo que decorreria disto ou daquilo, mas simplesmente na medida em que se admita que o poder é um conjunto de mecanismos e de procedimentos que tem como papel ou função e tema manter- mesmo que não o consigam – justamente o poder. É um conjunto de procedimentos, e é assim e somente assim que se poderia entender que a análise dos mecanismos de poder dá início a algo como uma teoria do poder (FOUCAULT, 2008b, p. 4).

O poder, fenômeno que transcende a realidade objetiva dos homens, segundo Spinoza, pode ser descrito como fonte imanente. O filósofo aponta o poder como uma potência que se manifesta através das relações de forças no campo social (CHAUI, 2006). Nesse mesmo campo está assentado o pensamento de Foucault e suas análises sobre o poder.

Foucault não tem uma teoria geral do poder. Ele não está preocupado em analisar a origem mesmo do poder, mas sim, através de uma perspectiva descritiva, o autor pretende identificar e explicitar os diferentes mecanismos de relações de poder em sociedade. Para Foucault (2008b), o poder pode ser compreendido como um conjunto de mecanismos e procedimentos, cuja função é simplesmente manter o próprio poder.

A linha metodológica utilizada por Foucault para realizar a análise do poder psiquiátrico, da sexualidade infantil, dos sistemas políticos e etc., é definida da seguinte maneira: ao invés de estudar o poder de acordo com os moldes jurídicos da soberania e do Estado,

[...] deve-se orientá-lo para a dominação, os operadores materiais, as formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e os dispositivos estratégicos. É preciso estudar o poder colocando-se fora do modelo do Leviatã, fora do campo delimitado pela soberania jurídica e pela instituição estatal. É preciso estudá-lo a partir das técnicas e táticas de dominação. (FOUCAULT, 1979, p. 186)

Segundo Nascimento (2012), o conceito de poder em Foucault passou por uma série de transformações. Rompeu com o pensamento clássico aristotélico de desigualdade natural dos homens, e trouxe a ideia moderna de direitos naturais. Posteriormente rompeu com o pensamento cristão ao apresentar a sociedade política, não como resultado da razão divina, mas como resultado da razão humana.

Para compreender a origem do poder em Foucault tomaremos como ponto de partida a obra **Segurança, território e população** (2008b), em que o autor disserta que na filosofia de Hobbes, a natureza havia concedido igualdade aos homens e esse estado proporcionava-lhes os mesmos direitos na luta pela preservação da vida. Assim, essa condição os transformava em guerreiros que lutavam pela igualdade. Guerreiros de uma luta de todos contra todos, que se estabelecia a todo instante. Essa situação gerava um estado de constante ameaça, mesmo

depois da constituição do Estado e se revelava a todo instante como potência.

Essa guerra teria sua origem e desenvolvimento no seio da própria igualdade e seria a consequência de uma não diferença ou de diferenças insuficientes. O medo estaria na raiz dessa relação entre os homens, e a paixão seria o carro-chefe da sociabilidade, a fonte geradora da vida organizada e elemento de sua manutenção. Para o autor, a guerra foi o berço de um discurso histórico.

Para Foucault (1979), a análise a ser feita sobre o poder, qualquer que seja, deve contemplar o jogo de forças múltiplas que, ao se entrecruzarem, configuram a dominação de uns sobre os outros. Sendo assim, essa análise deve ser feita sob o prisma de um movimento indefinido de relações de dominação e compreender que “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como a força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 1979a, p. 8). Essa relação de forças passa a ser um objeto histórico que pode se situar e determinar a própria história de um indivíduo. Sendo uma prática social, é constituído historicamente e, não somente o soberano, mas os indivíduos são capazes de incorporá-lo em sua própria história.

O poder não é uma coisa, para Foucault. Não é algo que alguém possui ou uma natureza que possua uma realidade. No máximo, como dirá Foucault em diversas ocasiões (2003b, 2005, 2008b), o poder, como tal, não existe. Ele é o sistema das relações que tece e que mantém sob tensão. Como afirma o autor:

Ora, o estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma “apropriação”, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvende nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado como modelo antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou a conquista que se apodera de um domínio. Temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilégio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas — efeito manifestado e às

vezes reconduzido pela posição dos que são dominados (FOUCAULT, 1987, p. 30).

Para Foucault, esse conjunto de procedimentos e de relações, tem a função de manter e transformar os mecanismos de poder. E esses mecanismos não podem ser entendidos como complemento das relações, sejam elas familiares, de produção, sexuais, etc. Os mecanismos de poder são “parte intrínseca de todas essas relações, são circularmente o efeito e a causa delas” (FOUCAULT, 2008b, p. 4).

Antônio Maia (1995) realiza algumas considerações a respeito da análise foucaultiana do poder. Segundo o autor, é a lei da interdição e da censura que atravessa todo o corpo social. O exercício de poder se faz presente em todas as esferas da vida pública e privada. O próprio indivíduo e o conhecimento que ele tem de si mesmo tem origem nas relações de poder.

De acordo com Maia, é a partir dessa perspectiva que Foucault demonstra que a concepção jurídica do poder guarda influência da representação de poder monárquico e que, apesar das diferenças de época e de objetivos, a representação do poder permaneceu marcada pela monarquia. As relações de poder pressupõem um eterno enfrentamento e o poder só pode funcionar através de estratégias.

No que tange o Estado, sua análise mostra que em qualquer modelo de sociedade, o poder estará sempre presente nas relações de poder. Maia conclui que, a partir da ótica foucaultiana, o Estado não detém o privilégio de ser a matriz das relações de poder, já que a dominação e suas inúmeras relações de poder o antecedem. Em Foucault, há uma captura de focos de poder pelo Estado em sua fundação, porém, nas sociedades contemporâneas, ele não é uma das formas específicas do exercício do poder, mas todas as formas de relação de poder se referem a ele. Foucault não negligencia o papel do Estado, mas este papel muda de foco. Segundo Maia, fixar o problema em termos de Estado significa continuar fixando-o em termos de soberano e soberania.

A partir da análise de Foucault, é possível observar inúmeras relações de poder na sociedade atual que se colocam fora do Estado. O próprio autor ressalta a presença dessas relações em cada corpo social, desde os membros de uma família até as próprias relações de trabalho e vizinhança (FOUCAULT, 1979, 2008b). O poder que a psiquiatria e os profissionais de saúde exercem sobre os indivíduos e a sociedade como um todo é exemplo disso.

Para Foucault (1979), o Estado não tem condições de ocupar todo o campo de relações de poder, além disso, para que o seu funcionamento possa acontecer, ele necessita de outras relações de poder existentes.

Sendo assim, o poder não pode ser visto emanando de um ponto central, mas de uma rede. As próprias relações de poder devem ser compreendidas através do conceito de rede. Foucault entende por rede todo o corpo social e seus diferentes focos de poder: Estado, prisão, hospital, asilo, família, escola, etc. A rede permeia todo esse corpo, articulando e integrando esses diferentes focos. Como disse Foucault (1979, p. 183), “o poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede”.

O poder em Foucault só pode ser concebido como algo que existe em relação, envolvendo forças que se chocam e se contrapõem. Os mecanismos ou estruturas de poder só são concebidos onde as pessoas exercem poder umas sobre as outras. E Foucault reitera:

Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou entrelaçando-os (FOUCAULT, 1979, p. 183).

Maia (1995) afirma que a liberdade é um elemento fundamental no exercício do poder em Foucault. As relações de poder pressupõem um lugar onde a liberdade se faça presente. A existência da liberdade garante a possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais o poder é exercido. Não existe poder sem liberdade e sem potencial de revolta. Assim, para que o poder seja exercido, é imprescindível que haja liberdade entre os indivíduos. Se o poder é definido como um modo de ação sobre a ação dos outros, pressupõe-se que a liberdade existe. O poder só pode ser exercido entre os sujeitos livres e na medida em que forem livres para que suas condutas, reações e diversos modos de comportamentos possam se manifestar. Como Foucault afirma em diversas oportunidades, a contraface do poder é a resistência, e para poder exercê-la é preciso postular um marco de liberdades mínimas.

As análises de Pierre Bourdieu a respeito do poder seguem direção oposta às análises realizadas por Foucault e faz-se necessário destacar brevemente algumas dessas diferenças. Segundo Bourdieu

(2001), as relações de poder inscritas em um campo social, possuem estreitas relações com as formas implícitas de dominação de classes nas sociedades capitalistas. A base do conceito de poder em Bourdieu encontra-se no que ele definiu como campo e *habitus*, sendo o campo uma estrutura social considerada como um campo de forças e lutas pelo poder e o *habitus* esquemas de percepção, pensamento e ação. Para Bourdieu, o poder que opera dentro do campo educacional, é o poder simbólico, “poder invisível que só pode se exercer com a cumplicidade daqueles que não querem saber que a ele se submetem ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU; PASSERON, 1982, p. 31). Tal poder só se impõe como legítimo justamente por ser simbólico e só é inculcado quando reconhecido.

O autor afirma que os agentes e instituições dominantes tentam impor a cultura dominante, de modo a reproduzir o *habitus* e as desigualdades sociais. Cada campo possui interesses próprios e específicos que são comuns a todos os agentes e esses interesses são intrínsecos à própria existência do campo e às diversas formas de capital. Além do capital econômico, Bourdieu considera o capital cultural (o conhecimento e habilidades produzidas intelectualmente e transmitidas pela família e pelas instituições escolares); o capital social (correspondente ao conjunto de acessos pessoais, a rede de relacionamento dos agentes) e o capital simbólico (correspondente ao prestígio e a honra e abarca tanto o capital econômico, como o cultural e o social).

3.2.2 A disciplina como dispositivo de poder

Foucault (1979) analisa as diversas transformações que atravessaram os séculos XVII e XVIII. O autor aponta que uma das grandes mudanças ocorreu no seio das relações de soberania. Essas relações aconteciam diretamente entre soberano-súdito e recobriam a totalidade do corpo social. Entre os séculos XVII e XVIII, surge uma nova mecânica de poder, que se apresenta totalmente discordante do modo como as relações de soberania operavam até então. A soberania passou a ser substituída pelo poder disciplinar e as monarquias passaram a operar como sociedades disciplinares. Durante esses dois séculos, o corpo social foi colonizado por instituições disciplinares como as fábricas, escolas, e prisões.

A reconstituição histórica dos dispositivos disciplinares é feita por Foucault (2006) da seguinte maneira: os dispositivos disciplinares existem antes mesmo dos séculos XVII e XVIII, e atuam desde muito tempo no interior das relações de soberania. Podiam ser vistos nas comunidades religiosas regulares, ou seja, comunidades estatuárias

reconhecidas pela igreja ou mesmo nas comunidades espontâneas. Os séculos XVII e XVIII marcam o início da extensão desses dispositivos. A gênese do que se pode chamar de disciplinarização acontece dentro da ordem religiosa, passando pelos povos colonizados através dos jesuítas³⁵ até chegar na figura dos delinquentes, mendigos, prostitutas e etc. “Em todos os casos, os dispositivos disciplinares, digamos assim, são instalados, e vemos com muita nitidez que derivam diretamente das instituições religiosas” (FOUCAULT, 2006, p. 87). Pouco a pouco, a versão exterior das disciplinas religiosas foi se aplicando em setores mais centrais do sistema social.

Os dispositivos disciplinares, sem apoio religioso, foram se instalando ao ar livre, dando início, assim, ao que Foucault (2006) chama de sistemas disciplinares. Primeiro com o exército e seus exercícios corporais, até a ocupação total do tempo. Depois, com as classes operárias nas grandes oficinas do século XVIII, até o momento que toda a sociedade é colonizada por elementos disciplinares, e ocorre o que Foucault denomina de “apropriação do corpo singular por um poder que o enquadra e que o constitui como indivíduo, isto é, como corpo sujeito” (FOUCAULT, 2006, p. 89).

O poder disciplinar não se materializa na figura do rei, mas nos corpos dos indivíduos através de técnicas disciplinares. Esse poder não pode ser transferido para outrem e nem se apropriar dos bens de outrem. Sua função é disciplinar para retirar. Ao contrário das relações de poder congruentes à soberania, este novo mecanismo de poder aumenta a utilidade dos indivíduos, dinamizando suas aptidões, suas forças, seus rendimentos. Ele está fundamentado mais nos corpos e atitudes dos sujeitos, do que na terra e seus produtos. Dessa maneira, esse poder “deve propiciar simultaneamente o crescimento das forças dominadas e o aumento da força e da eficácia de quem as domina” (FOUCAULT, 1979, p. 188).

Esse poder não está mais assentado na figura do soberano. Na sociedade dominada por mecanismos de disciplina, o poder não ocupa um centro único e tampouco existe uma única figura que o detenha. Agora, ele situa-se nas periferias e multiplicado em toda parte e ao mesmo tempo. Seu centro não mais se localiza na figura do soberano,

³⁵ A disciplinarização dos povos colonizados é detalhadamente observada por Foucault em *O poder psiquiátrico* (2006). Os jesuítas impuseram entre os povos guaranis, através de um sistema disciplinar, um tipo de controle e exploração. As aldeias eram permanentemente vigiadas e existia uma espécie de individualização, onde cada um recebia um alojamento que ficava sob o olhar da vigilância. Havia também um sistema de punição, diferentemente do sistema penal europeu, mas que era atento às más tendências, más propensões.

mas nos corpos dos indivíduos e seu funcionamento prescinde de uma invisibilidade (FOUCAULT, 1979).

As análises de Foucault (1987) recaem sobre as técnicas de poder que incidem no corpo. O autor nos mostra que o corpo passa a ser observado como uma máquina e, através das técnicas disciplinares, ele será adestrado e sua utilização, amplificada. O resultado desse processo será a maximização de sua força para o aperfeiçoamento do trabalho.

Pogrebinschi (2004) realiza uma análise da proliferação dos dispositivos disciplinares e nos mostra que Foucault os descreveu como sendo o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame.

A autora faz uma breve descrição da função de cada um desses dispositivos da seguinte maneira: (i) o olhar hierárquico consiste na ideia de vigilância. Os indivíduos submetidos à disciplina devem saber que são potencialmente vigiados. Isso, segundo Foucault, permite que o poder disciplinar exerça domínio sobre os indivíduos, já que faz com que eles disciplinem-se a si mesmos, adestrando-se e ajustando-se. Esse processo de vigilância, segundo o autor, sobrepõe à violência e à força; (ii) a sanção normalizadora, como o próprio termo mostra, normaliza as condutas. A penalidade perpétua de que trata Foucault, atravessa todos os pontos, controla, compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza; (iii) o exame pode ser descrito como sendo a conexão entre a vigilância e a sanção normalizadora. Primeiramente o indivíduo é constituído como objeto para análise e, subsequentemente sucede a comparação. Sendo assim, Pogrebinschi (2004, p. 194) esclarece que, em Foucault,

o exame é o resultado da somatória entre objetivação e sujeição, já que ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. Contudo, tal objetivação opera simultaneamente entre a visibilidade dos sujeitos e a invisibilidade da disciplina. Pelo exame, o indivíduo passa a ser efeito e objeto do poder e do saber.

O processo de medicalização da vida e da infância, seguindo a lógica foucaultiana, tem como objetivo criar um dispositivo de normalização do comportamento infantil tendo em vista um futuro repleto de riscos. Isso se dá por meio dos saberes e práticas construídos por profissionais da saúde, e incidem diretamente sobre o corpo dos indivíduos. Nesse contexto, os indivíduos estão submetidos ao campo de poder que se constitui em torno da medicalização. Sendo assim, podemos afirmar que o controle exercido sobre os comportamentos é a

consequência desse processo de medicalização. E, dentro da esfera escolar, a normalização dos comportamentos da criança é vista como necessária para que as regras estabelecidas institucionalmente, ou seja, para que o controle permita que o processo de aprendizagem se articule.

Nesse contexto, como já explicitado anteriormente nas análises de Foucault, podemos proferir que a medicalização seria a justificativa científica para a normalização da vida, com o objetivo de obtenção máxima das capacidades individuais para o desempenho esperado socialmente. Esse fato se dá pela assunção dos comportamentos considerados desviantes como transtornos médicos e que, portanto, devem ser diagnosticados e tratados como patologias.

A questão dos riscos que a psiquiatria se utiliza para disseminar sua lógica preventiva e medicalizante, através da normalização da vida, alerta a população para um perigo sempre eminente. Um comportamento desviante, que se não for tratado em sua origem, pode desencadear problemas mais sérios na vida adulta. O caráter polifônico que o termo “risco” traz, revela sua natureza política. Esse termo propaga um ideário padronizante que configura diferentes contextos sociais para uma via de mão única, a via da medicalização.

3.3 OS RISCOS NA CONTEMPORANEIDADE E SUA RELAÇÃO COM OS TRANSTORNOS MENTAIS: MELHOR PREVENIR DO QUE REMEDIAR *VERSUS* MELHOR PREVENIR E MEDICALIZAR

Se Deus não existe, tudo é permitido
(paráfrase de trecho da obra **Os irmãos Karamázov**. DOSTOIÉVISKI, 2008).

O trecho da obra **Os irmãos Karamázov** de Fiódor Dostoiévski, em que Ivan discute com seu irmão Aliocha sobre a existência ou não de um Deus, parece propícia para este item. Aqui, coloco Deus como sendo a própria personificação da certeza, tranquilidade e segurança. Então, numa sociedade de riscos, se o conceito “Deus” é inexistente, tudo é permitido e passível de acontecer.

Segundo Neves e Jeolás (2012), o conceito de risco refere-se a várias categorias, como riscos industriais e ambientais, riscos econômicos e políticos, riscos financeiros, riscos na saúde e etc. O conceito de risco assumiu o cerne das questões sociais, políticas, econômicas, jurídicas, éticas e médicas na atualidade.

Nesse item, abordaremos a categoria de risco e seus usos diversos na contemporaneidade relacionando-o à questão da medicalização. Assim, em concordância com Neves e Jeolás (2012), podemos aferir que, no que compete à medicina, esse fato se manifesta no alargamento

do conceito de saúde e normas de vida, que engloba a sua totalidade e a predis põe a um futuro sempre obscuro e temeroso. Os inúmeros diagnósticos que a psiquiatria lança em seus manuais de tempos em tempos, nada mais são do que a possibilidade de um desenvolvimento predisponente a doenças mentais sempre presentes.

Nessa mesma assertiva, Castel (1983) discute que, para a psiquiatria, o conceito de risco sempre foi visto como um perigo que rodeava a esfera do mental, colocando o paciente sempre disposto a atitudes violentas. O risco é uma noção que carrega a qualidade imanente sobre o perigo e se baseia em simples probabilidades assentadas em dados aleatórios. Ou seja, “embora existam temores de uma recorrência, há sempre um fator de incerteza entre o diagnóstico de periculosidade e a realidade de atuação” (CASTEL, 1983, p. 120). O autor ainda alerta para os problemas das políticas de prevenção que podem caracterizar indivíduos que, a partir de um diagnóstico psiquiátrico, passam a ser classificados como perigosos e sociais.

Castel analisa que a noção de risco passou a influenciar politicamente as estratégias preventivas. As políticas de saúde, aplicando a noção do risco sobre o conceito epidemiológico, que responsabiliza os indivíduos por suas próprias doenças, empreendem terapêuticas exageradas que trazem consequências éticas e políticas (NEVES; JEOLÁS, 2012).

Pensar o presente e o futuro pela lógica do risco foi uma temática analisada sob muitos pontos de vista em diversas áreas de conhecimento. Na área da Sociologia, o conceito de risco foi tomado como objeto de análise sobre fenômenos e problemas sociais. Daremos ênfase às análises realizadas por Robert Castel, Ulrich Beck, Zygmunt Bauman e Michel Foucault na tentativa de compreender o conceito de risco atrelado ao processo de medicalização.

Ulrich Beck, sociólogo alemão, baseou-se em acontecimentos como o terrorismo, crise ecológica e financeira para explicitar seu conceito de uma sociedade global de risco. O sociólogo defendia a teoria de que uma profunda ruptura dentro da modernidade a teria afastado da sociedade industrial clássica, deixando em seu lugar uma sociedade de risco. Esta sociedade se caracteriza em dois momentos, que o autor classificou de modernização da tradição e modernização reflexiva. A sociedade industrial questiona a práxis social exercida pela tradição e a sociedade de risco realiza o movimento contrário, questionando os axiomas da sociedade industrial, ou seja,

a modernização simples (ou ortodoxa) significa primeiro a desincorporação e, segundo, a reincorporação das formas sociais tradicionais

pelas formas sociais industriais, então a modernização reflexiva significa primeiro a desincorporação e, segundo, a reincorporação das formas sociais industriais por outra modernidade (BECK, 1977, p. 12).

Segundo o autor, a sociedade industrial clássica suscitou diversas ameaças contra a própria vida, como enfermidades, escassez dos recursos naturais, dentre outras, ou seja, o dinamismo da sociedade industrial acabou com suas próprias fundações. O progresso construtor se transformou em autodestruição e um tipo de modernização, que outrora existia, destruiu-se e modificou-se, gerando outro estado em seu lugar. Esse novo estágio é o que Beck chama de modernidade reflexiva.

Os riscos produzidos pela sociedade industrial estruturam a segunda modernidade. Nesse novo estágio de desenvolvimento, os riscos adquirem outra dimensão e gravidade. São riscos ecológicos como a contaminação do ar e da água, riscos químicos como o envenenamento relacionado à produção de alimentos, riscos de constante ameaça de uma explosão nuclear e os riscos associados à genética.

Como ele mesmo afirmava, “este conceito designa uma fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial” (BECK, 1997, p. 15).

Na sociedade de risco, segundo Beck, as instituições de controle da sociedade industrial viram-se frente à incompetência para administrar problemas de origens sociais, políticos e industriais gerados pelo próprio avanço tecnológico. Em contrapartida, as instituições políticas da sociedade moderna dos séculos XIX e XX, nascem com a habilidade para gerenciar os riscos e as incertezas que esse processo de modernidade configura na atualidade. Beck (1997, p. 16) denomina esse processo de modernização reflexiva que significa “autoconfrontação com os efeitos da sociedade de risco que não podem ser tratados e assimilados no sistema da sociedade industrial”. O autor analisa a sociedade de risco como sendo aquela que está engendrada numa produção acelerada de riscos e infortúnios, antagonizando com as sociedades pré-modernas ou mesmo com a modernidade clássica, que era marcada pela produção de bens e riqueza. Esse processo não se deu por escolhas individuais ou coletivas. Segundo Beck,

A transição do período industrial para o período de risco da modernidade ocorre de forma indesejada, despercebida e compulsiva no despertar do dinamismo autônomo da

modernização, seguindo o padrão dos efeitos colaterais latentes. Pode-se virtualmente dizer que as constelações da sociedade de risco são produzidas porque as certezas da sociedade industrial (o consenso para o progresso ou a abstração dos efeitos e dos riscos ecológicos) dominam o pensamento e a ação das pessoas e das instituições na sociedade industrial. A sociedade de risco não é uma opção que se pode escolher ou rejeitar no decorrer de disputas políticas. Ela surge na continuidade dos processos de modernização autônoma, que são cegos e surdos a seus próprios efeitos e ameaças. De maneira cumulativa e latente, estes últimos produzem ameaças que questionam e finalmente destroem as bases da sociedade industrial (BECK, 1997, p. 16).

Essa transição impactou as bases culturais que a sociedade industrial assentava sua rede de significados coletivos e específicos e, como consequência, desencadeou um processo de individualização. Esse processo não tem as características daquele em que as pessoas saíram do campo de certezas feudais e religiosas-transcendentais para a sociedade industrial, mas é um processo marcado pelo trânsito da sociedade industrial para a sociedade de risco global. O que significa que o indivíduo, agora, não passa de indivíduo. Suas dificuldades, seus problemas, enfim, toda sua biografia não está mais atrelada a um grupo familiar ou social ao qual ele se reconhece e se volta para superar seus contratempos. Na sociedade de risco, o indivíduo interpreta e resolve seus conflitos pela perspectiva do próprio risco. Como Beck (1997, p. 19) afirma: “no autoconceito da sociedade de risco, a sociedade torna-se reflexiva (no sentido mais estrito da palavra), o que significa dizer que ela se torna um tema e um problema para ela própria”.

Quanto às incertezas oriundas do próprio “viver em risco”, Beck afirma:

O cerne dessas irritações é que poderia ser caracterizado como o "retorno da incerteza à sociedade". O "retorno da incerteza à sociedade" significa aqui, antes de tudo, que um número cada vez maior de conflitos sociais não é mais tratado como problemas de ordem, mas como problemas de risco. Tais problemas de risco são caracterizados por não terem soluções ambíguas; ao contrário, são distinguidos por uma

ambivalência fundamental, que pode em geral ser compreendida por cálculos de probabilidade, mas que não podem ser resolvidos dessa maneira. É sua ambivalência fundamental que distingue os problemas de risco dos problemas de ordem, que por definição estão voltados para a clareza e a faculdade de decisão. Em face da crescente ausência de clareza – e este é um desenvolvimento que vem se intensificando – desaparece quase obrigatoriamente a fé na factibilidade técnica da sociedade (BECK, 1997, p. 19).

O autor distingue o que ele chama de risco, da seguinte maneira: o risco seria a antecipação da catástrofe. As catástrofes situam-se no tempo e no espaço, já os riscos não têm a dimensão espaço-temporal ou social. Eles se situam no campo das probabilidades futuras, ameaçam o presente e se configuram como realidade. Para o sociólogo, somente pelo que ele chama de presentificação ou pela encenação dos riscos globais, o futuro das catástrofes se transforma em presente (BECK, 2010).

Dessa maneira, Beck mostra que o que importa não é a certeza de estarmos num mundo mais seguro que antigamente, mas sim, que a encenação de catástrofes antecipadas obriga a ação. Para o autor, são os próprios especialistas que sabem que o risco não é uma grandeza mensurável. A própria realidade do risco reside no seu caráter duvidoso e discutível. Os riscos não apresentam uma realidade abstrata por si só, mas tornam-se reais nas avaliações contraditórias de grupos e populações. Os riscos, segundo o autor, estão numa vertente discutível. Não existe possibilidade de saber se eles se intensificaram ou se foi a nossa visão sobre eles que se acentuou.

Bauman (1999) também realizou análises sobre os impactos da modernidade e sua relação com o risco. Nas palavras do autor (1999, p. 66) “na melhor das hipóteses, a incerteza produz confusão e desconforto. Na pior, carrega um senso de perigo”.

O autor faz uma analogia da sociedade de risco com os relacionamentos atuais. Existe, no ser humano atual, a vontade de estar junto, mas ao mesmo tempo não; ao mesmo tempo há o temor de estabelecer relações duradouras. A característica da ambivalência é o distintivo da modernidade, que se apresenta sempre repleta de incertezas e inseguranças oriundas do risco. Na modernidade, ou modernidade líquida como o autor a denomina, o conceito de risco atravessa as relações estabelecidas entre as pessoas.

Ainda que o risco seja imanente às relações e isso provoque flutuações, ou seja, o ato de não investir no aprofundamento das relações, não significa que as relações de poder tenham sido suprimidas da vida em sociedade. O que de fato aconteceu, segundo Bauman (1999), foi que a sociedade moderna vivia a ilusão da incontingência. Desde o seu início, a modernidade carregou a pretensão da dominação de tudo o que pudesse configurar em contingência e ambivalência. Quanto mais se buscava a uniformidade, mais se produzia a ambivalência:

A oposição, nascida do horror à ambiguidade, torna-se a principal fonte de ambivalência. A imposição de qualquer classificação significa inevitavelmente a produção de anomalias (isto é, fenômenos que são percebidos como “anômalos” apenas na medida atravessam as categorias cuja separação é o significado da ordem). Assim, qualquer cultura dada deve enfrentar eventos que parecem desafiar suas suposições. Ela não pode ignorar as anomalias que seu esquema produz, exceto com o risco de perder a confiança (BAUMAN, 1999, p. 70).

A contingência à qual Bauman (1999) se refere significa uma realidade carente de certezas. O risco do fracasso, do terror, de eventos cataclísmicos, de doenças, de morte prematura, enfim, de uma série de infortúnios marca a sociedade moderna e seu destino contingente.

A modernidade, em sua ânsia de eliminar todos os padrões de vida irregulares ou desviantes, enfim, de eliminar toda a ambivalência e contingência como plano de melhoria social, pretendia remoldar o mundo para que seu percurso seguisse uma ordem perfeita (BAUMAN, 1999).

Na perspectiva de Bauman, podemos afirmar que o processo de medicalização da vida e da infância, protagonizado pela psiquiatria, segue a mesma lógica da prevenção ao risco. Eliminar o comportamento desviante e toda contingência que ele engendra, significa tecer um mundo onde o perigo, ainda que iminente, possa ser controlado. A via de controle atual empregada na modernidade é a medicalização. Mediar o comportamento tido como anormal, ainda que este não tenha de fato se manifestado, é o meio de controlar riscos e proteger o corpo social de um futuro indesejável. A criança, pelos olhos da psiquiatria, carrega o perigo em seu cérebro. E esse perigo significa desordem, descontrole, ameaça.

A antecipação e prevenção de riscos, que norteiam a lógica psiquiátrica, alicerçam o processo de medicalização da vida. Diagnosticar precocemente a população em risco de doença mental é uma práxis operacionalizada através do controle e disciplina das condutas da infância em benefício da saúde mental.

Em Beck, o risco e os infortúnios, são gerados pelo próprio processo tecnológico das sociedades modernas. Podemos fazer um paralelo de sua teoria com a questão da medicalização da vida. Sabemos que o uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso desenvolvem diversos sintomas colaterais em crianças, como obesidade, nervosismo, insônia, inapetência, problemas no crescimento, entre outros. No próximo item abordaremos com mais detalhes os efeitos colaterais provocados pelo uso de psicofármacos em crianças, como os estudos realizados pela Agência Española del Medicamento, que revelam que o uso de psicofármacos desencadeia uma série de efeitos colaterais negativos, inclusive o óbito. E também as denúncias de Marcia Angell, ex-diretora do *New England Journal of Medicine*, sobre a perturbação causada pelo uso de drogas psicoativas nos neurotransmissores, que coadunam com os estudos de Illich (1975) sobre a iatrogenia que foram analisados no ponto 3.2.

Os efeitos colaterais que a modernidade e seu desenvolvimento tecnológico trazem, só podem ser resolvidos com mais tecnologia (BECK, 2010). Processo semelhante ocorre na questão da medicalização. O uso de psicofármacos desencadeia inúmeros efeitos colaterais que só podem ser combatidos ou limitados com mais medicação e, ao final, temos um efeito dominó: um indivíduo inicia seu tratamento a base de psicofármacos para “aplar” uma disfunção neuronal, desenvolve sintomas desagradáveis decorrentes de tal medicação e que, muitas vezes, não estavam previstos; passa a fazer uso de mais medicação e assim sucessivamente. É a maneira de atuação que a medicalização exerce sobre os corpos. Os indivíduos passam a ser governados em prol da segurança, e a medicação, que geralmente é prescrita por um tempo longo, tem a promessa de tirar o indivíduo da zona de perigo.

Foucault (2008b) analisa politicamente a insegurança que está na base da sociedade, e afirma que a lógica do risco e da segurança é o que possibilita o governo das populações. O autor disserta sobre o sistema penal do século XVIII e a questão da segurança. O sistema disciplinar compreende aspectos que são da ordem da segurança, e a tarefa de correção que é exercida pelo sistema penal tem como objetivo evitar os riscos de recidiva. Como o autor afirma:

Porque, afinal de contas, para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, e é apenas um exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância, de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico do que eles são, de classificação da sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar (FOUCAULT, 2008b, p. 11).

A relação que Foucault (2008b) coloca com a tecnologia da segurança é mais ampla que a do sistema penal. A questão da tecnologia da segurança inflacionou e revolucionou as técnicas disciplinares e as técnicas jurídico-legais. Porém, não há uma sequência onde a lei surge, depois a disciplina e por último a segurança. A questão da segurança é que ela se acrescenta às obsoletas estruturas da lei e da disciplina colocando-as em funcionamento. Elas podem emergir dentro dos próprios mecanismos de controle social e até mesmo nos mecanismos que modificam o futuro biológico da espécie.

A análise tecida por Foucault (2008b) a respeito dos dispositivos de segurança recai sobre os espaços de segurança, sobre a contingência, a normalização e a população. Para entendermos as análises que ele realiza sobre a questão da segurança, e de como é dada sua atuação nos diversos espaços, vamos recorrer ao tema da governamentalidade. Esse conceito esclarece uma separação entre o poder governamental e o poder soberano. Foucault (1979) nos mostra que a soberania busca o poder acima de tudo e de todos, e esse poder recai sobre o povo. A soberania, segundo o autor, é um fim em si mesmo. Já a governamentalidade faz surgir um Estado administrador ou, nas palavras do autor, um Estado gestor, que relaciona a arte de governar à arte de “exercer o poder segundo o modelo da economia” (FOUCAULT, 1979, p. 281). O governo não concentra sua forma de atuação sobre um território ou a propriedade, mas sobre um conjunto de homens e suas relações com as coisas, e essas coisas são definidas pelo autor como sendo as riquezas, os recursos, os meios de subsistência e, também, os costumes, a cultura, os acidentes, as epidemias e a morte.

Foucault (1979) faz uma distinção entre a obediência às leis dentro da soberania e dentro do governo. Na soberania, a lei e o poder soberano eram indissolúveis; o bem era a obediência à lei, seja do próprio soberano terreno ou do soberano absoluto, no caso, Deus. A diferença reside justamente quando Foucault coloca a palavra “dispor”. O governo deve dispor corretamente as coisas para melhor governá-las,

ou seja, “utilizar mais táticas do que lei, ou utilizar ao máximo as leis como táticas” (FOUCAULT, 1970, p. 284).

Esta arte de governar irá se solidificar na passagem do século XVI para o século XVII, principalmente quando o Estado busca fundamentar-se em sua própria racionalidade. Através do desenvolvimento da economia política é que os problemas da população puderam ser calculados estatisticamente, e sistematizados fora da esfera jurídica da soberania. Nesse aspecto, foi possível observar que a população tinha sua própria regularidade. A estatística quantificou fenômenos, como número de mortos, de doentes, proporção de acidentes, demografia, consumo e etc. Essa regularidade permitirá que o governo atue de forma a melhorar as condições de vida da população, fazendo uso de instrumentos como campanhas que operam diretamente sobre a população, aumentando, por exemplo, a taxa de natalidade e o controle de epidemias. A população será, como afirma o autor, um objeto nas mãos do governo.

A ideia que Foucault nos apresenta sobre a questão da seguridade social³⁶ é o ponto que iremos nos deter. O governo se responsabiliza por um conjunto de homens e coisas. Isso quer dizer que a população está sujeita ao controle racional e administrativo do Estado, ou seja, que a população está subordinada ao biopoder. Nessa perspectiva, Foucault (2008b) nos mostra que as técnicas de poder poderão atuar no destino biológico da espécie.

Foucault (2003a, 2003b), ao analisar os problemas sobre a questão da segurança, afirma que a relação entre o Estado e a população se estabelece por meio de acordos de segurança. Na época da soberania, este acordo era feito em relação ao território. Atualmente, os acordos que o Estado estabelece dizem respeito à segurança; a garantia contra tudo que possa ser visto como incerteza ou risco. E isso é realizado através da criação de mecanismos que administrem a questão das contingências, como seguridade social, fundos de solidariedade, qualidade na segurança pública, etc. O autor discute sobre os

³⁶ De acordo com a Constituição Federal (1988), artigo 194 e seguintes, a seguridade social é o conjunto de ações e instrumentos por meio do qual se pretende alcançar uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem de todos. O sistema de seguridade social, em seu conjunto, visa a garantir que o cidadão se sinta seguro e protegido ao longo de sua existência, provendo-lhe a assistência e recursos necessários para os momentos de infortúnios. É a segurança social, segurança do indivíduo como parte integrante de uma sociedade.

mecanismos de controle que são impostos aos indivíduos e domesticam seus corpos, sua linguagem e seus hábitos.

Portanto, essas novas noções, como risco, perigo e crise, solicitam uma série de intervenções. As estatísticas permitirão que se calculem os riscos relacionados a doenças e taxas de mortalidade. Tomando como exemplo o caso da varíola, Foucault afirma que:

A partir do momento em que, a propósito da varíola, passam a ser feitas análises quantitativas de sucessos e insucessos, de fracassos e de êxitos, quando passam a calcular as diferentes eventualidades de morte ou de contaminação, então a doença não vai mais aparecer nessa relação maciça da doença reinante com o seu lugar, seu meio, ela vai aparecer como uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo e no espaço (FOUCAULT, 2008b, p. 79).

A noção de caso seria uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença de modo quantitativo, ou seja, colocar na esfera do coletivo os eventos individuais. A noção de risco surge quando é possível identificar em cada indivíduo ou grupo, o risco que cada um tem de contrair a doença ou vir a óbito. O cálculo dos riscos traz o conhecimento de que o nível de sujeição que os indivíduos estão expostos à doença não são os mesmos, assim é possível identificar o que é perigoso. A possibilidade de uma doença se multiplicar em determinado momento e lugar, e essa proliferação requerer um controle advindo de uma medida artificial, geraria a crise. Dentre essas noções que Foucault (2008b) estabelece, há certa normalidade considerada aceitável em relação ao contágio da doença e em relação à mortalidade. Caberá à técnica reduzir as normalidades mais negativas. Nesse contexto, a medicina preventiva tem seu campo de atuação, como afirmou Foucault:

é nesse nível do jogo das normalidades diferenciais, do seu desmembramento e do rebate de umas sobre as outras que – ainda não se trata da epidemiologia, da medicina das epidemias – a medicina preventiva vai agir (FOUCAULT, 2008b, p. 82).

Nessa perspectiva, a noção de risco em Foucault pode ser vista como uma ferramenta de cálculo e previsibilidade. Pela lógica

foucaultiana, a medicina acredita poder calcular e antecipar o risco de um indivíduo apresentar comportamentos considerados como desviantes, por exemplo. Através das tecnologias de poder empregadas pela psiquiatria, os indivíduos podem ser colocados em grupos de risco de desenvolver transtornos mentais. E, por meio de intervenções preventivas e estratégias de normalização, a psiquiatria pode intervir antes que a doença mental se cronifique.

Nesse contexto, os diagnósticos precoces de transtornos mentais em crianças e adolescentes se revelam como uma estratégia biopolítica. A identificação de anomalias e problemas cotidianos como precursores de doenças mentais, será a práxis adotada pela biopolítica na psiquiatria preventiva. Podemos observar esse olhar preventivo no campo da educação e nos discursos de seus profissionais, que parecem estar orientados para a detecção do risco, do problema que pode vir a se agravar no futuro e da atuação no presente:

O importante é fazer o diagnóstico certo e em tempo. Essa é uma grande dificuldade. Um aluno foi diagnosticado com depressão e tomou antidepressivo por um tempo. Ele piorou, ficou muito mais agressivo, tinha uns 'repentes', se agitava e batia nos colegas, depois ficava um tempo calmo. Ai a família, na verdade uma tia dele começou a achar que tinha alguma coisa errada e pediu pra mãe levar em outro médico, era um médico lá de São Paulo. Lá ele foi diagnosticado com bipolaridade. Começou a tomar o remédio certo e era outra pessoa. Até os problemas de insônia que ele tinha desapareceram. (PH2)

Robert Castel (1983, 1984) analisa o surgimento desse novo espaço para o risco que estava dissociado da noção de perigo. Segundo o autor, “um risco não resulta da presença de um perigo específico, realizado por um indivíduo ou até mesmo um grupo concreto. É uma conexão de dados abstratos ou fatores que tornam mais ou menos provável o aparecimento do comportamento indesejável” (CASTEL, 1983, p. 122). Nessa via, as políticas preventivas supervisionam o aparecimento de um evento, como doença, anormalidade, comportamento desviante, etc., e essa forma de monitoramento, que o autor chama de rastreamento sistemático, prescinde da presença física, ou seja, do contato entre o supervisor e aquele que é supervisionado. Nesse ponto o autor se vale do modelo do panóptico de Foucault para elucidar sua teoria.

Castel (1983) afirma que a forma de atuação das políticas preventivas não recai sobre o indivíduo para corrigi-lo, mas sua atuação se dá sobre fatores de correlação de elementos heterogêneos. Sendo assim, o autor mostra que há uma desconstrução do sujeito concreto da intervenção e uma combinação dos fatores que produzem o risco. O principal objetivo não é o enfrentamento de uma situação específica de perigo, mas sim, antecipar os próprios riscos.

Seguindo a mesma lógica, Foucault (2005a) já havia teorizado sobre a desconstrução do sujeito concreto, no que tange à prevenção e antecipação de riscos. Para o autor, a antecipação dos riscos é a preocupação da biopolítica. A partir do momento que fenômenos aleatórios são observados, não mais individualmente, mas em termos de população, as possibilidades de intervenção de riscos emergem. Esse processo, onde os fenômenos de contingência se referem a fatos sociais, possibilita a instauração de mecanismos reguladores que tem como objetivo manter um estado de equilíbrio.

A prevenção em Castel é relacionada ao cálculo de probabilidades. Um sujeito é considerado suspeito por apresentar características que os especialistas responsáveis pelas políticas preventivas consideram como fatores de risco, e essas características estão se expandindo cada vez mais. O espaço generalizado de fatores de risco que está se construindo multiplica infinitamente as possibilidades de intervenção. O autor questiona a possibilidade de existência de alguma situação que possa estar livre de qualquer risco e discute o fato de que o mito da erradicação absoluta do risco criado pelas ideologias modernas acaba criando uma série de categorias de risco que são alvos para diversos modos de intervenções preventivas. Um dos problemas gerados pelas intervenções médicas diz respeito à falta de reflexão sobre os efeitos iatrogênicos que tais intervenções podem causar na população.

Como já discutido anteriormente e, fazendo um enlace entre os pontos de vista dos autores que estudamos sobre a questão dos riscos, podemos afirmar que a modernidade ainda busca no corpo biológico as razões para os problemas que são originados por ela própria. A lógica da prevenção gera inúmeras categorias de risco que têm como objetivo normalizar comportamentos e obter o controle total das populações e de todos os fenômenos que possam representar qualquer tipo de infortúnio. Ainda que, biologicamente, nada se tenha comprovado a respeito dos transtornos mentais que colocam esses grupos em risco, a medicina segue nessa busca (BRZOWSKI, 2013).

No que tange à medicalização e patologização da infância, segundo Collares & Moysés (1985, p. 10), esse processo “consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social”. No entanto, até o

momento presente não existem comprovações científicas da existência de tais transtornos, como o TDAH, por exemplo. Sobre isso,

[...] podemos afirmar que até hoje, cem anos depois de terem sido aventados pela primeira vez por um oftalmologista inglês, os distúrbios neurológicos não tiveram suas existências comprovadas, é uma longa trajetória de mitos, estórias criadas, fatos reais que são perdidos/omitidos. Trata-se de uma pretensa doença neurológica jamais comprovada; inexistem critérios diagnósticos claros e precisos como exige a própria ciência neurológica; o conceito é vago e abrangente demais (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 29).

De acordo com Moysés (2007), a justificativa para a medicalização e intervenção utilizada pela psiquiatria e profissionais de saúde, repousa na criação de patologias que nomeiem os desvios que são ou não considerados normais. Dessa forma, a vida passa a ser controlada pelo discurso biomédico. A autora discute o fenômeno da naturalização, a partir de um discurso médico, de comportamentos transformados em anormalidades:

Nessa década, comprovou-se que a agressividade era biologicamente determinada por cérebros disfuncionais, e a solução proposta e implantada para a violência nos guetos foi a psicocirurgia, eufemismo para a lobotomia; também foi provado que a inteligência é geneticamente determinada, e que os negros são, naturalmente, inferiores aos brancos; provou-se ainda que, geneticamente, as mulheres desenvolvem menos os raciocínios matemático e abstrato, o que explicaria sua maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho e a ocupação em cargos de chefia. Isso sem falarmos das teorias de Lombroso e, em especial, de suas releituras recentes (MOYSÉS, 2007, p. 165).

3.3.1 Riscos e transtornos mentais na infância

Exemplo dessa naturalização de patologias pode ser visto com a atual proliferação de diagnósticos psiquiátricos, que dizem respeito a comportamentos cotidianos. Segundo Moysés (2013), vivemos, hoje, uma pandemia de transtornos mentais. As novas classificações

psiquiátricas que estão presentes nos manuais e diagnósticos, rotulam uma gama gigantesca de pessoas como portadoras de transtorno mental.

Nessa perspectiva, a análise foucaultiana é muito precisa quando trata da questão do poder que é exercido pela psiquiatria. A criação de novos diagnósticos que constam nos manuais, e que classificam como anormais os comportamentos comuns da sociedade, mostram que a psiquiatria preventiva pode ser entendida como a grande aliada do processo de medicalização da vida.

O risco e a identificação precoce de indivíduos com a suposta probabilidade de patologias psiquiátricas é a grande sombra da psiquiatria moderna. Essa dinâmica tem desencadeado um amplo processo de medicalização da infância, originado no nascimento da psiquiatria moderna e perpetuado até os dias de hoje (CAPONI, 2009).

Nesse cenário está se formando uma nova configuração de vida, com novos hábitos, medidas preventivas e observação de comportamentos desviantes.

Podemos acrescentar que, com a naturalização de patologias historicamente criadas e de comportamentos tornados perigosos, a lógica da prevenção do risco passa a ser instituída e move a medicalização. Tendência e propensão tornam-se palavras de ordem. Pais, mestres e Estado precisam estar cada vez mais atentos, em nome do bem-estar geral, a qualquer sinal de que a doença bate à porta. Mais do que isso, há que se prevenir tal visita. Para tanto, existe uma escolha: a escolha da vida saudável, dos hábitos saudáveis, das medidas preventivas, do conhecimento/ reconhecimento de condutas inadequadas (DECOTELLI; BOHERE; BICALHO, 2013, p. 455).

Além dos critérios diagnósticos construídos no DSM alargarem-se cada vez mais e trabalharem com a lógica da prevenção e risco, há um forte interesse das indústrias farmacêuticas por trás dos discursos médicos. Veremos como o *lobby* farmacêutico trabalha conjuntamente na elaboração e comercialização de seus produtos junto à classe médica, fator que alavanca o processo de medicalização da vida e da infância e a banalização dos diagnósticos em transtornos mentais.

3.4 A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E OS INTERESSES NA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX (GUARIDO, 2007, p. 158).

Em 1989, a companhia médica norte-americana Woodbine House publicou um livro audiovisual intitulado Shelley, a tartaruga hiperativa³⁷. O vídeo apresenta claramente como as manifestações infantis são capturadas pela indústria farmacêutica. A tartaruguinha apresenta um comportamento agitado e agressivo e as tartarugas adultas, de imediato, supõem a existência de um problema médico. Shelley era vista como um menino mal educado, até o momento que sua mãe o leva ao neurologista e este encontra a resposta para tudo e o diagnostica como hiperativo. O restante da história é previsível: a partir das pílulas brancas, como são chamadas no vídeo, Shelley torna-se uma boa criança, mais calma, feliz e cheia de amigos.

O que importa aqui é destacar o conteúdo benéfico que o medicamento ocupa na animação. A ideia de que existem medicamentos capazes de apaziguar as dores dos sofrimentos inerentes à vida e, com isso, devolver a paz e a felicidade aos homens é a promessa contida nas caixinhas dos psicofármacos. A banalização da prescrição de psicofármacos não pode ser vista desvinculada dos interesses da indústria farmacêutica. Interesses ávidos por expansão e lucros devem ser considerados quando nos referimos ao processo de medicalização da vida.

O poder do mercado farmacêutico é uma realidade indiscutível. Cada vez mais as corporações mundiais investem na comercialização de psicofármacos. Utilizando-se do marketing farmacêutico, os investimentos gastos com pesquisa e desenvolvimento proporcionam um retorno milionário aos seus fabricantes. O complexo industrial médico, formado pelas empresas e corporações farmacêuticas é alimentado pela tecnologia e intervenções farmacêuticas (DAS, 2011).

Os estudos de Anindya Das fazem um retrospecto da história dos medicamentos desde a criação de remédios caseiros, que faziam uso de ervas e conhecimentos tradicionais, até o advento da industrialização e

³⁷ O livro Shelley, **The Hyperactive Turtle**, está disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=tkTdx-U0_NE> e foi traduzido para o espanhol como **Sheli, la tortuga hiperactiva**.

urbanização, que transformou a arte da manipulação caseira em uma profissão especializada em fabricar e distribuir drogas de acordo com normas e critérios estabelecidos.

A partir do século XVIII, a *Worshipful Society of Apothecaries of London* conquistou o monopólio do fornecimento de medicamentos para o Exército, Marinha e Colônias da Índia. Progressivamente foram sendo descobertas vacinas, utilização de morfina e quinina para fabricação de remédios e uma produção em grande escala permitiu a padronização desses medicamentos. O século XIX trouxe uma grande inovação com a descoberta dos compostos sintéticos, e isso possibilitou um crescimento exponencial da indústria farmacêutica, além de grandes investimentos na produção de conhecimento médico e intervenções clínicas. Em meados do século XX, o *boom* econômico que se seguiu, atraiu investimentos que possibilitaram a expansão da indústria farmacêutica. Esse contexto histórico é marcado pela profissionalização e forte especialização da medicina, bem como o estabelecimento e elaboração das novas práticas médicas nos hospitais, clínicas e consultórios privados (DAS, 2011).

O crescimento da economia globalizada abre espaço para o investimento mundial das empresas farmacêuticas, principalmente nos países desenvolvidos, os chamados BRICS³⁸. O objetivo é o de aproximar cada vez mais os mercados consumidores. O marketing é o grande aliado da indústria farmacêutica para aumentar as vendas nos mercados em que atua (HEKIS et al., 2014).

Os propagandistas e representantes farmacêuticos são as maiores estratégias de *marketing* e também o maior elo entre a indústria e os médicos. A propaganda médica é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela que engloba “todas as atividades informativas e de persuasão por parte dos fabricantes e distribuidores, cujo efeito é o de influenciar a prescrição, fornecimento, compra ou uso de medicamentos” (NORRIS et al., 2007 *apud* HEKIS et al., 2014).

Segundo Hekis et al. (2014), o setor farmacêutico investe fortemente nos medicamentos utilizados para o tratamento de doenças crônicas, ou seja, aqueles que necessitam de um longo período de tratamento. O quadro abaixo apresenta algumas técnicas e ações estratégicas de marketing utilizadas pelo mercado farmacêutico para venda de seus produtos.

³⁸ De acordo com as informações do Ministério das Relações Exteriores, BRICS é um acrônimo que identifica cinco economias emergentes e se refere aos países Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul que juntos formam um grupo político de cooperação. Mais informações, acessar:
<http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3672&catid=159&Itemid=436&lang=pt-BR>.

Quadro 5 – Técnicas de marketing utilizadas pelo mercado farmacêutico

ESTRATÉGIA	AÇÃO
Propaganda direta ao consumidor	Meios de comunicação (mídia impressa, rádio, televisão, internet etc.).
Propaganda Médica	Visita de propagandistas de medicamentos aos consultórios médicos, clínicas e hospitais.
Anúncios em Publicações	Anúncios pagos em publicações médicas, não médicas, revistas e jornais.
Matérias na imprensa leiga	Matérias escritas por jornalistas veiculando assuntos de interesse da indústria farmacêutica.
Merchandising	Propaganda de modo ostensivo ou subliminar de um produto (medicamentos). Muito utilizado em filmes e novelas.
Eventos Médicos	Realização de reuniões, simpósios e patrocínio de congressos médicos.

Fonte: Hekis et al. (2014).

Marcia Angell, ex-editora-chefe do conceituado periódico científico *New England Journal of Medicine* e pesquisadora do Departamento de Medicina Social da Harvard Medical School, trabalha com temas relacionados à indústria farmacêutica e ao conflito de interesses nas investigações científicas. Em 2004, Angell publicou o livro **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos** em que denunciava a manipulação de resultados em ensaios científicos, condutas antiéticas, conflitos de interesses na classe médica, etc. Esse livro causou furor na comunidade médico-farmacêutica e repercussão mundial (PALMA, 2008).

A autora discute o conflito de interesses envolvendo os laboratórios e a produção científica. Segundo Angell, as indústrias farmacêuticas são grandes patrocinadoras de pesquisas envolvendo medicamentos e produtos médico/farmacêuticos, cooptando médicos e instituições. Ela revela que a política de marketing tem grande poder na divulgação e venda dos medicamentos, tanto que na Alemanha, Grã-Bretanha, França e Estados Unidos, existe em média um promotor de venda para cada sete médicos.

Em um artigo publicado em 2009 no **The New York Review of Books**, Marcia Angell faz a seguinte denúncia:

Ninguém sabe o quanto a indústria gasta com médicos, mas calculo, por seus balanços anuais, que o gasto das maiores empresas chegam a dezenas de bilhões de dólares. Por estes meios, a indústria farmacêutica ganhou enorme controle

sobre o modo como os médicos avaliam e usam seus produtos. Seus laços com médicos, especialmente catedráticos em escolas médicas de prestígio, afetam os resultados da pesquisa, o modo de praticar a medicina e até a definição do que é doença (ANGELL, 2009, *web*).

Em relação aos testes de novos medicamentos, Angell mostra que, para que uma nova droga entre no mercado, ela precisa passar por ensaios clínicos que provem sua segurança e eficácia à FDA (*Food and Drug Administration*)³⁹. Atualmente, a maior parte desses estudos são patrocinados pela indústria farmacêutica.

Segundo Brozowski (2013), os ensaios clínicos comparam os resultados do novo medicamento com o medicamento que era utilizado anteriormente. Caso o medicamento analisado seja novo, e não exista medicamento anterior para a realização de estudos comparativos, a nova droga é comparada a um placebo. Ocorre que há uma grande publicação de resultados positivos ao novo medicamento, justamente porque seus critérios de cientificidade preenchem os requisitos estabelecidos pela medicina. Assim, somente os artigos que preenchem esses critérios acabam sendo publicados, suprimindo aqueles que apresentavam resultados desfavoráveis, críticas e fragilidades nas hipóteses trabalhadas. A autora afirma que a indústria farmacêutica participa de todas as etapas de realização dos testes clínicos de novos medicamentos, o que evidencia a tendenciosidade na publicação dos estudos e os interesses para futuras comercializações medicamentosas.

Um fato importante apontado por Angell (2009) é que os patrocinadores das indústrias demonstram preferência pela realização dos ensaios clínicos nas escolas médicas, principalmente pelo acesso a professores-médicos influentes, considerados como formadores de opinião. São eles que irão publicar livros e artigos em periódicos, compêndios e manuais que estarão nos painéis consultivos da FDA, além de determinarem o conteúdo do DSM. Segundo Angell, eles são a melhor equipe de vendas que a indústria poderia ter. Os estudos são direcionados pelas empresas, pois:

Como as empresas insistem, como condição para financiamento, que estejam intimamente

³⁹ FDA é o órgão governamental dos EUA responsável pelo controle dos alimentos (tanto humano como animal), suplementos alimentares, medicamentos (humano e animal), cosméticos, equipamentos médicos, materiais biológicos e produtos derivados do sangue humano.

envolvidas em todos os aspectos da pesquisa que patrocinam, elas podem facilmente direcionar o estudo para que mostrem seus medicamentos melhores e mais seguros do que são. Antes da década de 1980, professores pesquisadores tinham total responsabilidade pela condução dos trabalhos, mas agora os empregados das empresas ou seus agentes frequentemente concebem os estudos, analisam, escrevem os *papers* e decidem se e como publicar os resultados (ANGELL, 2009, *web*)

A pesquisadora revela que a indústria farmacêutica subsidia as reuniões da APA e outras conferências psiquiátricas. Cerca de um quinto do financiamento da APA vem da indústria farmacêutica. Angell afirma ainda que esse enlace entre a academia e a indústria farmacêutica atinge seu clímax na psiquiatria. As drogas psicoativas justificam suas generalizações na teoria de que as condições psiquiátricas resultam de um desequilíbrio bioquímico, porém essa teoria nunca foi comprovada. Os principais alvos dos psicoativos são as crianças, já que os pais “nunca ousariam dizer não quando o médico afirma que seu filho(a) está doente e recomenda tratamento com drogas” (ANGELL, 2009, *web*).

A pesquisadora sustenta que estamos no meio de uma epidemia de doença bipolar em crianças, ultrapassando o TDAH. Ela mostra que este diagnóstico cresceu 40 vezes entre 1994 e 2003, e o tratamento inclui a prescrição de múltiplas drogas com efeitos sedativos e potenciais efeitos colaterais.

Em outro artigo publicado na revista *Piauí* (2011), Angell analisa os estudos de Irving Kirsch, psicólogo da Universidade de Hull no Reino Unido, diretor associado do Programa em Estudos Placebo e professor de medicina na Harvard Medical School e Beth Israel Deaconess Medical Center; o renomado jornalista Robert Whitaker, conhecido por seus artigos e livros denunciando os abusos da indústria farmacêutica e os malefícios do uso de psicofármacos, e do psiquiatra de Boston, Daniel Carlat, crítico de terapias a base de medicamentos. Nenhum dos três concorda com a teoria de que a doença mental é decorrente de um desequilíbrio químico no cérebro.

Para esses pesquisadores, essa teoria surgiu pouco depois que os psicotrópicos foram introduzidos no mercado. O primeiro deles, lançado em 1954 foi o *Amplictil* (clorpromazina) para acalmar pacientes de hospitais psiquiátricos. No ano seguinte, foi lançado o *Miltown* (meprobamato) indicado para ansiedade em pacientes ambulatoriais e, em 1957 foi lançado o *Marsilid* (iproniazida) para tratar a depressão. No entanto, essas drogas não haviam sido desenvolvidas para tratar doenças

mentais. Elas foram derivadas de substâncias destinadas ao combate de infecções e, por acaso, veio a descoberta de que alteravam o estado mental.

Segundo Angell, foi dessa maneira que surgiu a teoria de que a causa da doença mental é uma anormalidade da concentração cerebral de elementos químicos. Drogas que diminuíam os níveis de dopamina no cérebro serviram de bases para a afirmação de que doenças, como a esquizofrenia, eram causadas por excesso de dopamina. Por outro lado, aquelas que aumentavam os níveis de serotonina, embasaram a teoria de que a depressão é ocasionada pela escassez dessa substância. Assim, em vez de desenvolver um medicamento para tratar um problema, um problema foi postulado para se adequar a um medicamento.

Marcia Angell conclui que as drogas psicoativas perturbam os neurotransmissores, provocando alterações substanciais e de longa duração na função neural. Citando os estudos de Whitaker, ela disserta que o uso de psicofármacos provoca um efeito dominó no cérebro. O uso de um antidepressivo, por exemplo, aumenta os níveis de serotonina nas sinapses e estimula mudanças compensatórias por meio de um processo chamado *feedback* negativo. Em reação aos altos níveis de serotonina, os neurônios que a secretam liberam menos dela, e os neurônios pós-sinápticos tornam-se insensíveis a ela. Na verdade, o cérebro está tentando anular os efeitos da droga. O mesmo efeito em cadeia acontece com o uso de antipsicóticos. Há um bloqueio de dopamina, mas os neurônios pré-sinápticos realizam a compensação, liberando mais dopamina. Após o uso prolongado de substâncias psicoativas, os esforços de compensação do cérebro começam a falhar e surgem os efeitos colaterais. Estes, por sua vez, são tratados por outros medicamentos.

Em seu artigo, Angell mostra que para Daniel Carlat, os diagnósticos na psiquiatria são subjetivos e expansíveis. Ao contrário das enfermidades tratadas pela maioria dos outros ramos da medicina, a psiquiatria não trabalha com sinais ou exames objetivos para as doenças mentais, já que não existe nenhum dado de laboratório ou descoberta por ressonância magnética. E é justamente isso que possibilita a expansão das fronteiras do diagnóstico ou até mesmo a criação de novos diagnósticos, o que seria impossível, por exemplo, em um ramo como a cardiologia. Os estudos e declarações de Marcia Angell documentam a proliferação de diagnósticos, o uso excessivo de medicamentos com efeitos colaterais devastadores e os conflitos de interesse generalizados.

Outro estudo realizado pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) no portal da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) apresenta a publicação do boletim informativo no Brasil, nos anos de 2009 a 2011 sobre a prescrição e

consumo de psicotrópicos, dentre eles o metilfenidato. Os dados mostram que o TDAH é tido como um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comuns da infância, afetando de 8 a 12% das crianças no mundo, sendo o motivo mais frequente de consulta nos serviços de saúde mental envolvendo esses pacientes. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, em 2007, considerou-se que aproximadamente 9,5% (5,4 milhões) de crianças e adolescentes americanos de 4 a 17 anos tinham TDAH. Estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes bastante discordantes foram encontradas no Brasil, com valores de 0,9% a 26,8% (ANVISA, 2012).

O boletim analisou o consumo de metilfenidato (Ritalina® e Concerta®) no Brasil, nos anos de 2009 a 2011. Conclui-se que todas as capitais brasileiras tiveram uma estimativa de aumento percentual real no consumo de metilfenidato no período analisado. Em relação aos gastos com a medicação, o estudo revelou que no ano de 2011, o gasto direto total estimado das famílias brasileiras com a aquisição de metilfenidato foi de aproximadamente R\$ 28,5 milhões, gerando um valor de R\$ 778,75 por 1.000 crianças com idade entre 6 e 16 anos (ANVISA, 2012).

Ao final, o boletim conclui que:

O uso do medicamento metilfenidato tem sido muito difundido nos últimos anos de forma, inclusive, equivocada, sendo utilizado como “droga da obediência” e como instrumento de melhoria do desempenho seja de crianças, adolescentes ou adultos. Em muitos países, como os Estados Unidos, o metilfenidato tem sido largamente utilizado entre adolescentes para melhorar o desempenho escolar e para moldar as crianças, afinal, é mais fácil modificá-las que ao ambiente (ANVISA, 2012).

Diversos estudos estão sendo realizados no mundo inteiro, denunciando os laços entre a academia e as indústrias farmacêuticas, as fraudes nas publicações dos ensaios clínicos, os abusos de prescrições médicas, banalização de diagnósticos, além dos bilhões que são faturados anualmente pelas indústrias farmacêuticas.

Em 2004, foi realizada uma pesquisa na Agência Española del Medicamento, com apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a respeito dos psicofármacos. O estudo apresentou algumas análises realizadas por John Newcomer, da Universidade de

Washington, que mostravam diversos efeitos colaterais provocados pelo uso indiscriminado de psicofármacos, inclusive óbitos. Porém, esses dados quase não são revelados pelas indústrias farmacêuticas. O pesquisador denunciou que o setor farmacêutico investe milhões em atividades de promoções e vendas, inclusive concedendo brindes e prêmios aos consumidores. A grande maioria dos médicos aceitam dinheiro, presentes e convites de viagens patrocinados por laboratórios e, em troca, receitam seus remédios. Comenta-se, ainda, que os laboratórios interferem na pauta de eventos e publicações médicas em troca de patrocínio e que, em eventos científicos, médicos falam favoravelmente sobre drogas de empresas que estão financiando suas viagens e estadias.

Essa pesquisa trouxe à tona uma declaração de Roberto Luiz D'Ávila, presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), que revelava que a relação entre médicos e a indústria farmacêutica é promíscua e que muitos se transformam em garotos-propaganda de luxo dos laboratórios. Além disso, os diagnósticos colocaram os sintomas das doenças de forma tão genérica, que qualquer indivíduo é facilmente enquadrado em algum deles.

Podemos concluir, nessa seção, que a indústria farmacêutica possui grande poder nas pesquisas científicas e que o discurso médico está ajustado às demandas dos grupos hegemônicos. A lógica da medicina, que se fundamenta na ideia de que seria preciso primeiro comprovar uma doença para depois tratá-la, está invertida com a banalização e proliferação de diagnósticos em transtornos mentais. Este fenômeno da atualidade obedece mais à lógica do mercado do que a da própria saúde.

4 A MEDICALIZAÇÃO DO CAMPO EDUCACIONAL

A seleção das escolas procurou contemplar diferentes metodologias de ensino, pois acreditávamos que em cada uma delas a relação com o processo de medicalização receberia uma abordagem diferente. Ao avançarmos nossa pesquisa, percebemos que a medicalização de comportamentos próprios da infância se apresentava de forma mais intensa em escolas que contavam com um grande número de alunos por sala de aula. Escolas que contavam com mais de 30 alunos em sala de aula apresentavam mais problemas relacionados com a indisciplina, e os professores demonstravam maiores dificuldades em aplicar os conteúdos pedagógicos do currículo da instituição. As diferentes perspectivas pedagógicas não se mostraram suficientes para que a questão da medicalização recebesse uma abordagem diferenciada. Até mesmo as escolas com uma metodologia de ensino alternativa demonstraram que em situações extremas, recorrem a intervenções biomédicas.

Em todas as escolas que entrevistamos, a equipe docente nos recebeu muito bem, colaborando com interesse nas entrevistas. Percebemos que esse tema incomoda todos os profissionais da educação que entrevistamos e que, em sua maioria, sentem-se perdidos em relação ao aumento de crianças que fazem uso de psicofármacos, entretanto, por mais que procurem outros métodos para solucionar os problemas que relataram a respeito do comportamento dos alunos, o remédio ainda é um recurso muito utilizado.

Em relação ao espaço físico das escolas selecionadas, observamos que a maioria dispõe de espaço para brincadeiras e práticas esportivas, amplas salas de aula bem conservadas e estruturadas; área verde com gramado, árvores e parquinhos, brinquedos, biblioteca, sala de computação e laboratório bem equipado. Em duas escolas públicas, as carteiras se encontram em más condições, grande parte dos computadores não funciona e, em uma delas, não existe laboratório de ciências.

O número de alunos por sala de aula é maior nas escolas públicas quando comparado às de rede privada. Nas escolas de rede privada, o ensino infantil comporta duas professoras para cada sala de aula e uma média de 15 alunos por turma; uma professora e uma assistente para cada sala do ensino fundamental e médio e cerca de 30 alunos por turma. Já nas escolas de rede pública, as salas de aula possuem uma média de 40 a 45 alunos por turma e somente uma professora em sala de aula e uma assistente para cada duas turmas. Em uma das escolas de rede pública, a diretora nos informou que o número de alunos por sala está acima do que a mesma comportaria.

Em todas as instituições entrevistadas, o comportamento desviante é o critério de avaliação. Em apenas uma das instituições, a abordagem é diferenciada, mesmo assim, a professora me relatou um caso de um aluno que foi encaminhado para o psiquiatra. A forma de abordagem que essa instituição utiliza baseia-se na antroposofia com utilização de florais e homeopatia, além das terapias musicais e artísticas.

De acordo com a fala de professores, diretores, coordenadores e psicólogos, a ideia de herança familiar ou genética ainda é fortemente utilizada como explicação para os comportamentos agressivos, agitados ou apáticos. A medicação é utilizada como último recurso, porém o aluno diagnosticado e medicado tende a “acompanhar” as regras da instituição.

Os profissionais que atuam nessas instituições percebem que o uso de medicação, inicialmente, ameniza os efeitos dos transtornos, mas com o tempo, os alunos voltam a apresentar os mesmos comportamentos que o levaram ao diagnóstico. Nesse momento é realizada a troca de medicação, ou agregado outro psicofármaco para amenizar os efeitos colaterais do primeiro medicamento, provocando um efeito dominó: diagnóstico + medicação + substituição da medicação + medicação.

4.1 A ESCOLA NA ERA DA MEDICALIZAÇÃO



[...] queria que todos tivessem a sua altura e, para tanto, mandava que se deitassem no seu leito os viajantes detidos. Se ultrapassassem a medida do leito, cortavam-se lhes as extremidades, se, pelo contrário, fossem demasiadamente pequenos, puxavam-no mediante cordas, até que atingissem o comprimento exigido (MÉNARD, 1997, p. 188).

De acordo com a mitologia grega, o leito de Procusto tinha o tamanho exato de um corpo harmônico e ideal, porém, como ninguém se ajustava a essa imposição, todos estavam condenados (MÉNARD, 1997).

Procusto pode ser representado como símbolo de intolerância do ser humano para com seu semelhante. Em uma recente palestra sobre a medicalização da vida e da infância, ministrada em março de 2015 na UFSC por Maria Aparecida Affonso Moysés, professora titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e fundadora do Fórum

de Estudos sobre a Medicalização de Crianças e Adolescentes, foi citado o mito de Procusto. Moysés analisou metaforicamente o mito como sendo uma tentativa de imposição de padrões em vários campos do saber. A educação e a própria medicalização da infância, apresentam-se como um verdadeiro leito de Procusto, infligindo indistintamente um modelo homogeneizante.

Analisar o processo de medicalização da vida na infância nos faz adentrar os muros das instituições de ensino, pois é ali, no segundo berço da criança, que ele se inicia. Muitos estudiosos como Lev Vygotsky, Jean Piaget, Emilia Ferrero, Paulo Freire entre outros, já destacaram a importância da escola como sendo o segundo ambiente de formação social do ser humano capaz de despertar potenciais criativos, formação de pensamento crítico, curiosidades e interação social.

Para compreendermos como a medicina expandiu suas fronteiras e atravessou os muros das instituições de ensino, esse capítulo procura discutir o espaço escolar como o lugar de normatização e disciplinamento dos comportamentos. Através dos discursos de profissionais que atuam no campo educacional, analisamos a presença do saber médico nas escolas como explicação para os problemas que se manifestam em seu cotidiano e como a medicalização de condutas se apresenta nesse campo.

Acreditamos ser importante levar em consideração as práticas pedagógicas adotadas em cada uma das escolas analisadas, já que, ao menos teoricamente, as diferentes metodologias de ensino influenciam a conduta dos agentes educacionais e da escola como um todo. Observamos que, apesar das diferentes metodologias, os professores têm metas a seguir e um plano pedagógico a desenvolver e, nesse sentido, percebemos que na maioria dos casos a medicação favorece esse desenvolvimento, já que permite que o plano pedagógico possa ser concluído, como afirmou uma coordenadora:

Nós temos todo um trabalho a desenvolver. Realmente fica muito complicado quando temos alunos que não se interessam e que não conseguem acompanhar o ritmo do grupo [...] eles acabam distraindo até mesmo aqueles que querem, que estão afim. A gente percebe nitidamente que sem a medicação, por exemplo, alguns tipos de comportamentos ficam completamente exacerbados, em termos de agitação e de tirar a dinâmica da sala toda, de desestabilizar, desorganizar [...] fica muito mais agitado, agressivo. A medicação nesses casos

ajuda muito a reorganizar a dinâmica da sala e do próprio aluno. (PAC)

Nas investigações realizadas por Bourdieu (1996), fica claro que o sentido das ações não pertence ao agente que as realiza, mas ao sistema completo de relações a que pertencem e é por meio dele que se realizam. A dinâmica social acontece no interior de um campo onde seus agentes têm disposições específicas que o autor denominou de *habitus*⁴⁰. O campo é sustentado pelos valores ou formas de capital e a dinâmica no interior desse campo se dá por intermédio de lutas travadas entre os agentes que procuram manter ou alterar as relações de força e a maneira pela qual o capital específico é distribuído. As condutas dos agentes são determinadas pelas posições que ocupam na estrutura de relações.

Nessa concepção, o sujeito encontra-se inserido na estrutura e ao mesmo tempo constitui-se a força estruturante de um campo. Entretanto, para Bourdieu (1983, 1996), a estrutura não é a-histórica e nem estática, mas dinâmica e fruto de um conjunto de relações históricas. Ela é produto e produtora de ações; condicionada e condicionante e deriva da sobreposição das estruturas mentais dos agentes e do mundo dos objetos constituídos pelos mesmos. As estruturas mentais só são inteligíveis porque são pensadas a partir das estruturas objetivas, ou do mundo dos objetos e esse é um movimento que se reproduz continuamente. Sendo assim, a percepção individual é formada de acordo com as estruturas do campo em que se encontram. Nessa perspectiva, os agentes educacionais de nossa pesquisa são sujeitos da estrutura estruturada do campo educacional ao qual pertencem, e é dentro desse campo que suas condutas e formas de pensar são constituídas. Seu *habitus* são engendrados pela lógica desse campo e trazem em si o conhecimento e as regras do mesmo, de modo que suas escolhas e ações são automatizadas por essa mesma lógica e pela posição que ali ocupam.

Avançando nessa direção, nossa investigação nos permitirá compreender como os agentes educacionais reproduzem a estrutura desse campo que foi historicamente influenciado por práticas médicas.

4.1.2 Escola, família e sistema disciplinar

Com o paulatino fortalecimento de um moderno sentimento de infância e de família, a escola ganharia, desde o século XVII, novo lugar institucional. Havendo um aumento da procura por parte de populações urbanas e mercantis, organizam-se redes escolares, ainda que, muitas vezes, sob a égide clerical: a família

⁴⁰ O conceito de *habitus* de Bourdieu será melhor analisado mais adiante nesta pesquisa.

delegara à escola a parcela de sua responsabilidade educativa concernente a uma dada cultura letrada – o ler, o escrever, e o contar. O território da escola é o primeiro espaço seu que a criança tem. A escola é o tempo da juventude. Na escola, as famílias deixam de ter o protagonismo, e a criança passará a lidar com um outro repertório, com outros códigos e signos de saber e de poder. A escola, em certa medida, retrata e recompõe a vida social. Por outro lado, a escola cria e produz essa mesma vida social mediante o descortinar de símbolos e de valores que são, a cada nova geração, recompostos e reatualizados. Se a escola, efetivamente, reflete a vida coletiva, essa mesma sociabilidade poderá ser sempre alterada por decisão do conjunto de seus atores sociais. A escola exerce, pois, no ser humano, o papel de adesão a valores que ele mesmo se impõe. A sociedade escolhe seu repertório e seu script; a escola talvez ensaie a peça (BOTO, 2002, p. 12).

Philippe Ariès (2011) realizou um brilhante estudo sobre as mudanças históricas ocorridas na passagem do medievo para a modernidade que permitiram a constituição de um sentimento de infância. Ariès se debruça sobre os estudos da família e da infância a partir de fontes como diários e dossiês de família, registros de batismo, inscrições em túmulos e, principalmente, a iconografia religiosa e leiga. Com extremo detalhamento, o autor nos mostra a fragilidade e desvalorização que as crianças estavam submetidas. Na sociedade medieval não havia espaço para infância, “a passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que a família tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade, razão pela qual a velha sociedade tradicional mal vislumbrava a criança e menos ainda o adolescente” (ARIÈS, 2011, p. 10).

Entretanto, a invisibilidade das crianças na sociedade medieval se modifica de forma definitiva e imperativa a partir do século XVII. Segundo Ariès, essa modificação pode ser compreendida de duas maneiras: a escola substituiu a aprendizagem como meio de educação e, nesse mesmo período, surgiu um afeto familiar entre pais e filhos. Antes disso, as crianças recebiam atendimento precário e havia um grande índice de mortalidade infantil devido ao grande risco de morte pós-natal e às péssimas condições de saúde e higiene da população. Em relação à escola, o autor nos mostra que esta surge como um recurso para separar as crianças dos adultos em consequência do grande movimento de moralização dos homens promovidos pelos reformadores católicos ou protestantes ligados à Igreja, às Leis e ao Estado. Já, sobre o surgimento do afeto familiar, este emerge devido à

importância que é agora atribuída à escola. Antes, os filhos eram estabelecidos em função dos bens e da honra, com essa mudança, os pais passam a se interessar pelos estudos de seus filhos e os acompanhar em seu desenvolvimento, fato que, até então não era conhecido. A partir de então, a família passa a se organizar em torno da própria criança, retirando-lhe da invisibilidade.

No período entre a Idade Média e a Revolução Francesa, o reconhecimento da infância era tão inexistente que se pode afirmar que “essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos, e não se distinguia mais destes” (ARIÈS, 1981, p. 99).

A partir do momento que a constituição da família se configura como um lugar privado, o lugar da formação passa a ser partilhado pela família e pela escola, que se desloca para um meio igualmente isolado. É justamente nesse contexto que as características das crianças irão se distinguir dos adultos, originando as representações sociais e práticas de distinção. As mentalidades, de acordo com Ariès passam a contemplar a criança em si, não mais como um adulto incompleto e não desenvolvido.

Para Norbert Elias (1998), o processo de descoberta da infância é longo e ainda não se findou. Não se trata apenas de descobrir que as crianças não são mini adultos, mas que atingem a fase adulta por meio de um processo civilizador que está intrinsecamente ligado aos respectivos modelos sociais de civilização.⁴¹ Apesar dos enormes esforços rumo a uma maior compreensão dessa etapa da vida, ainda não sabemos como lidar com crianças em sociedades tão complexas como as nossas, que estão alicerçadas na previsão e no autocontrole. A problemática a respeito do melhor encaminhamento de crianças no processo civilizador individual até sua fase adulta, sem que suas possibilidades de gozo e alegria se deteriorem ainda está fortemente presente.

⁴¹ Elias critica as análises realizadas por Ariès, pois compreende a separação das crianças do mundo dos adultos como uma transformação que se deu na própria estrutura social que aconteceu desde a Idade Média. Na concepção de Elias, quando Ariès lamenta o fato de que nas sociedades modernas, as crianças já não são mais vistas como mini-adultos, ele demonstra uma falta de compreensão justamente dessas mudanças estruturais. Para Elias, os modelos atuais de educação escolar oferecidos às crianças e adolescentes, são questionáveis quanto à sua eficácia preparatória para a vida concreta. Entretanto, para poder se sustentar, enquanto adulto, numa sociedade desse tipo, Elias assegura a incontestável necessidade de uma capacidade diferenciada de autocontrole e de regulação afetiva. Essas capacidades são desenvolvidas ao longo de muitos anos de aprendizagem e estão imbricadas num prolongamento da vida individual.

Na modernidade, a criança é alocada a um universo à parte dos adultos. O quarto, a escola e toda a sua vida estudantil adquirem certo distanciamento dos adultos. Essas mudanças foram analisadas por Ariès, inclusive no que diz respeito à escola que, segundo o autor, está encarregada da tarefa de formação para a vida:

No decorrer desse processo, se reconhece que a criança não está preparada para enfrentar a vida, que é preciso submetê-la a um regime especial, a uma quarentena, antes de deixá-la ir viver com os adultos. Esse interesse novo pela educação se implantará, pouco a pouco, no núcleo da sociedade e a transformará completamente. A família deixa de ser, unicamente, uma instituição de interesse privado para transmissão de bens e sobrenomes e assume uma função moral e espiritual, será a encarregada de formar os corpos e as almas. Os pais já não se contentam em gerar filhos, com cuidar de alguns deles, desinteressando-se dos outros. A moral de uma época os exige a dar a todos os seus filhos, e não só ao maior, inclusive ao final do século XVII às filhas, uma formação para vida. Supostamente, a escola é a encarregada por essa preparação. Substitui-se a aprendizagem tradicional pela escola, uma escola transformada, instrumento de disciplina severa, protegida pela justiça e pela polícia (ARIÈS, 1981, p. 277).

De acordo com Ariès, a escola encerrou a infância em um regime disciplinar cada vez mais restrito, conduzindo à reclusão do internato nos séculos XVIII e XIX. A criança foi privada da liberdade que outrora gozava entre os adultos.

A introdução da criança nesse novo universo não pode ser vista como uma simples passagem de uma esfera privada para outra, agora pública. Ao entrar pela primeira vez numa instituição escolar, a criança se depara com um novo universo, distinto daquele que ela conhecia até então. Seu aprendizado, muito além da alfabetização e da contagem de números, abrange regras de convívio, posturas comportamentais e limites aos quais ela terá que se moldar. Independente da metodologia de ensino adotada pela instituição, o contexto educacional exerce o controle sobre o corpo e o comportamento das crianças através de padrões de normalidade ou do que é considerado aceitável de acordo com as normas que foram estabelecidas dentro daquela instituição de ensino. Diversas regras de comportamento são exigidas das crianças durante a execução

das atividades, dos jogos e brincadeiras, como a permanência nos lugares pré-determinados pelos professores, a atenção constante durante as explicações e realização de atividades, a organização, a paciência entre outros quesitos. O não cumprimento dessas exigências tem levado professores e familiares a interpretar tais atitudes como “anormais”.

Esses e outros fatores, como baixo rendimento escolar, agressividade, timidez e etc., impulsionam o fenômeno de classificação e medicalização de um número cada vez maior de crianças a ser diagnosticado com diversos transtornos mentais, principalmente o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que está em voga ultimamente.

Nesse sentido, a disciplina é o dispositivo utilizado para manter o controle e a norma. Através dela, os indivíduos são colocados em uma forma ou molde criado pela sociedade. Esse espaço não possibilita possíveis desvios que podem acontecer e, quando acontecem, como no leito de Procusto, a medida adotada atualmente para a volta à normalidade é a medicalização. Como afirma Foucault:

[...] a disciplina estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes e os outros. Ou seja, é a partir daí que se faz a demarcação entre o normal e o anormal. A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz (FOUCAULT, 2008b, p. 75).

No âmbito escolar, foram sendo instituídas descrições, mensurações e normatizações com objetivo de identificar aqueles que divergiam das normas estabelecidas ou, dito de outro modo, não cabiam na forma. De acordo com Cirino (2001, p. 19),

a proposta educativa – que faz com que a escola ganhe a importância de continuação do lar – visa a produzir ‘adultos convenientes’ aos ideais da sociedade que eles constituem. O projeto é claro: trata-se de harmonizar a criança para preparar o adulto.

O autor ressalta que o estabelecimento de regras e normas possibilitou uma estreita relação entre educação e saúde, e todos os profissionais que atuam na escolarização orientam-se para o treinamento dos corpos dos alunos.

Como observou Foucault (2008b), o treinamento dos corpos é efetivado por intermédio da disciplina. Para o autor, a disciplina normaliza. Ela “analisa, decompõe os indivíduos, os lugares, os tempos, os gestos, os atos, as operações, Ela os decompõe em elementos que são suficientes para percebê-los, de um lado, e modificá-los, de outro” (FOUCAULT, 2008b, p. 74).

Quando falamos em medicalização da vida e da infância, estamos nos dirigindo para o controle e normalização não só das crianças, mas também da família. Nesse ponto, acreditamos ser necessário dissertar sobre a instituição familiar, para compreendermos que ela é uma peça fundamental ao sistema disciplinar.

De acordo com Caponi (2000) o núcleo familiar pode ser considerado um campo de ações da biopolítica. A família burguesa, nuclear e reduzida, surgiu no final do século XVIII. Esse período é marcado pelo início da preocupação com a saúde, a longevidade, a procriação e a sexualidade. A autora afirma que os objetivos da família passam a centrar-se na saúde e higiene tanto do corpo de seus integrantes, como para com o espaço ocupado por eles. A partir de então, a família é vista como o principal núcleo da sociedade, berço da educação e da assistência; da segurança e da felicidade de todos os seus membros.

E será nesse núcleo que a concepção de infância terá seu berço. Assim como Ariès historicizou a origem do sentimento de infância, Conrad e Schneider (1992), também afirmaram que durante dois séculos após a Idade Média, as crianças foram ignoradas e exploradas. Elas interagiam e trabalhavam juntamente com os adultos e não havia dispêndio de energia e nem de cuidados para salvaguardar o universo infantil. A vida de dois terços da população não ultrapassavam os 20 anos, e as crianças que sobreviviam, muito cedo ingressavam no universo adulto do trabalho.

A descoberta da infância será a linha divisória das crianças do mundo adulto. Data dos séculos XVI e XVII os primeiros vestígios de cuidados especiais para com a criança como garantia de um ingresso saudável na vida adulta. Nesse período, a criança passou a ser vista como um ser inocente e dependente, e para que o seu desenvolvimento fosse saudável, sua educação deveria contemplar uma constante supervisão, um bom tratamento e rigorosa disciplina desde o início da vida (Conrad e Schneider, 1992).

A instituição familiar do século XIX, responsável pela educação e disciplinarização das crianças, exercia seu poder comparativamente ao poder do soberano. A família seria o sistema de soberania em ação na sociedade, e os pais, mais precisamente a figura do pai, era quem exercia o controle e disciplina no seio familiar. As relações de dominação, pertencimento e vínculos de suserania que estavam presentes na soberania, foram transferidas para relação homem-mulher e pais-filhos através do código civil. “A família não é um resíduo, um vestígio de soberania, ela é, ao contrário, parece-me, uma peça essencial, e cada vez mais essencial ao sistema disciplinar” (FOUCAULT, 2006, p. 100).

Foucault (2006) dirá que a família possibilita o funcionamento de todos os sistemas disciplinares. A família é o sistema de obrigações e compromissos agindo e impulsionando os indivíduos de seu núcleo para a fixação no sistema disciplinar. Os exemplos dados por Foucault nos mostram que é através da família que a criança se vê na obrigação de ingressar na escola, e quando adulto, no serviço militar, no trabalho, etc. “Ela é o ponto de intercâmbio, de junção que garante a passagem de um sistema disciplinar ao outro, de um dispositivo a outro” (FOUCAULT, 2006, p. 101).

Portanto, a família será o elemento de garantia de funcionamento do sistema disciplinar. Quando esse elemento se enfraquece, surgem outros dispositivos disciplinares para substituí-lo e agirem de forma quase pseudo-familiar. Esses substitutos nascem no seio da psiquiatria, e Foucault (2006) os denomina de função-psi. Eles seriam: a função psiquiátrica, psicopatológica, psicossociológica, etc. Seu objetivo é justamente restabelecer o indivíduo que escapou à soberania familiar. O enfraquecimento da família possibilitou o surgimento de orfanatos e casas para crianças delinquentes, e os indivíduos que para lá eram mandados, passavam por um processo de adestramento e disciplinarização psiquiátrica, para, então, serem refamiliarizados. Entretanto, o autor nos mostra que o campo de atuação da função-psi não se restringiu somente ao hospital psiquiátrico. No início do século XX, a função-psi estendeu-se a todos os sistemas disciplinares, como escola, exército, prisão, etc.

Cada vez que um indivíduo era incapaz de seguir a disciplina escolar ou a disciplina da oficina, ou a do exército, no limite a disciplina da prisão, a função-psi intervinha. E intervinha com um discurso no qual ela atribuía à lacuna, ao enfraquecimento da família, o caráter indisciplinável do indivíduo [...] Essa função-psi foi o discurso e a instituição de todos os esquemas de individualização, de normalização,

de sujeição dos indivíduos no interior dos sistemas disciplinares (FOUCAULT, 2006, p. 106).

Sendo assim, a incumbência de cuidados para com as crianças ficou a cargo dos pais, da escola e dos médicos. A atuação da função-psi no interior da disciplina, principalmente da psiquiatria e da psicopedagogia na disciplina escolar, forma “uma espécie de par em relação à família” (FOUCAULT, 2006, p. 106). Essas duas funções atuantes na esfera da educação têm como referencial a família, ou seja, fazem o próprio discurso da família. Segundo o autor, houve uma transferência do modelo familiar para dentro desses sistemas disciplinares, como a escola.

Se a família soberana não buscava encontrar em seu seio os indivíduos considerados anormais ou desviantes, a família disciplinarizada irá procurar estabelecer as divisões entre eles. Caberá à família, através de técnicas disciplinares, controlar em seu interior a normalidade e patologia. De acordo com Foucault (2006), o olhar familiar tornou-se o olhar psiquiátrico e, a partir do momento que a família desempenha a instância que decide se o comportamento de um de seus membros é normal ou patológico, os estabelecimentos disciplinares, como a escola ou os próprios consultórios psiquiátricos, irão capturá-los e se empenharão em normalizá-los. Como afirma o autor:

Em linhas gerais, a psiquiatria diz: deixem vir a mim as criancinhas loucas. Ou: não se é jamais demasiado jovem para ser louco. Ou ainda: não esperem ficarem maiores ou adultos para serem loucos. E isso tudo se traduz por essas instituições ao mesmo tempo de vigilância, de detecção, de enquadramento, de terapêuticas infantis, que vocês veem desenvolver-se no fim do século XIX (FOUCAULT, 2006, p. 155).

Surge o que Foucault chama de psicologização da criança dentro da própria família burguesa. Seu comportamento, caráter e sexualidade passam a ser constantemente vigiados, possibilitando, assim, a introdução dos mecanismos de controle psiquiátrico nas famílias, transformando a criança em objeto de ingerência desse saber.

A instituição escolar, nesse contexto, é o local onde a norma e a disciplina se fazem presentes. Cabe à família preparar as crianças para a entrada na vida adulta, e a escola se incumbem de prepará-las para a sociedade. Porém, como apontou Foucault (2008b), o bom

funcionamento da sociedade depende de uma população saudável. Logo, qualquer desvio comportamental significa uma ameaça. A criança que manifesta um comportamento indesejado ou tido como anormal, é ajustada aos moldes disciplinares da instituição. Segundo Guarido (2007), a estratégia disciplinar que exercerá essa função é o próprio diagnóstico psiquiátrico. Após o enquadramento diagnóstico, a criança entra para o campo das explicações biológicas e passa a fazer uso do dispositivo médico-disciplinar em forma de medicamento, reintegrando-se ao grupo com o comportamento desejado. Ou, como analisou Foucault, a criança é refamiliarizada.

Norbert Elias (1998) discute as dificuldades que se apresentam nesse processo que ele denominou de civilizador. O processo de civilização de toda a criança para atingir um alto grau de autorregulação acarretou num crescente isolamento do indivíduo, principalmente no seio da família. A organização social de moradia, o compartilhamento dos leitos e dormitórios, a nudez noturna, o pudor dos contatos físicos muito próximos, enfim, a domesticação das necessidades naturais, transformou-se nos estados industrializados mais desenvolvidos, chegando ao extremo do isolamento dos indivíduos para a realização de suas necessidades.

Para o autor, a época moderna pode ser definida pela individualização, em que o desenvolvimento social seguiu na mesma direção, levando as famílias a criarem um espaço reservado para as crianças. Elias aponta alguns problemas decorrentes dessa separação e criação de um universo à parte para as crianças. O isolamento precoce e a restrição de contato físico podem ser os responsáveis pelo alto grau de individualização que hoje se espera dos adultos nas sociedades industriais. Entretanto, “as crianças têm uma forte necessidade animal de contato corporal com outras pessoas que, no processo de crescimento, toma um tom mais sexual” (ELIAS, 1998, p. 482).

Ainda para o autor, a baixa compreensão de que os problemas apresentados pelas crianças possuem raízes, por um lado, na interação de um processo biológico de maturação, e por outro de um processo social de civilização de ajustamento, levam à crença de que tais problemas são de ordem biológica ou, nas palavras de Elias (1998, p. 483) “como fatos naturais imutáveis”.

Dessa maneira, Elias mostra que numa sociedade com essa estrutura, os indivíduos necessitam de uma medida muito alta de previsão e contenção dos impulsos momentâneos, de seus afetos e pulsões para o alcance de seus objetivos a longo prazo. Porém, esse controle não é dado pela natureza, antes, ele se desenvolve durante o crescimento da própria criança a partir de sua interação com outros indivíduos. O processo civilizador individual trata de regular os afetos e

pulsões de acordo com as prescrições da sociedade que os desenvolveu. Assim, “da criança incivilizada vai se fazendo um adulto mais ou menos civilizado” (ELIAS, 1998, p. 483).

O processo civilizador apontado por Elias, não foi um processo planejado conscientemente. Ele se relaciona com mudanças sociais mais amplas e uma delas diz respeito ao emprego da violência física como forma de repressão das crianças por parte de seus pais. A educação relativamente livre de violência não significa um relaxamento do autocontrole individual. Para Elias, quanto mais complexas forem as sociedades, mais rigorosamente organizadas e mais pacificadas, maiores serão as exigências de autocontrole e autorregulação para com os indivíduos:

Um dos inúmeros exemplos da complexidade do movimento civilizatório de nossos dias é o fato de que a informalização da relação pais-filhos e o relaxamento dos tabus tradicionais no trato entre as gerações vão de encontro com o aumento do tabu vinculado à violência nessa relação, exigindo, assim, um maior grau de autocontrole de ambas as partes e, talvez, até mesmo, forçando-o. (ELIAS, 1998, p. 489)

A família moderna, ressalta Elias, não deve ser vista como uma figuração autônoma dentro de uma figuração mais ampla da sociedade-Estado, já que esta última assume cada vez mais funções que antes recaíam sobre a família. Nesse contexto, Elias mostra que a família cedeu diversas funções para outras instituições, inclusive para o Estado. Nos dias de hoje, as principais funções assumidas pelas famílias encontram-se no campo afetivo e emocional. A família seria o lugar social confiável, o porto de ancoragem emocional dos indivíduos. Entretanto, Elias assegura que mesmo com o conhecimento que se tem hoje a respeito da infância e de suas necessidades distintas em relação ao mundo dos adultos, não se pode afirmar que os pais compreenderam a natureza desse processo civilizador. Esse também seria um dos motivos que levam tantos pais e instituições escolares a buscarem ajuda médica para problemas que estão intrinsecamente ligados ao processo civilizador? A individualização é um dos efeitos de tal processo, e Elias acredita que as crianças que não se tornam independentes no momento esperado são estigmatizadas no interior dessas sociedades. De acordo com o autor, as famílias vêm experimentando profundas transformações que são decorrentes do processo social não planejado que se encontra repleto de problemas e, até o momento, sem soluções aparentes.

Nesse sentido, podemos traçar um paralelo com as ideias de Elias e o processo de medicalização da vida e da infância que a sociedade moderna vivencia como em nenhum outro período da história. A medicalização da vida pode ser apontada como mais um dos problemas decorrentes do processo social não planejado e cujas soluções são delegadas, não mais ao Estado ou às famílias, mas ao campo da psiquiatria. A dominação do modelo médico está fortemente presente em muitas das escolas que pesquisamos, com exceção das escolas que adotam a pedagogia Waldorf. Percebe-se que não há respostas para os problemas que as crianças apresentam, e também não se tem clareza se o que as crianças apresentam pode ser chamado de problema. Nesse cenário, o que se encaixa com mais facilidade é a explicação médica para os comportamentos inapropriados para aquela instituição. Por outro lado, as famílias também se encontram perdidas sobre qual é o melhor caminho a ser trilhado quando seus filhos não agem conforme o esperado. É o que nos apresentaram essas duas professoras de instituições distintas:

A gente sabe que ficar em uma sala de aula por 5 e até 8 horas é desgastante. Todo dia é desgastante. Mas esse é o modelo de educação que nós temos. Mas tem crianças que se agitam demais e atrapalham todo o resto da classe. Não é só porque é desgastante, a gente vê que tem alguma coisa por trás daquilo. É uma agitação, uma aceleração fora do comum. E não podemos negar que quando tomam medicamento melhoram do dia pra noite. (PE2)

Em relação à família, a fala dessa professora traduz o sentimento de angústia que muitos pais enfrentam:

Os pais nos procuram desesperados, sem saber mais o que fazer. Nós temos duas reuniões por ano com os pais, mas quando existe algum problema sério, nós marcamos reuniões fora da agenda. Tem pais que estão tão perdidos e desesperados que marcam mais de 4 reuniões por ano. Eles chegam e falam que o filho não obedece, grita, se joga no chão, não quer ficar sentado pra comer [...] Mas são crianças de 8 anos, de 7 anos. Não adianta falar que isso faz parte da idade, parece que eles não acreditam. Porque o filho da amiga, o priminho não se comporta assim, então tem alguma coisa errada

com o filho deles. Na minha sala tem uma aluna que estava muito isolada, não se juntava com as outras crianças. A mãe estava muito preocupada com isso e levou numa psicóloga. A psicóloga mandou a mãe procurar um neuropediatra e hoje essa aluna toma antidepressivo. Ela continua do mesmo jeito, continua sem procurar os amigos. Será que ela tinha mesmo depressão? Não sei. (PB3)

De acordo com Kamers (2013), as instâncias que cuidam do desenvolvimento das crianças, como no caso da instituição escolar, ao se depararem com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança, recorrem à família em busca de uma possível intervenção. Se esta família apresenta-se incapaz de ajudá-la ou sua ajuda não for considerada suficiente, a própria escola encaminha a criança ao neurologista ou ao psiquiatra que identifica o transtorno e, na maioria dos casos, prescreve tratamento farmacológico. A professora dessa instituição pública confirma isso:

A gente se sente muito sozinho. O governo faz política, ele faz discurso muito bom, né? Mas na prática mesmo, é como se a gente tivesse obrigação de educar essas crianças, de ser a família delas [...] Na verdade a gente não consegue educar como seria uma família, mas a gente percebe, a gente tenta, mas a base é dada pela família, entende? Então, quando não é dada, aqui na escola as crianças vão fazer aquilo que fazem em casa. Quando a coisa foge do controle a gente encaminha pro psicólogo. A gente tenta sempre o psicólogo primeiro, mas ele é quem decide, ele é quem sabe se dá pra resolver ali ou se precisa do neuro. (PG1)

Como a escola se tornou essa ponte de acesso para o processo de medicalização? Para responder essa questão, teremos que examinar a história dessa instituição e de que maneira aconteceu seu relacionamento com a psiquiatria moderna. Nosso objetivo é o de tentar entender como o processo de medicalização adentrou o campo educacional utilizando, nos dias de hoje, o medicamento como instrumento de solução para os problemas que se manifestam no cotidiano escolar e como a medicalização se apresenta nesse campo.

4.1.3 A instituição escolar

Dizer, pois, que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos significa afirmar que ela é, ao mesmo tempo, uma exigência do e para o processo de trabalho, bem como é, ela própria, um processo de trabalho (SAVIANI, 2000, p. 15).

A medicalização da vida e da infância expandiu suas fronteiras desde a segunda metade do século XX, a partir do desenvolvimento das pesquisas em biologia e neurologia. Desde então, evidenciou-se a biologização dos fenômenos sociais, fato que repercutiu nas experiências escolares. Ao reduzir questões que deveriam ser analisadas em conjunto com diversas disciplinas, como sociologia, antropologia, economia, ciências políticas, história, entre outras, ao campo da medicina, a escola, em vez de enxergar o aluno a partir da sua história e de sua singularidade, está sendo uma ponte de acesso ao processo de medicalização de crianças e adolescentes consideradas desviantes.

A fim de compreendermos como aconteceu o processo de envolvimento da educação com a psiquiatria, buscaremos primeiramente definir algumas características desse estabelecimento social e, posteriormente alguns aspectos dessa prática educacional de acordo com autores que se dedicaram ao estudo de suas bases e fundamentos.

Como todas as instituições, a escola pode ser definida como um local que congrega um grande número de indivíduos e possui regras que administram formalmente suas atividades. Goffman (2015) define toda instituição como um espaço com tendências de fechamento e, na sociedade ocidental, algumas instituições são mais fechadas que outras. O fechamento é simbolizado pela dificuldade de relação social com o mundo externo e por algumas proibições que, no caso das instituições totais⁴², privam os indivíduos de contato com o mundo fora de suas paredes e mantêm uma limitada mobilidade social entre os dois estratos, equipe dirigente e internados. O autor enumera as instituições em cinco agrupamentos: as instituições destinadas a cuidar de pessoas incapazes e inofensivas, como os asilos; as instituições que cuidam de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que representam uma ameaça à sociedade, como os hospitais e hospícios; aquelas destinadas a cuidar de pessoas que oferecem perigo à sociedade, como as cadeias e

⁴² Goffman (2015) define como instituições totais aquelas que mantêm os indivíduos em confinamento, como as prisões, manicômios, conventos e internatos. Com proibições de saídas e contato com o mundo externo e todas, ou a grande maioria das atividades dos indivíduos, são realizadas num mesmo local e sob a mesma autoridade.

penitenciárias; as instituições que realizam alguma tarefa de trabalho, como os quartéis, os navios, as escolas e, por último, as instituições que congregam aqueles que desejam se isolar do mundo, como os mosteiros, conventos e abadias.

Goffman ressalta que as características das instituições são semelhantes, mesmo naquelas que ele denomina de instituições totais, o que as diferencia é o grau de rigidez e autoritarismo com que suas normas são impostas. No entanto, todas as instituições apresentam atividades de determinado tipo, dentre elas, aquelas que são obrigatórias; todas as instituições possuem regras de comportamento, horários pré-definidos, espaços para refeições em conjunto, recursos de distração para seus participantes, etc. Essas características são encontradas nas instituições escolares e, como afirmou Goffman (2015, p. 16), “toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de fechamento”.

No interior das instituições escolares que Goffman caracteriza como estabelecimento “fechado”, encontramos regras de convívio, horários para a realização de atividades, espaços apropriados para aulas, esportes, recreação, reuniões, biblioteca, sala da diretoria, dentre outros. Independente da metodologia de ensino adotada pela instituição, o caráter normativo se faz presente no cotidiano escolar em todas as suas atividades, relação social com a equipe dirigente e entre os alunos. Dentre as escolas que selecionamos para a realização deste estudo, percebemos que as que adotam uma metodologia mais tradicional e, principalmente, nas escolas grandes, com cerca de 40 ou 45 alunos por sala, as normas tendem a ser mais rígidas e os comportamentos considerados inapropriados, mais severamente punidos ou, quando a escola e a família “perdem o controle”, o encaminhamento ao psiquiatra rapidamente se faz presente. Nas instituições com proposta pedagógica mais alternativa ou diferenciada e com um número reduzido de alunos, cerca de 20 por sala, há rigidez nas normas, porém observamos uma tendência em interligar os comportamentos inapropriados aos eventos de vida extraescolar, como familiares e/ou histórico de vida. Em último caso, o encaminhamento ao psiquiatra é efetuado pela instituição concomitante com a família. Podemos confirmar esses dados na fala de um diretor de uma escola particular que trabalha com cerca de 30 alunos por sala no ensino fundamental e médio, e 15 a 20 alunos por sala no ensino infantil:

Todas as escolas grandes têm uma metodologia mais tradicional, na verdade, assim, muitas vezes a gente tem que passar pelo tradicional. A gente

sendo uma escola com uma metodologia diferenciada, na verdade a gente passa muitas vezes pelo tradicional. E quando a gente recebe essas crianças aí que isso vem muito à tona. Mas o que acontece? Quando vêm de escolas muito grandes, quase todos chegam tomando medicamento, por quê? Porque, na verdade, o que importa pra escola não é a questão cognitiva, o que importa é a comportamental. Então, se tu coloca uma criança dentro de uma sala e ela tem um comportamento, um distúrbio, um desequilíbrio, então é mais fácil dar o medicamento, deixar ela num canto e pronto. Porque a escola não tá preocupada. Porque a lei ampara isso, a lei dá validade do ciclo que ele tá estudando. Uma criança dessa não passa por uma reprovação assim, na questão legal. Porque ela tem o amparo do diagnóstico profissional, porque se tá tomando medicamento, normalmente tem um profissional que deu o diagnóstico. Então, tendo o diagnóstico eu posso aprovar ela em qualquer série, desde que eu faça as devidas adequações e muitas vezes ninguém fica sabendo. Então eu posso dizer 'ah, deixo ela num canto e pronto, acabou'. O que a escola particular ganha? Ganha matrícula. Então, isso acontece muito, então assim, as escolas grandes não tem tempo pra gerenciar isso. Quando um pai vai matricular, eles colocam 'é desse jeito e desse, queres?'. É assim, se não a escola não tem como cuidar de todo o resto. Imagina 40 alunos numa sala com metade deles com transtornos, distúrbios, como a professora dá conta de ensinar e educar? Só com remédio. É assim que elas funcionam, em massa. (PCI)

A extensão do processo de medicalização da vida que adentrou os muros das escolas possibilitou ampliar o próprio uso da abordagem médica. O espaço escolar, enquanto instância de incentivo e promoção de ações, visando à construção de conhecimento para a formação de sujeitos críticos e participativos, na contemporaneidade tornou-se uma importante instância que tem priorizado a ação de homogeneizar, adequando os indivíduos às concepções e comportamentos coletivos. Esse processo passa a ser tomado pelas práticas e discursos médicos.

Uma breve análise a respeito da reorganização do quadro das instituições educacionais no Brasil e da prática educacional que se instituiu será útil para a compreensão do nosso objeto de estudo.

Segundo Meinerz e Caregnato (2011, p. 44), a escola é:

[...] uma invenção da humanidade, uma instituição social, histórica e civilizatória com pretensão universal, e deve ser compreendida através das especificidades de cada contexto em que se desenvolve também como prática cultural. Isso quer dizer que ela também é reinventada socialmente para atender às demandas da dinamicidade que corresponde à vida em sociedade.

Os processos de escolarização atuais respondem às transformações das sociedades contemporâneas que são decorrentes das demandas da industrialização e da urbanização, e podem ser alterados de acordo com a aceleração desses processos e também pelas ações dos sujeitos sociais sobre eles. Historicamente, a escola pública, laica e gratuita surge na modernidade europeia com a missão de transmitir os fundamentos e ensinamentos da ciência. No contexto brasileiro, ela é fruto da diversidade cultural e da desigualdade social. Esse processo tem suas especificidades diferenciadas do contexto europeu e encontra-se marcado como um processo inacabado, fruto do desenvolvimento capitalista dependente e marcado pelo acirramento da desigualdade social (MEINERZ; CAREGNATO, 2011).

De acordo com Kuhlmann Junior (2001), as construções teóricas e práticas em torno da educação que se difundiram na Europa do século XIX e XX, chegaram ao Brasil a partir da segunda metade do século XIX compreendendo diversas modalidades como creche, jardim-de infância, escola primária, ensino profissional.

No Brasil, até meados do século XIX, a criança não frequentava creches ou jardins de infância, sendo seu atendimento realizado dentro do núcleo familiar. As mudanças políticas, econômicas e sociais que se deram no país, como a abolição da escravidão, proclamação da república, migração rural tiveram forte influência na construção de propostas educacionais do Movimento das Escolas Novas. Uma das principais mudanças pode ser apontada na criação dos jardins-de-infância, que surgiram com o intuito de atender os filhos das classes mais abastadas e das creches, que se destinavam a atender os filhos das classes operárias (OLIVEIRA, 2005).

Entender o processo que consolidou as instituições escolares como hoje a conhecemos, pressupõe compreender a instauração da

escola dentro de um modelo moderno que foi adotado pelos republicanos. De acordo com Oliveira (2005), a consolidação do projeto republicano no Brasil ligava-se à ideia de que a escola era uma instituição propícia para a disseminação do conceito de cidadania e civilidade. O agrupamento de alunos em estabelecimentos específicos, projetados para servir de lugar de aprendizagem de uma nova ordem e postura social e política, iniciou-se no estado de São Paulo. Mais do que estabelecer práticas pedagógicas que viabilizassem a circulação de ideias e construção de conhecimentos, o principal objetivo era o de transformar os antigos súditos do império em cidadãos aptos para a vida urbana.

Saviani (2000) trata da questão da prática educacional e afirma que a educação limita-se à categoria do “trabalho não-material”⁴³. A produção não-material distingue-se em dois tipos: aquela que o produto se separa do produtor e aquela que não se separa. A educação encontra-se nesse tipo de produção, ou seja, a natureza da educação não é dada ao homem, mas é produzida por ele. Os indivíduos assimilam diferentes elementos do saber para tornarem-se humanos, assim, o ato de aprendizagem se faz por intermédio da troca que o homem realiza coletivamente, pois:

[...] o homem não se faz homem naturalmente; ele não nasce sabendo ser homem, vale dizer, ele não nasce sabendo sentir, pensar, avaliar, agir. Para saber pensar e sentir; para saber querer, agir ou avaliar é preciso aprender, o que implica o trabalho educativo. Assim, o saber que diretamente interessa à educação é aquele que emerge como resultado do processo de aprendizagem, como resultado do trabalho educativo. Entretanto, para chegar a esse resultado, a educação tem que partir, tem que tomar como referência, como matéria-prima de sua atividade, o saber objetivo produzido historicamente (SAVIANI, 2000, p. 11-12)

Segundo o autor, o homem foi se desenvolvendo progressivamente através de processos educativos que, ao longo do tempo foram se diferenciando até tornarem-se institucionalizados no surgimento da escola, transformando esse espaço que chamamos de escola no principal modelo dominante de educação. A passagem da

⁴³ A produção material para Saviani (2000) é aquela que o homem garante sua subsistência material pela força de trabalho. Entretanto, antes de concretizar a produção material, o homem a planeja; antecipa os objetos da ação por meio das ideias e essa é a produção não-material, ou produção do saber.

escola para a forma dominante de educação aconteceu durante o processo em que as relações sociais sobrepujaram as relações naturais. “Em consequência, o saber metódico, sistemático, científico, elaborado passa a predominar sobre o saber espontâneo, natural, assistemático, resultando daí que a especificidade da educação passa a ser determinada pela forma escolar” (SAVIANI, 2000, p. 12).

Entretanto, a educação não pode ser reduzida ao ato de ensinar; o ensino é apenas um aspecto da educação. Para que a educação aconteça, ela necessita da presença de um professor e de um aluno, assim, a produção prática de aula é inseparável de seu consumo. Ela é produzida pelo professor e consumida pelos alunos. Se a instituição escolar se fundamenta na socialização de um saber sistematizado, esse saber se diferencia do conhecimento espontâneo e se aproxima da ciência, já que um dos pressupostos da ciência é o saber metódico e sistematizado (SAVIANI, 2000).

Vale ressaltar que no século XIX, período fortemente marcado pela visão positivista da ciência, a educação emergiu no interior desse processo de racionalização. Ela surge, então, como uma ciência da educação. Por outro lado, a educação parte da premissa de ser constitutiva do sujeito e da sociedade e de se fundamentar em questões a respeito do sentido humano, ou seja, em questões que envolvem a ética, a política, a ciência, o campo experiencial, emocional e afetivo. Ela é um espaço aberto ao pluralismo de ideias e reflexões que são determinados historicamente. Nesse contexto, o fenômeno educativo não pode se encerrar na visão simplificadora e positivista de ciência, mas deve centrar-se em projetos que democratizem a própria educação (AMADO, 2011).

No entanto, o sistema educacional opera numa lógica de interesses que reproduz as desigualdades sociais e fazem minar a própria democratização escolar. Os sistemas de ensino estão alicerçados e justificados pela meritocracia escolar. Ainda que a ideologia da igualdade de oportunidades seja o que se prega no sistema educacional, Bourdieu e Passeron (1982) mostram que a escola, não somente a francesa, mas todo o sistema de ensino que se universalizou, não leva em conta o contexto político e social dos alunos e, com isso, perpetuam as desigualdades. Os autores afirmam que o sistema de ensino parte premissa de que os alunos são iguais em direitos e deveres, no entanto essa lógica gera mais desigualdades, já que nivela diferentes contextos sociais.

O início dessa desigualdade encontra-se desde cedo na transmissão do capital cultural que cada família proporciona aos seus filhos. Essa herança cultural marcará a gênese da desigualdade das crianças dentro da instituição escolar, pois aquelas que estiveram

envolvidas num rico universo cultural, com acesso a teatros, museus, concertos e etc., mostrarão maior facilidade e desenvoltura nas atividades escolares, desde a infância até o ensino universitário. É importante ressaltar que, até meados do século XX, a escola era vista como o espaço de garantia de acesso à educação e oportunidades iguais de formação. Os estudantes, desde os anos iniciais de educação, competiriam livremente dentro desse espaço e, aos mais aptos, seria dado o prêmio de uma carreira promissora. Bourdieu e Passeron (2014) nos mostram que esse acesso, além de não ser justo e democrático, é marcado pela reprodução e legitimação das desigualdades sociais. A educação não ocupa o papel de instância transformadora e democratizadora, mas de instituição que mantém e legitima os privilégios sociais. O sucesso ou fracasso escolar está estritamente atrelado à origem social dos alunos e não aos seus dons individuais, sua constituição biológica ou psicológica.

Quando esse indivíduo entra na escola, o que ele encontra é a transmissão de um sistema de ensino da cultura de elite que, através de seus métodos, reafirma seus privilégios sociais. A escola, longe de ser uma instância neutra, legitima e reproduz a dominação das classes dominantes. Para Bourdieu (2007), não há como definir uma cultura superior à outra, já que seus valores são arbitrários, ou seja, não se encontram fundamentados em nenhuma razão objetiva. Entretanto, esses valores são vivenciados pelos indivíduos que pertencem à determinada cultura como sendo os únicos possíveis ou legítimos. Essa mesma realidade se manifesta no universo escolar, pois os valores que ela transmite são arbitrários, ou seja, não são superiores a nenhum outro e não se encontram fundamentados em nenhuma verdade absoluta. E mesmo sendo arbitrários, os valores transmitidos pela escola são socialmente reconhecidos como legítimos e universalmente válidos. Esse fenômeno só pode ser compreendido se considerado em relação aos vários arbitrários que existem socialmente e as relações de força que estabelecem entre as classes sociais. Um arbitrário cultural só pode ser legitimado quando alicerçado por determinada classe social e, no caso da escola, os arbitrários culturais são alicerçados pela classe dominante que os impõem como cultura legítima. Mas essa relação não se mostra claramente, ao contrário, o caráter arbitrário da cultura escolar se apresenta como sendo uma cultura neutra, pois só assim a legitimação e reprodução das desigualdades sociais podem operar livremente. A escola ignora as desigualdades culturais entre os alunos das diferentes classes sociais no conjunto dos conteúdos pedagógicos que transmite.

A conclusão é que não somente as desigualdades econômicas, mas a herança cultural e o ambiente familiar irão desempenhar um papel preponderante no percurso escolar dos alunos. Quanto mais

desfavorecida for a classe social, maior será a eliminação que esse sistema meritocrático irá operar (BOURDIEU; PASSERON 2014). Esse fato acontece principalmente pela comunicação pedagógica que é travada dentro da instituição entre o sistema de ensino e os alunos.

Para que uma comunicação cultural seja compreendida e assimilada, ela necessita de subsídios anteriores que a torne acessível e melhor aproveitada. Qualquer comunicação cultural se vale de códigos que a produzem e a tornam passíveis de compreensão e assimilação, e para que a comunicação pedagógica seja compreendida, ela depende do nível cultural dos alunos. Para Bourdieu (2007), esse nível está ligado ao arbitrário cultural que existe entre o aluno e sua cultura familiar, e os alunos oriundos da cultura de elite dominam os códigos culturais transmitidos pela escola com muito mais facilidade, já que estes se aproximam de sua própria cultura.

Os alunos oriundos do chamado “berço da cultura”, utilizam o seu capital cultural para investir nas atividades econômicas, enquanto os filhos de agricultores, pequenos comerciantes, enfim, toda classe desfavorecida, recebem o ensino por meio do que os autores chamam de processo de aculturação. Esse processo se dá pela transmissão de um conjunto de conhecimentos e técnicas intrínsecas aos valores sociais da cultura de elite e que, por sua vez, estão distantes de sua própria realidade. Nessa perspectiva, a escola “transforma as desigualdades de fato em desigualdades de direito, as diferenças econômicas e sociais em distinção de qualidade, e legitima a transmissão da herança cultural” (BOURDIEU, 1999, p. 58).

O sistema de ensino analisado por Bourdieu na década de 1960 assentava-se no modelo positivista, fortemente marcado pelas ciências naturais e pelo fisicalismo. Na busca pela compreensão dos princípios da meritocracia escolar, o autor observa essa questão através da noção do *habitus*, conceito que pode ser traduzido pelos sistemas ou estruturas que são transmitidos e estruturam as próprias práticas de ensino. Esse conceito norteia a condição em que o aluno se encontra dentro da estrutura. Os indivíduos assimilam que o êxito ou fracasso é determinado pela sua condição social. Nesse contexto, a escola reafirma a estrutura das relações de classe e a divisão desigual do capital cultural (BOURDIEU, 1999). O conceito de *habitus* será mais bem explorado na página 145 dessa pesquisa.

A escola, longe de uma neutralidade em relação às estruturas de classe, opera pela lógica seletiva, escolhendo os mais aptos dentro da hierarquia de valores para perpetuar esse sistema de dominação (BOURDIEU, 2014). O autor afirma que o fracasso escolar está estritamente ligado ao próprio discurso pedagógico que reforça e legitima os valores da cultura dominante, ampliando as desigualdades

sociais, pois “tratando todos os educandos, por mais desiguais que sejam eles de fato, como iguais em direitos e deveres, o sistema escolar é levado a dar a sua sanção às desigualdades iniciais diante da cultura” (BOURDIEU, 2007, p.53).

4.2 A NASCENTE BIOLÓGICA NA EDUCAÇÃO ESCOLAR

Diversos pesquisadores do campo educacional atribuíram o fracasso escolar à baixa qualidade de ensino, à desatualização das práticas escolares, ao descaso do próprio Estado com a educação das classes populares e a toda a reprodução da cultura dominante como explicitado por Bourdieu e seus colaboradores.

Entretanto, o cenário que se apresenta na educação atual, parece nivelar todos os problemas analisados por Bourdieu em problemas biológicos. A lógica do processo de medicalização que observamos na sociedade ocidental, transforma os problemas de aprendizagem e comportamentais das crianças, tanto da cultura de elite, quanto das classes mais desfavorecidas em doenças que devem ser medicalizadas e tratadas. Independente da herança cultural trazida pela criança ou de sua posição na estrutura de classes, as dificuldades em interpretar os códigos que a comunicação pedagógica transmite, são tomadas como problemas biológicos e tratadas no campo da medicina. Se, como afirmava Bourdieu, o *habitus* norteava a própria condição que o aluno ocupava dentro da estrutura de ensino, e a escola, por sua vez, ignorava as desigualdades culturais dos alunos oriundos das classes mais desfavorecidas, diante da prática medicalizante, esses fatores não são mais determinantes para explicar o fracasso ou o êxito dos alunos frente ao ensino. A psiquiatria não seleciona os alunos de classes desfavorecidas ou de elite para exercer seu poder de controle, e tampouco coloca em pauta os contextos político-sociais para a execução de suas práticas. Ao contrário, o que vemos é um número cada vez maior de crianças e adolescentes de diferentes classes e contextos sociais receberem os mesmos diagnósticos e tratamentos psicofármacos.

O que percebemos é uma diferenciação em relação ao tipo de assistência médica, se pública ou privada que irá atender essa criança, dependendo de seu poder econômico, grau de instrução de seus familiares e instituição de ensino que ela frequenta. Porém, em relação ao diagnóstico psiquiátrico, ambas as crianças, tanto as de elite quanto as de classes mais baixas, serão classificadas dentro das mesmas categorias diagnósticas: TDAH, TOD, depressão, bipolaridade, entre outros. Esse fato pode ser percebido na fala de uma professora de escola da rede privada que entrevistamos:

Antigamente, só as crianças do morro eram encaminhadas para o psiquiatra. Elas eram as mais agressivas, porque traziam muitos problemas de casa [...] mãe que trabalhava fora o dia inteiro, pai alcoólatra. Essas crianças tinham muitos problemas e iam mal nas provas, não faziam lição de casa, brigavam com os colegas e professores. Eu já trabalhei em escola pública e dei aula no [colégio conceituado de elite de Florianópolis]. Hoje, qualquer criança mais agitada ou que bate num coleguinha já começa a tomar remédio. Aqui, onde as crianças têm maior poder aquisitivo, muitas tomam remédio porque não conseguem ficar paradas, são agitadas [...] e eu estou falando de crianças de 6, 7 e 8 anos. (PH1)

Segundo Zucolotto (2007), os conflitos sociais são reproduzidos no cotidiano escolar, entretanto a esfera política dessas questões não faz parte das discussões quando se atribui às próprias crianças e às suas famílias os problemas relacionados ao baixo desempenho escolar. A criança que apresenta dificuldades comportamentais na escola, que prejudicam seu desempenho pedagógico ou relação com outros alunos e professores, passa a ser um problema de esfera biológica, portanto, psiquiátrica.

O discurso científico ignora os determinantes políticos e sociais, e patologiza as crianças com dificuldades de aprendizagem ou que apresentam um comportamento abaixo do esperado pela instituição de ensino. As explicações para os problemas que as crianças manifestam no âmbito escolar, recaem no campo biológico das origens genéticas. Se, nas análises de Bourdieu, a escola ignorava os determinantes culturais dos alunos, a psiquiatria ignora não somente a cultura, mas todo e qualquer determinante que não seja o biológico.

Esse processo avança em grande escala nas instituições de ensino ocidentais. Segundo Collares e Moysés (1994) a medicalização dos conflitos sociais recorre ao reducionismo biológico responsabilizando o próprio indivíduo pelos seus problemas e desresponsabilizando o sistema sociopolítico. Nessa lógica, as questões sociais, políticas, econômicas, culturais e históricas não influenciam o destino dos alunos que apresentam dificuldades comportamentais ou de aprendizado. As autoras apresentam dados estatísticos com índices de 50 a 70% de fracasso escolar no Brasil. O aluno ou no máximo a sua família são os pontos centrais do diagnóstico, e nunca a instituição escolar ou a política educacional.

A medicalização dos problemas que os alunos apresentam nas escolas de ensino infantil, pré-escola e fundamental I e II⁴⁴ no Brasil, era realizada por profissionais médicos que atuavam na Rede Pública de Saúde, em consultórios particulares ou nas universidades. Atualmente, existem outros profissionais atuando dentro das instituições escolares e que estão envolvidos no processo de medicalização. E são os psicólogos, os fonoaudiólogos, os enfermeiros e psicopedagogos (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

A introdução da medicina e suas ramificações nas instituições escolares podem ser vistas, não só como debates gerados na disputa entre os especialistas, mas como mapa que possibilita a compreensão da construção do saber médico aplicado a todas as esferas da vida, inclusive às questões morais. Dessa forma, assim como Bourdieu (1983) analisou que a construção de um campo específico apresenta disputas e controvérsias inerentes a esse universo, podemos apontar a afirmação da competência de um determinado saber médico – a psiquiatria – e suas especializações disputando espaço dentro do campo educacional.

De acordo com Collares e Moysés, o processo de medicalização dos problemas que os alunos apresentam nas escolas acontece por duas vertentes:

O fracasso escolar seria uma consequência da desnutrição; obviamente, essa apresentação só ocorre para as crianças da classe trabalhadora. O fracasso escolar seria o resultado da existência de disfunções neurológicas, incluindo-se aqui a hiperatividade, a disfunção cerebral mínima, os distúrbios de aprendizagem, a dislexia; inicialmente essa forma restringia-se às crianças das classes média e alta, porém, atualmente, está disseminada inclusive entre a classe trabalhadora, criando uma situação no mínimo esdrúxula – uma mesma criança ser rotulada de deficiente mental por desnutrição e de disléxica (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 27).

O problema da desnutrição como causa do fracasso escolar, já foi muito discutida. O tipo mais grave, aquela considerada de terceiro grau que acomete o indivíduo no momento do desenvolvimento de seu sistema nervoso central e por um longo período da vida, era apontada

⁴⁴ De acordo com o MEC (Ministério da Educação, <<http://portal.mec.gov.br/>>) a faixa etária para as etapas de ensino são as seguintes: Ensino infantil – até 3 anos; Pré-Escola: 4 e 5 anos; Ensino Fundamental I e II: de 6 a 15 anos.

como explicação para os problemas de aprendizagem que as crianças apresentavam anos mais tarde, durante o processo de alfabetização. Os outros tipos de desnutrição, aqueles considerados mais leves, não teriam repercussão no desenvolvimento cognitivo. Segundo Collares e Moysés (1994, p. 27), as funções intelectuais superiores e mais complexas do ser humano “nem ao menos estão desenvolvidas aos sete anos de vida; portanto, não podem constituir substrato necessário para a alfabetização”.

Nesse contexto, os resultados das pesquisas das autoras anulam a relação entre desnutrição e problemas de aprendizagem. Ademais, o processo de alfabetização, segundo as autoras, não exige o funcionamento das funções intelectuais mais complexas, mas somente o uso de funções intelectuais superiores, ou seja, aquelas que não foram afetadas pelo problema da desnutrição. Inclusive, as crianças das escolas analisadas em suas pesquisas, passaram por exames clínicos que não provaram a existência de nenhum tipo de desnutrição severa e, mesmo assim, essas crianças eram apontadas como portadoras de problemas cognitivos e comportamentais e recebiam diagnóstico psiquiátrico.

Ainda que o problema da desnutrição tenha sido apontado por muitos anos como explicação para o problema do “não aprender” e do “não se comportar”, as pesquisas realizadas por Collares e Moysés (1994) mostram que a explicação para os problemas pedagógicos e comportamentais reside no campo das questões relacionadas às disfunções neurológicas que se manifestam como distúrbios de aprendizagem, TDAH, dislexia, entre outros.

A patologização da aprendizagem constitui um processo em expansão, que se dissemina rapidamente, com grande aceitação geral. Os pais das crianças reagem a seus resultados como se a uma fatalidade. Para os professores, representa um desviador de responsabilidades – “Eu faço o que posso, mas eles não aprendem!”. A instituição escolar, parte integrante do sistema sociopolítico, legitima suas ações e suas não ações, pois o problema decorreria de doenças que impedem a criança de aprender (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 29).

O processo de patologização da educação traz em sua nascente um reducionismo biológico ao explicar questões políticas e pedagógicas através das particularidades apresentadas pelos indivíduos. O campo individual, e não mais o social e político, passa a ser o responsável por toda e qualquer dificuldade que se apresente. Podemos até mesmo aferir

que, ao transferir os problemas sociais para o campo individual, a medicina ocidental opera em sua lógica biologizante: o indivíduo é transformado em objeto de estudos e seu corpo passa a ser tratado como objeto de investigação. Na perspectiva aventada pelos degeneracionistas, o corpo era o receptáculo onde se desenvolviam as doenças e estas se relacionavam com os órgãos e suas funções, transparecendo sua morbidez através de seus sintomas, porém a doença em si não era conhecida. A partir do século XIX, Foucault (2011) nos mostra que os sintomas constituem a própria doença. Essa reorientação do olhar médico sobre as doenças permitiu que elas fossem ordenadas e classificadas. A psiquiatria moderna, fundamentada em bases sintomáticas, elimina as questões que não pertencem à esfera biológica, diagnostica e medicaliza os comportamentos individuais tidos como sintomas de transtornos mentais.

As questões sintomatológicas que caracterizam os transtornos mentais estão presentes nos discursos dos profissionais da educação, conforme é evidenciado na fala:

Os sintomas mostram o que o aluno deve ter. Basicamente a questão da agitação, que é a história do TDAH pra todos os lados, né? Mas basicamente é muita agitação, a falta de concentração, essa superatividade de estar agitado o tempo inteiro, de fazer, de pular, de correr, de caminhar, de bate num, incomoda o outro, aí já tá sentado, daí já levanta, daí já foi no banheiro, já voltou, já sentou, já passou embaixo da mesa da professora, já quebrou o lápis. Em segundos. E tem outros sintomas também, criança muito nervosa, que briga e bate no colega do nada [...] que joga os materiais no chão. Tem vários sintomas que a gente observa que destoa demais do grupo. (PA1)

Esse relato evidencia as influências da medicina nas questões pedagógicas que, partindo dos sintomas comportamentais, buscam explicações e soluções médicas para os problemas que se apresentam no cotidiano escolar. Os sintomas comportamentais são os maiores indícios de algum transtorno mental e os profissionais de educação tendem a avaliar seus alunos baseados exclusivamente nos sintomas, excluindo os contextos familiares e outras questões que não pertençam ao campo biológico. A agitação e falta de concentração são os principais problemas relatados pelos profissionais de educação no momento das entrevistas, sendo assim, faz-se necessário analisar uma questão

comumente colocada por professores e famílias a respeito da chamada “agitação” das crianças: a utilização dos dispositivos eletroeletrônicos e sua relação com o cotidiano escolar.

4.2.1 A questão da hiperestimulação e os dispositivos eletroeletrônicos

É fato que os profissionais que atuam no campo educacional, sejam eles professores, coordenadores, diretores ou psicólogos, reclamem por uma explicação que solucione os problemas apresentados pelos alunos, tanto em nível de aprendizado como em nível comportamental. Como vimos até o presente momento, essa solução tem sido colocada através de um diagnóstico médico. Os próprios profissionais da educação deixam escapar em seus discursos, que determinadas dificuldades comportamentais são provenientes das variações bioquímicas cerebrais. A partir dos transtornos mentais e suas características, difundidos pela mídia ou presentes nos cursos de formação de professores a respeito dos transtornos mentais e seus sintomas⁴⁵, o discurso médico ganha espaço e poder na identificação de que esse ou aquele comportamento possa ser diagnosticado como indício de doenças em fase inicial ou já em estado avançado.

A busca por uma explicação que acalme os corações e mentes de tantos pais e professores parece encontrar um caminho mais florido e menos pedregoso dentre aqueles oferecidos pelos médicos. Muitos pais anseiam por um diagnóstico que solucione os problemas apresentados pelas crianças. É o que mostra a fala de uma professora da instituição privada E:

O que eu percebo quando converso com os pais, é que muitos não se satisfazem com a ideia de que a criança passa por períodos de tensão e isso reflete no seu comportamento e aprendizagem. Esse período, muitas vezes está relacionado com algum evento que a criança

⁴⁵ A Associação Brasileira de Déficit de Atenção <www.tdah.org.br> disponibiliza questionários baseados nos critérios do DSM-IV, que auxiliam os professores na identificação do TDAH e outros transtornos. O Hospital das Clínicas de São Paulo, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HFCMUSP, oferece cursos online para professores escolares, bem como o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP, disponibiliza uma revista eletrônica que auxilia os professores na identificação de crianças com dificuldades de interação social ou com problemas na constituição psíquica. Tanto a revista como os cursos que são oferecidos podem ser acessados pelos sites: <<https://www.facebook.com/revistapsico.usp/>>, <<http://www.ip.usp.br/revistapsico.usp/>>.

está passando, a morte de um parente, o caso da separação dos pais afeta muito [...] Tenho visto pais recorrerem a mais de 3 consultórios e só se acalmarem quando um médico diagnostica seu filho com TDAH ou alguma outra coisa. Ainda que a gente fale que a agitação faz parte daquela faixa etária ou da própria personalidade da criança, eles parecem que não aceitam, tem que ter algo a mais. Semana passada uma mãe me procurou dizendo que não sabia mais o que fazer, pois seu filho não dormia direito. Na conversa ela me disse que ele passa horas na frente da televisão e do celular. Ai, né, é querer demais. Essa superestimulação que as crianças de hoje têm quase não é questionada. Claro que isso também colabora pra essa agitação toda. (PE2)

Uma questão que é muito frequente nas escolas e famílias diz respeito ao uso dos aparelhos eletroeletrônicos na infância. Além das dificuldades nos processos de ensino e aprendizagem que são relatados pelos professores e equipe docente, a contemporaneidade, desde meados da década de 1990 encontra-se sob a emergência de um novo cenário social: o mundo virtual. O desenvolvimento dos meios de comunicação vem ganhando espaço considerável no que diz respeito à vida social e cotidiana das pessoas, tanto no Brasil quanto no mundo. Existe um aumento avassalador do consumo de equipamentos relacionados aos avanços tecnológicos, tais como celulares, computadores, televisões e eletroeletrônicos em geral. A tecnologia faz parte do cotidiano de muitas famílias, e as crianças obtêm acesso cada vez mais precoce a estes aparelhos. Esse fator provoca uma mudança radical no lazer e atividades das crianças na atualidade (COSTA, 2004).

De acordo com Levin (2007), as brincadeiras infantis se modificaram e os brinquedos, outrora confeccionados pelas próprias crianças, foram substituídos por aparatos que utilizam as mais variadas tecnologias. Não são mais as crianças que dirigem as brincadeiras, mas os próprios brinquedos e aparelhos eletroeletrônicos. As brincadeiras e jogos estão determinados eletronicamente do começo ao fim. Por esse motivo, o autor conceituou a fase da infância como infância virtual.

A influência que os jogos e aplicativos de celulares exercem sobre as crianças impacta diretamente o desenvolvimento da personalidade infantil. Segundo Levin (2007), a criança que se relaciona com o mundo através dos aparelhos eletroeletrônicos, tem sua

experiência infantil completamente marcada. Além da ruptura no imaginário infantil, a criança adota uma passividade corporal.

Rowan (2010) afirma que entre 0 e 2 anos de idade, o cérebro da criança triplica de tamanho, continuando em desenvolvimento acelerado até os 21 anos de idade. O problema da estimulação de um cérebro em desenvolvimento causado pela superexposição a tecnologias, como internet, celulares e TV é associado à diminuição da capacidade de se autorregular, diminuição da capacidade de atenção, atrasos cognitivos e excitação. A autora também traz dados que correlacionam o uso de tecnologia a um déficit de sono, fator impactante na qualidade de vida e rendimento escolar.

Um dos maiores prejuízos do uso de tecnologias por crianças apresentados por Rowan, diz respeito à emissão de radiação. A autora mostra que o cérebro e os sistemas imunológicos das crianças ainda estão em desenvolvimento e isso os torna mais sensíveis que os adultos frente à emissão de radiação dos aparelhos eletroeletrônicos. O uso dessas tecnologias por crianças está associado a diversos problemas de aprendizagem, agitação, isolamento e obesidade.

Em todas as escolas que visitamos, a questão dos dispositivos eletroeletrônicos estão presentes, seja na própria escola ou dentro das casas dos alunos. Muitas crianças têm livre acesso à televisão, computadores, celulares e jogos eletrônicos com o aval da própria família. O maior problema, no que diz respeito ao âmbito escolar, é quando o uso demasiado desses aparelhos atrapalha o cotidiano escolar e as relações sociais que os alunos travam com seus pares. Nas escolas públicas A e B, a equipe pedagógica relatou que a dinâmica da sala de aula é fortemente afetada, já que não existe uma regra que proíba o uso desses aparelhos em sala de aula:

O desrespeito hoje é muito grande, muito maior. Há 20 anos em sala de aula, posso afirmar que a coisa perdeu o controle. A criança, os adolescentes entram com celular dentro da sala de aula. Eles têm whatsApp e ficam em contato com isso o tempo inteiro, inclusive com pessoas que nem conhecem. As crianças estão com a cabeça em outro lugar na sala de aula. Eles passam o tempo todo brincando, não se importam [...] Acho que está faltando limites. Muitos pais chegam aqui e falam que não sabem mais o que fazer. Mas ao mesmo tempo não colocam limites, deixam [...] compram celulares e dão nas mãos deles. (PB2)

Na instituição privada D, o uso de dispositivos eletroeletrônicos é completamente desestimulado entre as crianças menores de 12 anos. As atividades desenvolvidas dentro e fora da sala de aula não utilizam nenhum tipo de tecnologia e esse hábito é muito bem aceito pela comunidade de pais de alunos. A fala de uma professora explicita os motivos pelos quais os dispositivos eletroeletrônicos e sala de aula não se coadunam:

As atividades que nós desenvolvemos trabalham com a criatividade. As crianças têm que colocar a mão na massa, enfrentar desafios, resolver problemas, explorar o próprio corpo e o ambiente. Uma criança que está parada na frente de uma tela é uma criança parada. Nossa matemática é ensinada com objetos reais, no concreto. Eles aprendem fração cortando frutas, bolos; as habilidades linguísticas são realizadas em roda, cantadas, recitadas ao mesmo tempo em que brincamos de esconde-esconde ou pega-pega. É assim, nossa atualidade está toda invertida, os valores estão invertidos. Você vê crianças em plena fase de desenvolvimento e descoberta, em plena fase de interação, completamente absorta em uma tela de televisão, celular, não conversam, não interagem. Daí as crianças não sabem se relacionar, são agressivas, agitadas, não respeitam ninguém. Onde é que está a chave desse problema? Nós procuramos atuar de forma que o pensar, o sentir e o agir caminhem juntos. Procuramos meios de tratar a criança em sua singularidade, seu aspecto cognitivo, seus sentimentos. (PD1)

Entre as escolas entrevistadas, somente na instituição de pedagogia Waldorf o uso de dispositivos é desestimulado. Em todas as outras, tanto as públicas quanto as privadas fazem uso de computadores em sala de aula, jogos didáticos eletrônicos e vídeos. Nas escolas públicas o uso de celulares não é proibido, e esse é um dos grandes fatores de dispersão entre os alunos. Já na instituição privada E, o uso de celulares é permitido, porém os alunos só têm permissão para utilizarem nos momentos de intervalo (recreio).

Não podemos associar o uso de dispositivos eletroeletrônicos ao aumento de diagnósticos em transtornos mentais a partir de nossas entrevistas, porém, nas instituições que faziam uso de tecnologias, os professores percebiam maior agressividade e agitação entre seus alunos.

[...] às vezes eles brigam porque um não jogou do jeito que o outro queria. É muito complicado. Pior ainda é quando a professora está dando aula e o aluno está lá, com o celular na cara dela, no maior desrespeito. Pedimos pra guardar, mas não adianta. É muita agitação, muita falta de concentração. Se fosse proibido [...] porque não adianta pedir pra usar só no recreio, tem que proibir. Se proibisse as coisas mudariam muito. (PF2)

Ainda que as atividades que se utilizam de ferramentas tecnológicas em sala de aula sejam direcionadas com fins exclusivamente pedagógicos, crianças que têm livre acesso ao uso de dispositivos eletroeletrônicos apresentam um comportamento diferenciado dos demais. É o que podemos observar na fala de duas professoras das instituições abaixo:

Nós temos algumas atividades com vídeos educativos, tem joguinhos que as crianças adoram e desenvolvem várias habilidades, raciocínio lógico, linguístico, coordenação motora, identificação de cores e formas. Tudo muito supervisionado e planejado pedagogicamente. A atividade tem um objetivo, entende? Quando usamos esse tipo de material é com objetivo pedagógico. Mas tem aquelas crianças que em casa usam o computador, jogam outros tipos de coisas [...] Dá pra perceber quando a criança não tem um controle por parte da família [...] Ela é mais agressiva sim. Brinca de luta, faz movimentos que nós, como educadores, percebemos que não é típico daquela idade, que é algo que ela viu por outros meios. Infelizmente tem crianças que assistem novela e trazem essa linguagem mais sensualizada pra dentro da sala de aula. Nós procuramos controlar, mas não podemos interferir na maneira como os pais educam, entende? (PH1)

Nessa outra instituição, a professora relata que o uso de tecnologias atrapalha o rendimento pedagógico dos alunos:

São poucos os pais que controlam o que os filhos assistem, jogam, que controlam o tempo disso. Tem aluno que chega caindo de sono porque ficou assistindo filme até de madrugada, que tem televisão no quarto. Tem uma aluna do 9º ano de idade de 13 anos que fica até tarde com celular no whatsapp, falando sabe lá com quem. Ela é muito ansiosa, parece que está sempre aérea, não presta atenção em nada [...] O rendimento em sala é baixo, está sempre atrasada, pode até ser por causa disso que ela está sempre ansiosa, ela é muito cobrada pela mãe por causa das notas. (PG2)

A realidade atual é marcada pela tecnologia, e um dos grandes desafios que delineiam a área escolar é justamente o de tentar contribuir para que crianças e jovens não sejam meros usuários passivos e consumidores compulsivos dessas ferramentas, mas criativos e críticos quanto à sua utilização.

Segundo Levin (2007), o estudo contínuo sobre formas criativas e construtivas de se aprender e ensinar utilizando dispositivos eletroeletrônicos é tarefa que a escola deve perseguir diariamente, para que essas ferramentas não acabem condicionando o papel do trabalho criador e impactando negativamente o cotidiano escolar.

Os alunos podem e devem desenvolver habilidades de comunicação das mais diversas maneiras. O uso crítico e bem direcionado das tecnologias em sala de aula é apontado por Kalinke (1999) como um fator positivo. Longe de superestimular ou desestimular os alunos no processo de aprendizagem, o autor ressalta a importância dos alunos poderem trabalhar com alunos de outras culturas, ampliando sua visão de mundo a respeito das diferentes formas e maneiras de conhecimento. Para que esse processo se efetive de maneira construtiva, os professores devem trabalhar com metas comuns tendo em vista que a cooperação em sala de aula é um dos caminhos para a cooperação global.

A questão dos dispositivos eletroeletrônicos e sua influência negativa na dinâmica escolar é apenas uma das facetas do quadro de problemas que a escola enfrenta na atualidade. Além disso, há uma gama de questões estruturais que estão na base do problema, como a infraestrutura material das escolas, a questão salarial que define o recrutamento dos professores, a origem de classe dos estudantes, envolvendo o seu capital cultural, professores assumindo múltiplas funções, dentre outros (Leher, 2013). A educação no Brasil não faz parte da agenda estratégica dos governos – no final da década de 1980,

quando ficou claro que a reforma do Estado era necessária para o desenvolvimento sustentável, a educação não foi incluída. Isso só aconteceu na década de 1990. Depois de 1930 e principalmente a partir do ciclo desenvolvimentista de 1950, a expansão quantitativa se deu ao sabor de pressões populares, sem uma estratégia sustentável de revisão da organização e conteúdos da escola. Os embates políticos que se estruturam ano após ano trazem novas reformas, novas ideias, mas sua prática é ainda muito frágil e duvidosa.

Esses e outros problemas abrem caminho para que a escola vá ao encontro do modelo médico. Não é difícil perceber que o âmbito escolar encontra-se sob um solo fértil para que o saber médico surja como um aliado na identificação dos problemas encontrados pelos alunos. Diante da crise do sistema escolar e de seus crescentes fracassos, passou-se a considerar que a resposta para seus problemas estaria no âmbito da medicina, mais especificamente, a psiquiátrica.

No próximo item, analisaremos como o discurso médico adentrou os muros das instituições escolares e, atualmente, se utiliza da prescrição de psicofármacos para solucionar os problemas que surgem no cotidiano escolar.

4.2.2 A intromissão do modelo médico nas instituições escolares

Uma coisa que eu sempre me questionei, desde a época do meu mestrado foi essa relação da violência com as doenças psiquiátricas. Que nem eu te falei, em todo meu trabalho, peguei muitas crianças de lares bem complicados, crianças que foram abandonadas, que sofreram abuso, que apanharam. Uma pergunta que sempre me vinha à cabeça é porque tem criança que passa por tudo isso e não desenvolve esse tipo de doença? Já tive aluno que tinha sido achado numa caixa de papelão e era o melhor aluno da classe, era um amor. O que explica isso? Foi aí que cheguei na neuropediatra que me dava aula e falei: “Tem uma questão que eu quero falar com você, tem muitas correntes que falam uma coisa, e eu gostaria de ver o seu parecer”, ela falou; “Ah, aparece no meu consultório”. Eu fui. Era em Porto Alegre e daí eu coloquei isso pra ela, e daí ela assim: “Olha, você tem toda razão. A natureza é pródiga, ela dá tempo, ela dá pra uma mãe, por exemplo, que tá esperando um bebê, que ficou grávida sem querer, ela dá quatro meses pra que essa mãe passe a aceitar esse

bebê, passe a viver com ele de uma forma harmoniosa, querida. Porque a partir do quarto mês, o hipotálamo começa a funcionar nesse bebê. E o hipotálamo é a sede do prazer, da dor, da raiva, da angústia, ansiedade, medo [...] tudo o que essa mãe sente, ela passa pra esse bebê e aí começa tudo. Então a coisa vem lá de trás, tem a genética, mas também tem a gravidez. Tem relação com a barriga que tava te falando. (PCB)

A fala dessa coordenadora transmite muito a respeito de tudo o que vimos nesse estudo até agora. Seu discurso, imbricado de teorias degeneracionistas da psiquiatria do século XIX está muito presente no ideário educacional da atualidade. A demanda que observamos dos professores – um diagnóstico médico explicativo – foi validada como prática necessária e importante no âmbito escolar, e os mesmos professores se agarraram ao diagnóstico como um instrumento de solução dos problemas que se manifestam ali. Quando e como os problemas que se manifestavam no cotidiano escolar foram traduzidos em termos biológicos, passíveis de correção pelo uso de medicamentos?

Segundo Zucolotto (2007), a explicação hegemônica de que os alunos apresentam dificuldades de aprendizagem e comportamentais porque são incapazes ou porque possuem algum transtorno mental, gera grande demanda por profissionais de saúde no campo escolar. Entretanto, a constituição histórica do discurso médico no âmbito escolar se deu através dos higienistas. Inicialmente, a interferência do discurso médico nas escolas visava o controle de epidemias, já que este era mais um espaço de agregação populacional que apresentava riscos de contaminação epidemiológica.

A racionalidade médica se utilizou de argumentos, cálculos, procedimentos e técnicas para controlar as doenças vigentes e impor seu programa civilizatório no século XVIII e XIX (GONDRA, 2003). Segundo o autor, os pontos estratégicos para a atuação dessa lógica higienista foram os hospitais, os presídios, as igrejas, os cemitérios e a própria escola. A higiene passa a fazer parte da formação médica e a medicina, através da difusão do ideário de promoção do bem estar físico e moral da humanidade, caracterizava-se como ciência do social. Esse fato se apresenta nas teorias do higienista brasileiro Renato Kehl (1926):

Arte de conservar a saúde, e si é verdade, como diz a sabedoria antiga, que a saúde é o primeiro dos bens, a hygiene deve ser a primeira das artes. Sim é arte e não sciencia; representa a aplicação

de todos os conhecimentos com o objectivo coordenado de proteger a saúde, prolongando a vida dentro dos limites óptimos de sua duração normal. E é arte victoriosa, conseguindo aos poucos expurgar o planeta das pestes, das infecções, sanear regiões insalubres, valorizar o solo e beneficiar a vida humana em todos os sentidos (KEHL, 1926, p. 16 *apud* GONDRA, 2003, p. 28)

No Brasil, a racionalidade médica passa a operar nas escolas a partir do projeto da Escola Nova, orientadas para as perspectivas sanitárias e eugênicas da plataforma do governo Vargas. Em 1930, com o Governo Provisório, foi criado o Ministério da Instrução e Saúde Pública tendo como principal objetivo o saneamento físico e moral através de campanhas voltadas para a educação sanitária e difusão do ensino público. Desde a era varguista, o civismo estreita seus laços com o ideário de aperfeiçoamento físico, moral e intelectual da raça. A educação eugênica teve seu ápice na Constituição de 1934, sendo incluída como uma obrigação do Estado (HORTA, 1994).

De acordo com Gondra (2003), a higiene apresentou-se como arte de conservar e aperfeiçoar a saúde, estendendo-se na esfera pública e na esfera privada. O saber médico, assentado na lógica higienista, passa a colonizar as instituições e práticas sociais. A higiene buscava o reconhecimento como ciência mais adequada para a gestão dos comportamentos públicos e privados, visando a excelência da formação humana. Desde a mais tenra idade, caberia à higiene suprimir comportamentos e atitudes viciosas e instaurar hábitos saudáveis que preservariam a infância da debilidade e das doenças. Pelo disciplinamento da infância, a escola seria o espaço privilegiado que corroboraria com as práticas higienistas na prevenção e preservação da saúde (Rocha, 2003).

Os estudos de Gondra (2003) trazem trechos de livros da doutrina higienista dedicados a mães, pais, professores e professoras sobre a instauração de hábitos saudáveis que deveriam ser seguidos na educação integral das crianças. Fica claro que a meta da medicina era a de popularizar o saber médico higiênico e expandir suas fronteiras além da ordem médica, abrangendo a família e a própria instituição escolar. Os textos dos livros higienistas visavam à uniformização desse saber médico e instruíam as famílias e as escolas sobre a educação das meninas e meninos, cada qual com suas peculiaridades e advertências sobre os perigos dos maus hábitos. Os temas abordados iam desde os padrões adotados no interior da esfera privada, como a higiene com o corpo, com os afazeres domésticos, com os próprios brinquedos, a

alimentação e, no caso das meninas, a maternidade; até recomendações concernentes à esfera pública, como a leitura de livros adequados, educação física e modalidades esportivas, bem como a sexualidade e regras de convívio.

A partir do momento que o discurso higienista se articula em torno da educação, mensagens de higiene passam a ser veiculadas entre os professores, agentes de saúde pública, alunos e suas famílias, e a preocupação para com os problemas sanitários que poderiam afetar o futuro da população, torna-se tema de conferências, atividades escolares com as crianças, textos de manuais e panfletos. Os médicos higienistas se viam na missão de paralisar a ameaça gerada pelo rápido crescimento das cidades e pelas condutas descomedidas dos indivíduos. Para isso, estabeleceram um programa de disciplinamento que articulava higiene e moral, cuja obediência deveria ser severamente seguida pela população. Uma vez que, na lógica higienista, os problemas sanitários estavam atrelados ao modo de vida que os indivíduos levavam, a solução seria dada pela criação de hábitos saudáveis de acordo com a ciência e a escola seria a grande precursora dessa educação (Rocha, 2003).

A formação de hábitos saudáveis deveria começar nos primeiros anos da educação escolar, através de uma educação sanitária. Esse argumento se apropriaria da infância como período singular de intervenção, tanto para a formação dos primeiros hábitos das próprias crianças, como de suas famílias, e a escola seria a base para a inculcação da lógica higienista que, partindo da premissa de que só as crianças eram realmente educáveis por possuírem maior plasticidade cerebral e facilidade de modelagem, a educação dos adultos só serviria para reforçar os hábitos que foram formados na infância. O melhoramento e transformação dos homens pela higiene e moral deveriam começar no berço, assim, a infância passa a ocupar o lugar privilegiado como o berço de uma humanidade saudável (ROCHA, 2013).

Esse ideário ainda se encontra presente no campo educacional, conforme é evidenciado na fala de uma das coordenadoras entrevistadas:

[...] não adianta nada a família dar de tudo, oferecer os melhores colégios e não educar dentro de casa, nos primeiros anos de vida, não ensinar a criança a respeitar os outros, a cuidar de suas coisas. Tem criança de família rica que não tem o menor cuidado com suas coisas, vem com roupa rasgada, livro estragado, só quer saber de bagunçar. E agora com essa história de celular, a coisa tá sem controle. A escola se vê no papel de ter que educar as crianças a fazer coisas que deveriam ter aprendido em casa.

Escovar os dentes, tomar banho, arrumar o cabelo [risos]. Lá nos anos iniciais, as professoras trabalham com um tema para cada semana: arrumar a mochila, escovar os dentes, limpar a sala de aula. Aqui no fundamental, existem equipes médicas que trabalham diariamente na escola, a gente tem dentistas, educação sexual, nutricionista. (PBI)

A introdução da prática higienista nas escolas brasileiras veio acompanhada de diversas recomendações de como os mestres e os alunos deveriam se portar. De acordo com Lima (1983), o professor seria o modelo de virtude que os alunos deveriam imitar, e o ambiente físico da instituição, deveria apresentar limpeza e ordem impecáveis:

A higiene escolar prescreveu uma escola adaptada ao aluno. Da altura dos degraus e ângulos das curvas das escadas à altura e espaçamento das carteiras, à redução das horas de trabalho em classe e à redução da extensão dos currículos. Prescreveu-se a frequente interposição de recreios e o uso de uma ginástica recreativa e restauradora (LIMA, 1983, p. 102).

Os alunos passariam por revistas físicas que observariam o asseio com o corpo, roupas e materiais escolares. As dependências da escola também seriam vistoriadas pelos próprios alunos para que, assim, pudessem formar um olhar crítico sobre a limpeza, e esse olhar “panóptico” pudesse alcançar o âmbito doméstico, ou seja, suas próprias casas.

Selecionando, classificando, ordenando e exibindo práticas exemplares forjadas a par da ação eficaz da escola sobre a infância, Dr. Almeida Junior compõe um modelo de intervenção pedagógica, configurado segundo uma gramática do controle, cujas prescrições deveriam ser obedecidas tanto pelas crianças como pelos seus mestres (ROCHA, 2003, p. 48).

As práticas higienistas nos remetem às obras de Foucault (1979, 1987, 1988, 2008b) que já foram abordadas ao longo desse trabalho. Não se trata simplesmente de educar as crianças para serem adultos felizes e controlados, mas sim, trata-se da forma de governo sobre as populações que coloca a dimensão biológica e subjetiva na produção de

ideais que garantam um comportamento saudável a nível coletivo. A inculcação de hábitos higiênicos e morais relacionam-se com a moralidade das condutas e o governo dos homens de que falava Foucault. Os sujeitos passam a operacionalizar um conjunto de técnicas sobre seus próprios corpos, condutas e pensamentos através de vigilância constante e conformação aos ideais morais de sua sociedade. Essa articulação do mecanismo disciplinar dos corpos e do controle dirigido à população, que se configuram na forma de biopoder, está nas bases do pensamento higienista. A biopolítica, dominando e ordenando a vida e suas esferas, como a sexualidade, a saúde, as relações e as questões individuais, atua sob o pretexto de formar e potencializar o bem estar dos indivíduos e da população em geral. Dessa maneira, não é difícil compreender a importância da medicina na ordem dos discursos sobre a saúde, o bem estar físico e moral, as condutas de vida, enfim, a administração da própria vida.

O ideário higienista que foi introduzido na escola, não tinha outro objetivo se não o de controlar os indivíduos no plano físico e moral com vistas à população. A educação sanitária que se fez presente nas instituições escolares do século XIX e XX reduziu o modelo de educação à lógica do biopoder, e a criança passou a ser o próprio vigilante de sua saúde, condutas e moral a partir das práticas vivenciadas na instituição escolar que lhe admoestava as formas que considerava corretas para a vida. Esse mecanismo disciplinar não se restringia às salas de aula, mas se estendia à esfera familiar. Assim, de acordo com Foucault, o maior objetivo era o de regenerar e transformar os modos de vida da população.

A inculcação de hábitos saudáveis no terreno da infância, tida como idade maleável e de fácil apreensão de normas e valores, possibilitou o enlace da pedagogia com a psicologia e psiquiatria. Nesse contexto, a psicologia, considerada como uma das ciências capazes de perscrutar o caráter da natureza infantil começou a fazer parte dos discursos escolares sobre a formação de atitudes e comportamentos cognitivos da criança (ROCHA, 2003).

Postel e Quérel (1987) defendem que desde Víctor de Aveyron, o menino lobo encontrado no sul da França na passagem do século XVIII para o XIX, e que despertou o interesse de Jean Itard e Philippe Pinel, a medicina passou a investigar o universo infantil e a formalizar a psiquiatria infantil do século XX. Esse feito trouxe inúmeras repercussões para o tratamento moral das crianças e abriu espaço para o diálogo entre medicina e pedagogia. Ainda que o pensamento da época priorizasse as causas orgânicas sobre as afecções mentais, esse período marca o início das investidas sobre os tratamentos pedagógicos para a reeducação e inculcação de hábitos nas crianças.

A questão da higiene foi muito além da preocupação com o meio. Seus objetivos eram de higienizar as teorias sociais e humanas, e a educação estava entre seus principais pontos estratégicos. O cumprimento da ordem higienista era dado pelo Estado, que criava as condições legais, materiais e institucionais e as legitimava em concordância com as exigências da ordem política e econômica vigentes. Do mesmo modo que os estudos sobre as doenças seguiam seu curso cientificamente sem obstáculos políticos ou sociais, o estudo das sociedades passou a ser realizado com métodos da Biologia, num processo de biologização do social que o despolitizava (HORTA, 1994).

As medidas higienistas de Oswaldo Cruz no início do século XX não tiveram êxito, suas estratégias coercitivas foram desastrosas do ponto de vista político. Portanto, inculcar a higiene pelo caminho da educação, era uma tarefa que visava à persuasão pelo convencimento, sem o uso da força. Essa tarefa, segundo Horta (1994) se dava pela justificativa embasada no conhecimento científico que se utilizava de uma via mais próxima dos indivíduos, a via médica.

A educação escolar que se apresenta na atualidade segue fortemente influenciada pelos ideais higienistas. A profilaxia e sanitarismo que se referiam tais ideais justificaram e legitimaram a atuação de profissionais do campo médico, como pediatras, psicólogos e psiquiatras no campo da educação, justamente por este ser considerado o ambiente de formação do caráter e criação de hábitos. A infância ainda é vista como período primordial de prevenção das doenças mentais e, cabe aos professores e agentes da educação identificá-las e corrigi-las a tempo.

A escola não é o lar da criança, mas é o lugar onde a gente trabalha pra formá-la para a sociedade. Hoje em dia, os pais delegam à escola a educação que deveriam dar aos seus filhos. Muitas vezes, os pais nem sabem o que acontece com seus filhos. É aqui que a gente percebe se a criança está com um comportamento estranho, diferente dos outros. Toda equipe de professores passa por cursos para poder identificar se um comportamento é normal ou não. Porque eu sou formada em pedagogia com habilitação em educação especial. As deficiências que eu estudei eram deficiências sensoriais. Quando eu cheguei no Estado, passei por cursos de formação pra reconhecer aluno com TDAH, dislexia, coisa que não tive na minha formação acadêmica. No

próximo semestre, nós teremos uma palestra para os professores sobre identificação de outras doenças fora o TDAH e a dislexia. (PA1)

A institucionalização da educação e dos cuidados da infância possibilitou o enlace entre o higienismo, a psiquiatria, a psicologia e a pedagogia. Segundo Tavares (1996), o desenvolvimento e o aprendizado das crianças apoiaram-se em técnicas científicas que quantificavam e controlavam seus níveis e padrões de normalidade. A psicologia e a psiquiatria forneceram as medidas de desenvolvimento considerado saudável para a pedagogia, e deslocaram os problemas de aprendizado ou comportamentais para o campo individual, desconsiderando as variações que fazem parte do próprio desenvolvimento infantil. A influência da medicina, da psiquiatria e psicologia no âmbito escolar foi possível graças à aplicação de controle e medida sobre os comportamentos e desenvolvimento pedagógicos.

Lima (2004) afirma que a partir da década de 1920, a escola passou a ser influenciada pela ideia de que o potencial individual poderia ser conhecido cientificamente. O lema científico partia da prerrogativa de que tudo existe em certa quantidade e medida, e isso repercutiu na avaliação quantitativa das aptidões e conhecimentos adquiridos na escola. Dessa maneira, os professores foram influenciados a observarem as variações comportamentais dos alunos e a alertarem suas famílias sobre as disparidades encontradas.

A psicologia e psiquiatria deram à educação escolar um olhar terapêutico sobre o indivíduo, no sentido de normalizar e transformar a vida:

Quem trabalha com educação sabe que a maior tarefa da escola é formar o indivíduo para a sociedade. Pra isso, temos que avaliar não só seu desenvolvimento pedagógico, mas seu comportamento, sua conduta, seu modo de agir com os outros. É aqui que ele passa a maior parte do tempo, às vezes mais do que passa com a própria família. Se a gente percebe que um aluno vai mal, está com um comportamento inadequado, não dá conta disso e daquilo, ou a gente vê, 'ah', ele tem essas e essas características e deve ser por causa disso que não alcança isso [...] a gente tem que encaminhar essa criança pro setor de psicologia da escola, pra eles avaliarem o que está acontecendo e encaminhar pra terapia ou pra outro tipo de tratamento se for o caso. O que não

se pode fazer é deixar esse aluno sem um acompanhamento. (PA1)

O relato acima revela que as raízes de uma pedagogia-médica ou pedagogia-higiênica ainda permeiam a escolarização, e o pensamento vinculado à formação moral que circundava a educação no início do século XX, ainda se mantêm nos discursos escolares. Como vimos, foi por meio da atuação dos médicos higienistas e suas práticas disciplinadoras e normalizantes que a educação se tornou a “ponte” para a psiquiatrização do cotidiano escolar.

Como analisamos em Bourdieu (1983, 1996), o conceito de *habitus* se refere a um campo dado e molda as ações e instituições. Todo campo se estrutura por agentes dotados de um mesmo *habitus*, por isso Bourdieu (1992) fala que o campo estrutura o *habitus* e o *habitus* constitui o campo. O *habitus* é a incorporação da estrutura social e o campo é a exteriorização do *habitus*. Em sua definição, o campo é tanto um campo de forças que constrange os agentes que nele se encontram, como um campo de lutas em que esses mesmos agentes atuam para conservar ou transformar sua estrutura.

O campo educacional foi moldado por práticas médico-pedagógicas e seus agentes ainda operam nessa lógica atualmente. O *habitus* de seus agentes – suas condições sociais de existência – é interiorizado sob a forma de princípios inconscientes de ação e reflexão e, por sua vez, é externalizado em suas práticas diárias, em seus relatos e suas buscas por uma solução médica para os problemas que se manifestam no âmbito escolar. Dito de outro modo são estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes. Essa prática, como vimos, foi construída historicamente a partir do momento em que a medicina passou a intervir no cotidiano escolar e vem se intensificando significativamente. Como afirmava Bourdieu, os objetos de disputa de um campo são irredutíveis aos de outros campos, sendo percebidos somente pelos agentes dotados do mesmo *habitus*, portanto, os interesses de disputa do campo educacional coadunam com os interesses do campo médico, ou seja, a busca por respostas biológicas para questões que são eminentemente sociais, políticas, históricas e culturais.

A realidade do campo educacional vai ao encontro dos princípios biologizantes que são oferecidos pela psiquiatria. Para Bourdieu, no interior de todo campo, existe uma dinâmica de conflito permanente onde os indivíduos e grupos buscam defender seus privilégios, e esses conflitos resultam da tendência que o campo tem de se reproduzir. Ele trouxe como exemplo o próprio sistema de ensino, analisando-o como um empreendimento da cultura de classes que reproduz as ilusões

necessárias para o seu funcionamento e manutenção, e afirmou que essas eram as “crenças compartilhadas” em um campo dado. Nesse sentido, todo campo desenvolve o que ele denominou de *doxa*, ou seja, aquilo sobre o que todos os agentes concordam, os seus sistemas de classificação, resumidamente tudo aquilo que é aceito como “sendo assim mesmo”. Os agentes que ali se encontram, reconhecem seus valores fundamentais, suas regras de funcionamento e aceitam seus pressupostos cognitivos e valorativos que conformam o *habitus* do campo.

Ainda que alguns de seus agentes discordem das soluções via psicofármacos, a grande maioria aceita que o funcionamento desse campo se dê por essa via e, muitas vezes, demanda esse tipo de solução, como podemos observar na fala de uma professora:

Nossas salas de aula comportam uma média de 20 a 30 alunos e nosso corpo docente é muito bem preparado para lidar com diversas situações [...] quando um aluno está se prejudicando e prejudicando o andamento da classe, nós chamamos a família para tentar entender se existe alguma mudança na estrutura daquela família, como ele está se comportando em casa, se em casa ele também está muito agitado, muito agressivo. Quando é um problema estrutural, nós tentamos resolver essa questão junto da família, mas quando o problema é de outra ordem, essa criança é encaminhada para um neuro. Ele avalia, examina e se tiver que tomar medicação, a escola trabalha isso junto dessa família, ampara essa família. Posso te dizer que a criança melhora muito. Temos casos de alunos que mudaram bruscamente [...] Passam a participar, melhoram as notas, se empenham nos trabalhos. Mas acho que tem que avaliar, né, tem que ter a avaliação certa. Não pode ser igual pra todos, cada caso é um caso. (PH2)

Nesse contexto, em que qualquer alteração comportamental de uma criança ou, mais precisamente, qualquer alteração que se manifeste no próprio DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), pode levar inúmeros sujeitos ao campo da anormalidade. Assim, como podemos observar a influência da medicina no âmbito escolar atualmente?

Sabemos que no fim do século XX e início do século XIX, os campos das biociências e neurociências produziram novos conhecimentos a respeito da natureza humana, seus comportamentos e funções cerebrais. Tais conhecimentos pautaram-se na busca por explicações sobre as subjetividades e sofrimentos humanos, e no que tange à esfera escolar, podemos observar sua forte influência nas explicações dos problemas enfrentados no cotidiano dos alunos no que diz respeito à biologização de seus comportamentos.

No próximo item, investigaremos a maneira pela qual o saber médico é difundido atualmente e quais suas implicações sobre a esfera escolar. Faremos uma breve consideração sobre a abordagem sociológica do desvio segundo Howard Becker e Erving Goffman, a fim de compreendermos como comportamentos considerados “problemas” levam tantas crianças a transitarem da instituição escolar para os braços da psiquiatria.

4.3 COMPORTAMENTOS DESVIANTES E O OLHAR SOCIOLÓGICO

Analizamos que até o século XX a pedagogia tinha o interesse de prevenir possíveis problemas infantis que pudessem desencadear maiores dificuldades na vida adulta. Nesse período, o saber médico direcionou seu olhar para o desenvolvimento infantil, procurando formas de tratamento para as crianças com dificuldades no meio escolar. Data dessa época o surgimento de testes de inteligência com fins a selecionar os indivíduos apropriados ao modelo de aprendizado estabelecido pela instituição escolar em voga. Especialidades como a fonoaudiologia, psicologia e psicopedagogia, passaram a fazer parte do campo escolar de modo a contribuir para que a responsabilidade pelo fracasso escolar fosse atribuída à esfera familiar e ao próprio aluno. A significativa intervenção do pensamento médico na instituição escolar levantou barreiras que dificultaram a gerência dos problemas escolares que não fosse pelo viés biológico, assim, Guarido (2007) afirma que a visão dos profissionais da educação está fortemente marcada pela psiquiatria.

O espaço escolar tornou-se uma “ponte” para o processo de medicalização dos comportamentos infantis e, de acordo com Collares e Moysés (2014), este espaço deveria ser o campo de reflexões e mudanças sociais, porém o que ocorre atualmente são as primeiras intervenções psiquiátricas na infância como tentativa de normalizar e disciplinar os alunos. A missão escolar, que em sua origem parte do princípio de formação de indivíduos para a atuação crítica na sociedade, encontra-se ofuscada pelo ato de diagnosticar e tratar comportamentos tidos como problemas para as normas institucionais.

Qual seria a origem dos comportamentos que não são aceitos dentro das instituições escolares e que despertam os olhares de professores e famílias para uma suposta anormalidade inerente à criança? Sabemos que os critérios para a realização diagnóstica de transtorno mental, sejam do TDAH, fobias, depressão, dislexia, etc., são genéricos e subjetivos e resultam de uma decisão social:

[...] baseado única e exclusivamente em um elenco de comportamentos que se destacam do normal [...]. Entretanto fica claro que o “anormal” estaria definido em função de comportamentos desviantes daqueles esperados. Isto implica que tal diagnóstico está sujeito às variações dos limites de tolerância dos observadores (SUCUPIRA, 1985, p. 33).

O estudo científico do comportamento desviante não é tarefa fácil de ser realizada, pois a ausência de elementos sólidos, fatos e informações que sustentem as teorias são seus maiores entraves. No entanto, a sociologia apresentou inúmeros trabalhos nesse campo com investigações relevantes que abordaram esse tema. Becker (2008) procurou analisar a relação existente entre os comportamentos e as regras sociais a fim de compreender sociologicamente o termo designado por desvio. Segundo o autor, todos os grupos sociais constroem regras e tentam impô-las e, quando algum de seus membros as transgredir, ele passa a ser visto como um *outsider*, ou aquele que não condiz com as regras o grupo. Essas regras, que inclusive são muitas, podem ser publicadas em forma de lei ou serem baseadas em acordos informais. Infringir uma regra legalmente estabelecida provoca a correção por parte da polícia do Estado. De maneira semelhante, infringir uma regra estabelecida por consenso provoca uma reação do grupo ao qual a regra faz parte. Entretanto, para o autor, os diferentes grupos consideram diferentes condutas como desviantes, já que cada grupo irá constituir seu próprio conjunto de regras.

O desvio é compreendido em termos estatísticos, assim, desviante seria tudo o que varia em relação à média:

Ao analisar os resultados de um experimento agrícola, um estatístico descreve o pé de milho excepcionalmente alto e o pé excepcionalmente baixo como desvios da média. De maneira semelhante, podemos descrever como desvio qualquer coisa que difere do que é mais comum [...]. Ao avaliar qualquer caso particular, basta-

nos calcular a distância entre o comportamento envolvido e a média. (BECKER, 2008, p.18)

O desvio também pode ser compreendido em termos patológicos e, nesse caso, não há discordância em relação às doenças que afetam o organismo, mas muita discussão em relação aos comportamentos considerados patológicos, já que dizem respeito ao campo do mental:

A partir de coisas como sífilis, tuberculose, febre tifóide, carcinomas e fraturas, criamos a classe “doença”. De início, essa classe era composta apenas de alguns itens, todos os quais partilhavam o traço comum da referência a um estado de estrutura ou função perturbada do corpo humano como uma máquina físico-química. Com o passar do tempo, no entanto, outros itens foram adicionados a essa classe. Eles não foram acrescidos, contudo, por serem doenças físicas recém-descobertas. A atenção do médico havia se desviado desse critério e passara a se concentrar, em vez disso, na incapacidade e no sofrimento como novos critérios de seleção. Assim, a princípio lentamente, coisas como histeria, hipocondria, neurose obsessivo-compulsiva e depressão foram adicionadas à categoria de doença. Depois, com crescente zelo, médicos e especialmente psiquiatras passaram a chamar de “doença” (isto é, evidentemente, doença mental) absolutamente tudo em que podiam detectar qualquer sinal de mau funcionamento, com base em não importa que regra. Portanto, a agorafobia é doença porque não se deveria ter medo de espaços abertos. A homossexualidade é doença porque a heterossexualidade é a norma social. Divórcio é doença porque indica o fracasso do casamento. Crime, arte, liderança política indesejada, participação em questões sociais ou o abandono dessa participação – todas essas e muitas outras coisas foram consideradas sinais de doença mental (H. BROTZ *apud* BECKER, 2008, p. 19-20).

Em uma ou outra vertente, o desvio é considerado como uma infração de uma regra socialmente criada, já que “os grupos sociais criam o desvio ao fazer regras cuja infração constitui desvio, e ao aplicar

essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como outsiders” (BECKER, 2008, p. 22). O desvio seria, portanto, o resultado das reações de outras pessoas a uma atitude cometida por um dos integrantes do grupo ou por um conjunto de pessoas desse grupo.

No caso da educação escolar, percebemos que alguns comportamentos são considerados desviantes quando um aluno ou um grupo de alunos demonstra atitudes que são consideradas impróprias àquela instituição, como não permanecer sentado nos momentos em que essa regra diz que deveriam; ser mais agitado do que a maioria dos outros alunos; apresentar um comportamento violento em determinados momentos; concentrar-se menos do que os outros na realização de alguma atividade, entre outras situações e, caso isso aconteça, a escola tentará enquadrar essa criança em suas regras. Se a abordagem escolar não surtir o efeito desejado pela instituição, caberá ao psiquiatra e à via medicamentosa corrigir o comportamento desviante, como relata uma psicóloga da instituição pública B:

[...] essa aluna comia borracha, era desatenta o tempo todo, inquieta. Eu fiz a avaliação e disse que ela estava muito inquieta e que ela não conseguiria fazer aquisições, porque não conseguia prestar atenção. A mãe resistiu, não queria levar ao psiquiatra, entende? Ela não queria, dizia: ‘ai, eu tenho medo, eles vão receitar isso’. Daí eu disse, ‘eu entendo, de repente isso vai acontecer, mas com o tempo também isso pode ser retirado, com acompanhamento sério do médico’. Ela levou e daí, claro, eles deram medicação. Ela tomou durante uns 6 meses, ela mudou totalmente o comportamento [...] mudou pra melhor, ficou atenta, ligada. Mas a mãe com medo retirou por conta própria, achou que já estava na hora. Retirou e voltou tudo de novo [...] eles têm muita resistência em seguir regras. Querem fazer do jeito deles. Não é assim, né? Numa escola existem regras que devem ser seguidas, se uma criança destoa muito do grupo, a escola tenta trazer ela de volta. A gente sempre tenta o caminho do diálogo. Como profissional da área, acredito que a psicoterapia sempre é o melhor caminho e sei que tem casos que são pra medicação mesmo. (Psi.B2)

As regras são criadas quando algo provoca sua imposição e isso ocorre pelas premissas que Becker (2008) denomina de “empreendimento”. Tais premissas podem ser descritas quando alguém tem a iniciativa de punir o infrator, ou por conhecimento público da infração – quando os interessados na imposição da regra levam à público a infração – ou ainda a imposição necessária da regra, quando há interesse pessoal nessa imposição. Os criadores das regras são os empreendedores morais que, segundo Becker, são aqueles que têm o desejo de corrigir o mundo e, para isso, convencem a maioria de que suas regras são boas. Geralmente, isso ocorre pela aproximação de uma classe dominante em relação aos menos favorecidos, o que significa que “eles acrescentam ao poder que extraem da legitimidade de sua posição moral o poder que extraem de sua posição superior na sociedade” (BECKER, 2008, p. 155).

Em relação à psiquiatria, Becker afirma que quanto mais a sua ideologia é aceita pela sociedade, mais a influência do psiquiatra torna-se evidente, o que faz com que o empreendedor moral recorra cada vez mais à figura desse especialista para formular as regras de maneira mais adequada.

Já discutimos a questão sobre as formulações das categorias de doenças e critérios diagnósticos que compõem os manuais utilizados por médicos, professores e tantos outros profissionais. Vimos também que tais formulações fundamentam-se nas opiniões dos médicos e organizadores desses manuais e que, até o momento presente, não existem dados científicos que comprovem a existência dos inúmeros transtornos mentais que ali se encontram. Como, então, os comportamentos descritos nos manuais podem ser classificados em termos de desvio e desencadear o processo de medicalização de inúmeras crianças? Essa é uma pergunta para a qual não existe somente uma única resposta.

De acordo com Becker (2008), os fenômenos desviantes são estudados há muito tempo no campo da sociologia sob a perspectiva da ação coletiva do cometimento e não-cometimento de um ato dado. Também podem ser analisados como uma construção de reafirmação de significados da vida moral cotidiana ou, ainda, são estudados os atos que outros definem como desviantes. O que nos importa aqui é compreender que os comportamentos classificados como desviantes, anormais ou patológicos aparecem no tecido social com certas discrepâncias em relação ao que é “certo” ou “errado”, já que os próprios atores que participam das construções nosológicas discordam quanto ao que é patológico ou não.

A coleta e análise de dados que realizamos nas escolas entrevistadas dessa pesquisa nos mostram que, muitas vezes, um

comportamento é encarado como anormal em uma dada instituição e não é visto sob o mesmo prisma em outra, como podemos observar no relato de profissionais de duas instituições distintas. O primeiro relato, nos mostra que o comportamento de uma criança pode se apresentar agitado em alguns momentos e/ou apático em outros, e isto não é um fator que reclame a atenção médica por parte da instituição:

Todos nós possuímos nosso lado sombra. Acontece que cada vez mais o ser humano perde sua relação com o mundo ao seu redor, perde a relação com a família, com a natureza, com as outras pessoas e com o lado espiritual. E o que acontece? Essa solidão que a gente vê por aí, essa incompreensão em relação a si mesmo e em relação ao outro. O mundo está cada vez mais, as pessoas estão cada vez mais egoístas e autodestrutivas. Ninguém consegue aceitar o outro como ele é. Antes, uma pessoa mais agressiva ou agitada era colocada num esporte mais competitivo, numa atividade física mais agitada, hoje todo mundo tem que ser igual. E como deixar todo mundo igual? Hoje o remédio faz isso. O que estamos criando? Que mundo estamos criando? (PD1)

Neste segundo relato, a coordenadora da instituição deixa claro que a escola possui suas regras e que o aluno que não se enquadra em seus moldes, desperta a atenção dos agentes educacionais para as questões neurológicas como explicação para tais comportamentos:

O que mais chama a atenção é o comportamento que é persistente. Uma criança que não olha no olho, por exemplo, que se isola ou se incomoda com barulhos e algumas coisas [...] aí demora pra se socializar ou é mais agressivo e desatento. E, cognitivamente, digamos, em termos de apropriação do conhecimento, ele tem zero de dificuldade ou até mais facilidade que outras crianças. Quando a gente vê que a família não toma nenhuma atitude, a gente vê que está prejudicando de fato o desenvolvimento da criança, a escolarização e tudo mais, a gente precisa encaminhar. E a gente percebe que tem comportamento que realmente não é normal, digo, não é normal de uma criança, a gente lê, tem um monte de sites sobre isso, estuda, faz

curso e percebe que aquilo não é normal que tem alguma coisa por trás. (PAC)

Becker (2008) nos mostra que o problema em se encontrar categorias nítidas que expliquem o desvio não é técnico, mas teórico. O erro está que querer coincidir definições de ações cometidas por determinadas pessoas com as categorias particulares de desvio tal qual o mundo as define, porque elas pertencem a dois sistemas distintos de ação coletiva: o das pessoas que cooperam para produzir determinado ato, e o outro das pessoas que cooperam para a produção da moralidade que determina o ato como desviante. O autor afirma que existe a intenção, por parte de alguns analistas, de que o desvio caracterize atitudes que:

[...] para qualquer membro “sensato” da sociedade, ou por uma definição consensual (como violação de uma regra alegadamente existente, raridade estatística ou patologia psicológica), são errados. Eles querem se concentrar no sistema de ação em que esses atos ocorrem. Os mesmos analistas também pretendem aplicar a palavra às pessoas detidas e tratadas como se tivessem cometido esse ato. Nesse caso, querem se concentrar no sistema de ação em que tais juízos ocorrem. Esse equívoco com relação ao termo não causa nenhuma imprecisão quando, e somente quando, aqueles que cometem o ato e aqueles detidos forem os mesmos. Sabemos que não são. Portanto, se tomamos como nossa unidade de estudo aqueles que cometeram o ato, incluímos necessariamente alguns que não foram detidos e rotulados; se tomamos como nossa unidade aqueles que foram detidos e rotulados, incluímos necessariamente alguns que nunca cometeram o ato mas foram tratados como se o tivessem feito (BECKER, 2008, p. 186).

Dessa maneira, podemos buscar uma resposta para a questão colocada acima a respeito de como os comportamentos desviantes que constam nos manuais, podem desencadear a medicalização de inúmeras crianças e adolescentes.

O processo de medicalização da infância pode ser descrito como um fenômeno que atinge diversas crianças que apresentam comportamentos típicos da infância, e sem nenhum comprometimento

cognitivo, a serem considerados alunos com problemas, encaminhados a consultórios psiquiátricos e receberem tratamentos “corretivos” a base de psicofármacos. Nosso trabalho não procurou negar a existência dos transtornos mentais e nem questionar a veracidade dos mesmos, mas compreender que o processo de medicalização passou a tratar patologicamente todos os atos que não estão dentro do que é aceito ou esperado dentro de um conjunto de regras estabelecidos pela medicina e que, paulatinamente, foi se incorporando às práticas escolares. Reconhecemos que as atividades coletivas e os atos desviantes distinguem-se em relação ao tempo, ou seja, podem ser considerados desviantes em um momento e não em outro. O que antes era aceito como pertencente a determinado contexto, atualmente passa a ser definido como patológico. Se em algum momento da história, o luto pela morte de um ente querido era aceito e compreendido de maneira natural, após o DSM-5 ele passou a ser caracterizado como transtorno de humor, caso não atingisse melhora significativa no prazo de duas semanas. Se a agitação e a impulsividade eram características comportamentais próprias da infância, em 1980, com o DSM-III, elas foram classificadas como transtorno neurobiológico de origem genética denominado de TDAH. Na mesma conjuntura, a fase da adolescência, que outrora era vista como a época em que se desejava liberdade e busca pela autoafirmação, com o DSM-5, comportamentos característicos dessa fase da vida foram classificados como TOD (Transtorno Desafiador Opositivo). E nessa lógica, seguem inúmeros outros casos.

Nessa perspectiva, podemos concluir que se um ato passou a ser considerado desviante ou, no caso da medicalização, passou a ser considerado como transtorno mental, isso ocorreu porque foram criadas novas regras nesse íterim que permitiram essa determinação. Segundo Becker (2008), isso acontece quando um participante dessa relação é provido de poderes que permitem a imposição de suas vontades acima das objeções dos outros, porém tais imposições aparentam facetas de justiça e racionalidade. A aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, e o poder que essas duas instâncias exercem sobre as esferas da vida, permitem que suas determinações sejam aceitas e propagadas como verdades que atuam na prevenção de que os indivíduos adoçam mentalmente ou que, uma vez acometidos por alguma espécie de transtorno, possam voltar à normalidade. A cada versão do DSM, as novas categorias diagnósticas, que rotulam comportamentos e subjetividades humanas em doenças, se fazem presentes nos discursos dos médicos, agentes educacionais, psicólogos e etc., como podemos observar na fala de uma professora das escolas entrevistadas:

Eu acho que nos 4 anos que eu trabalhei ao longo da minha carreira, tem tido um aumento de crianças com transtornos. Eu acho que de uns tempos pra cá, a facilidade de você diagnosticar um TDAH, uma depressão ou até um caso de bipolaridade, sei lá [...] não sei se é a indústria farmacêutica, se é também a quantidade de informações ou se os professores também estão extremamente cansados e tem uma hora que a gente já não sabe mais o que fazer e aí 'vamos procurar um especialista porque alguma coisa tá errada'. Antes a gente não sabia, não tinha informação que uma criança com determinados sintomas tinha determinada doença, hoje a gente já sabe. Hoje a gente já bate o olho e percebe se aquela criança é muito diferente dos outros, se ela mudou o comportamento e pode ter alguma coisa que foge de um simples comportamento de infância. (PG1)

De acordo com Goffman (1963), a compreensão do comportamento diferente ou desviante encontra-se justamente em comparação com aquilo que é comum, já que “a questão das normas sociais é, certamente, central, mas devemos nos preocupar menos com os desvios pouco habituais que se afastam do comum do que com os desvios habituais que se afastam do comum” (GOFFMAN, 1963, p. 108). O autor ressalta que a vida social tem como condição o estabelecimento de que seus participantes dividam um único conjunto de expectativas normativas que foram incorporadas. Quando o desvio acontece, logo aparecem medidas que restauram a condição de outrora. O autor trabalha com o conceito de identidade e acredita que o desviante adota, na estrutura social, a postura de conformidade em relação às normas ou, uma vez que se vê incapacitado em sustentá-la, assume o comportamento desviante. Esse fato pode ser confirmado na fala de uma entrevistada:

Sabe o que eu acho curioso, é que tem criança que parece que sabe que tem um comportamento diferente dos demais e abusa disso, tipo, faz de propósito. Ela é agitada ou nervosa e depois que passou pelo psiquiatra, e a escola passou a tratar de um jeito diferente, tentando criar condições pra ela não ficar atrás do grupo, ela não toma isso de uma maneira positiva. Ela parece agir de maneira mais agressiva ainda e jogar toda a culpa disso na doença. Então eu me

pergunto até que ponto esse tipo de tratamento e toda essa medicação realmente estão ajudando, se esse é realmente o caminho. (PE1)

Uma das escolas selecionadas para esse trabalho procura desenvolver uma metodologia que não patologize os comportamentos considerados inapropriados de acordo com normas preestabelecidas. Porém, mesmo com uma perspectiva pedagógica alternativa, a professora me relatou dois casos de alunos que foram encaminhados para tratamento psiquiátrico. Os problemas mais relatados dizem respeito ao comportamento agressivo e agitado e essa escola procura abordar essa questão de maneira diferente das outras instituições. Eles acreditam que a criança traz em si características que aprenderam em casa, no modelo de relação familiar, mas que também já nascem com elas e as desenvolvem ao decorrer da vida. Todas essas características, agressivas, agitadas, amorosas e etc., fazem parte de um desenvolvimento geral de cada fase da vida e devem ser respeitadas e não encaradas como um problema.

Por outro lado, ainda que o encaminhamento ao psiquiatra não seja uma rotina incorporada pela instituição, o processo de medicalização adota outras vias. Ele se faz presente na figura do médico antroposófico que atua diretamente dentro da instituição, receitando medicações quando a criança apresenta um comportamento diferente dos demais. Os remédios aplicados são florais ou homeopáticos e são prescritos ali mesmo na escola, com autorização das famílias.

Existe um grupo de apoio que trabalha com terapia, fonoaudiologia, terapia artística e musical para atender as crianças que estão mais agitadas, mais tristes ou mais nervosas. Tem crianças que são mais agressivas. Quer dizer, que estão passando por um período de desenvolvimento que a agressividade se aflora mais, entende? A gente chama essa criança, conversa com ela, chama a família e tenta entender se tem algum outro problema por trás, brigas em casa, separação. Nós desenvolvemos um trabalho com essas crianças e elas tomam a medicação antroposófica. Geralmente passa, porque são fases, são etapas de desenvolvimento. O absurdo é querer que uma criança de 3, 4 anos seja calma, fique sentadinha [...] isso não existe. Isso é um atentado contra o próprio desenvolvimento do ser humano. Nessa fase a criança está em pleno desenvolvimento cerebral

e querendo explorar o mundo ao seu redor. Como é que vão ficar calminhos, sentadinhos igual um boneco? (PD1)

Sendo assim, independente da via de acesso que a medicalização de comportamentos possa seguir dentro das escolas, percebemos que os comportamentos que fogem ao padrão daquilo que é aceito ou esperado para os indivíduos, são vistos como algo ameaçador, seja do andamento do grupo que, acredita-se, ficará prejudicado em seu cotidiano normativo, seja do próprio indivíduo que não conseguirá se desenvolver cognitivamente e, futuramente, poderá ver-se preso a uma doença da qual não poderá mais se libertar. Ainda que tais comportamentos se manifestem após a ocorrência de algum evento na própria família dos indivíduos, como uma separação ou morte, ou mesmo quando tais comportamentos se manifestem em determinadas situações e não em outras, a medicalização assume o papel de corretivo e arauto da normalização.

Nossa investigação também nos mostrou que nas escolas com maior número de alunos por sala de aula, principalmente as escolas públicas, a medicalização tende a ser mais empregada. A escola pública A, com uma média de 35 a 40 alunos por sala de aula, há em torno de 8 a 12 alunos que recebem medicação. Já na escola privada E, com uma média de 20 a 25 alunos por sala de aula, as crianças que recebem medicação giram em torno de 1 a 3 alunos por sala. Os relatos de alguns profissionais que atuam nessas instituições apontam a dificuldade em lidar com um grande número de alunos e ao mesmo tempo conseguirem atingir suas metas pedagógicas, bem como a dificuldade de alguns alunos em se adequar às normas impostas naquelas instituições:

[...] temos salas com 40 alunos e um cronograma de atividades para ser desenvolvido durante o ano. Os alunos que são mais agitados, mais bagunceiros, acabam levando o grupo todo junto e isso prejudica a aula, os professores e todo o andamento da rotina. Nós procuramos desenvolver atividades para tentar entender o que está acontecendo, entramos em contato com as famílias dessas crianças, mas às vezes, a coisa não caminha. Eu tenho contato, por exemplo, semanal com as famílias, mando e-mail, telefone. Faço um trabalho junto com os representantes de turma. Nós tentamos de todo jeito, entende, mas tem situações que parece que só a medicação resolve. (PAC)

O relato abaixo apresenta a dificuldade dos alunos em se adaptarem às normas institucionais:

Eu percebo que existe muita resistência por parte dos alunos em entender as regras que existem dentro da escola, principalmente os alunos do fundamental I e II. Eles apresentam essa resistência devido à idade, mas também porque em casa não tem limites, podem fazer o que querem e na hora que querem, daí quando entram na escola, têm dificuldades em compreender as regras, os horários, o que pode, o que não pode. (PG2)

De acordo com Goffman (1963, p. 117), “o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro”. Dessa forma, podemos inferir que os comportamentos desviantes que levam crianças e adolescentes ao encontro do processo de medicalização, estruturam-se em normas socialmente impostas e estereótipos culturalmente estabelecidos, seja pelo grupo a qual ela pertença ou a própria instituição escolar, e que uma vez em relação, os comportamentos que fogem ao que é esperado, passam a ser vistos como doença ou prenúncio de doença. Ainda que os métodos adotados para a suposta cura ou retorno à normalidade, se apoiem em tratamentos menos agressivos do que aqueles que se utilizam de psicofármacos, o ato de medicalizar as condutas indesejáveis está presente e o papel interpretado pelo normal, que dita as regras ou observa seus desvios, e o papel do desviante, que foge ao que é comumente aceito, estão em cena no cotidiano escolar.

Esse alinhamento do comportamento desviante com o comportamento “normal” ou com o comportamento padrão socialmente esperado é denominado por Conrad (2007) de normalização. Atualmente, cabe à biomedicina o emprego de melhorias para efetuar o alinhamento e alcançar ou chegar o mais próximo possível da média normal da população. O autor cita diversos exemplos de como a biomedicina trabalha para realinhar o corpo, os comportamentos e atitudes de acordo com o que é convencionalmente estabelecido pela sociedade e seus padrões culturais. Assim como o que é estabelecido social e culturalmente sofre inúmeras transformações ao longo do tempo, as categorias diagnósticas dos transtornos mentais também passam por um processo semelhante, que o autor chama de contração e expansão. Esse processo explica porque muitos comportamentos que

eram aceitos socialmente, foram capturados pela medicina e tratados como doenças. A expansão diagnóstica abordada por Conrad expande seus limites, justamente no intuito de incluir novos problemas ou itens relacionados a eles e também incorporar populações adicionais.

O comportamento considerado perigoso ou moralmente inapropriado é erigido ao campo da doença ou da delinquência, o que é explicado pelo autor como um deslize de significantes que transforma o pecado em crime e posteriormente em doença. No contexto escolar, a análise dos significantes efetuada por Conrad (2007) se faz presente, já que a educação ocupou o papel daquele que dita as regras e observa seus desvios com o objetivo de alinhar e normalizar os comportamentos ao que é moralmente aceito, em parceria com a psiquiatria na tentativa de encontrar os ajustes necessários.

Os principais comportamentos considerados “problemas”, que levam tantas crianças a transitarem da instituição escolar para os braços da psiquiatria são a desatenção, a impulsividade, a agressividade e a hiperatividade. Existem outras características que levam pais e professores a recorrerem aos consultórios psiquiátricos, porém essas são as mais comuns e com maior prevalência, conforme explicitado na fala do diretor de uma das escolas entrevistadas:

Tem criança que de uma hora pra outra muda de comportamento da água pro vinho. Porque o medicamento anestesia, eu não sei, na verdade eu não sou um profissional específico da área médica, mas ele anestesia algumas sinapses, aparentemente anestesia. Então, determinadas reações que a criança tinha, ela para de ter. Olhar pro lado, reclamar [...] ou então uma atividade que ele vai pegar, vai focar e não tirar os olhos dali de cima, antes não. Passava uma mosca, ele olhava. Existem determinadas séries que são chaves na questão do comportamento. É no quinto ano, no oitavo ano. Então assim, o quinto ano é a idade de 10 anos e o oitavo é de 12 pra 13 anos. Uma das coisas que os professores reclamam muito nesses anos é o afastamento do grupo, alienação total e agressividade. Eles querem mostrar que já são diferentes, batem, xingam. Tem alguns alunos que tem uma espécie de TOC [...] tem um que olha embaixo da carteira umas 15 vezes antes de sair da sala. Outra aluna pedia pra ir ao banheiro uma 4 vezes durante a aula. Então é basicamente isso, uma agressividade e muita

agitação [...] distração de não conseguir começar e terminar uma atividade, de esquecer tudo. (PC1)

Em todas as escolas entrevistadas, as características comportamentais que despertam a atenção dos agentes educacionais e suas famílias são as mesmas, com uma ou outra pequena diferença em relação à média, como no caso de crianças que são mais tímidas ou aquelas que não apresentam nenhum dos comportamentos considerados desviantes, porém ficam aquém do grupo na questão cognitivo-pedagógica:

[...] ele era excelente. Um guri super comportado, querido, que vivia abraçando as professoras e nunca se envolvia em brigas, mas no quesito pedagógico ele não ia, não acompanhava [...] a gente via que tinha alguma coisa errada ali. Ele tinha dificuldade nas coisas básicas que envolviam raciocínio lógico, escrita. Um dia a gente chamou a família, tentamos outros métodos, mas a coisa só deslanchou quando ele foi num neuropediatra e foi constatada a dislexia. Ele fez tratamento com fono, mas sempre teve dificuldades. Com a medicação, ele melhorou bastante. (PB1)

Em outra situação, a criança era muito retraída, não se envolvia em atividades com o grupo, não conversava e quase nunca se manifestava em sala de aula. Os professores alertaram sua família, e esta procurou um psicólogo:

[...] nós esperamos os comportamentos normais de acordo com idade criança. Mas a guria era demais. Não conversava no recreio, ficava sempre sozinha e quando a gente perguntava alguma coisa pra ela, ela sempre respondia baixinho, parecia que tinha medo de falar. Nós chamamos a família [...] assim, aparentemente não tinha nada de errado com aquela família. Os pais levaram num psicólogo e depois ela passou por um psiquiatra. Era depressão. Ela tomou um antidepressivo [...] ela passou a conversar, vira e mexe a gente via a guria brincando e rindo. Era outra criança. (PB1)

Ainda que o professor exerça sua disciplina de formação, a pedagogia, o que nos chama a atenção é o fato de que essa categoria está, cada vez mais, orientada a atuar como especialista em questões psicológicas e/ou psiquiátricas. Em todas as escolas que participaram dessa pesquisa, com exceção de apenas uma, seus agentes educacionais apresentaram um discurso psicologizante a respeito da criança e dos problemas escolares, fato que é reforçado através de cursos de formação, palestras e seminários que estreitam os laços entre a pedagogia e a psiquiatria. O olhar psiquiátrico sobre toda sorte de questões relacionadas à infância e adolescência, está fortemente presente na instituição escolar, e seus agentes educacionais apoiam-se cada vez mais em explicações médicas sobre o funcionamento do cérebro e suas disfunções como resposta a todos os problemas comportamentais e cognitivos.

Os transtornos mentais que explicam os motivos de determinados comportamentos e dificuldades que as crianças apresentam na escola, bem como o nome de alguns psicofármacos utilizados para o tratamento dos mesmos, fazem parte do vocabulário dos professores. O mais comum, como já dissemos, é o TDAH e o psicofármaco empregado em seu tratamento é o metilfenidato (Ritalina® e Concerta®). Os agentes educacionais, imbuídos de teorias psicologizantes subsidiadas por informações a respeito das problemáticas da infância e adolescência, pautam-se em critérios diagnósticos descritos no DSM que são divulgados em sites, revistas e artigos:

[...] É como eu te falei, nós passamos por cursos de formação e palestras sobre essas questões. No último curso, recebemos material apostilado com endereço de vários sites. E também a gente vai atrás, pesquisa, se informa pra poder saber o que pode estar acontecendo [...] tem um site, não lembro o nome agora, mas tem um site que fala tudo sobre déficit de atenção, ah, acho que o site é déficit de atenção.com, acho que é isso, mas lá explica muita coisa, até de outras doenças. Isso ajuda a identificar, a bater o olho e entender o que é isso, o que é aquilo [...] tem muito congresso, muita coisa acontecendo nessa área. O professor tem que ir atrás, se atualizar. E hoje em dia, não tem como ficar alheio a essas coisas. A internet tem tudo, basta procurar. (PA1)

Segundo as características contidas no DSM-5 (2013), os critérios para o diagnóstico do TDAH passam pelos seguintes crivos:

desatenção, agitação (hiperatividade), irritação e impulsividade. Tais critérios eram utilizados por profissionais da educação e da saúde para o diagnóstico em crianças a partir de 6 anos no DSM -IV. Porém, um dado alarmante é que a partir do DSM – 5 o TDAH, não necessariamente é observado a partir dos 6 anos, mas já está presente desde o nascimento. Tais afirmações confirmam as teses de herança patológica, normalização de comportamentos e riscos.

Muitos professores e profissionais que atuam na educação relataram que encontram informações a respeito dos transtornos, como o TDAH, na própria internet, inclusive nos deram o endereço de alguns, dentre eles o site do Instituto Paulista de Déficit de Atenção (IPDA)⁴⁶, e o site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA)⁴⁷. O que nos chamou a atenção é que esse site oferece cursos online para pais e professores com crianças e bebês portadores de TDAH, e fazem clara apoloia ao uso de psicofármacos.

Muitas crianças com hiperatividade já apresentavam os sintomas desde bebês, desde que eram crianças bem pequenas. Mas também muitos daqueles meninos agitados e hiperativos, com o tempo acabam equiparando-se às outras crianças. Se o TDAH é um transtorno de base orgânica – genética (herdada de seus pais) ou congênita (decorrente de problemas da gestação ou parto), ele deve estar presente na criança desde seu nascimento (IPDA, 2015).

No site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH é definido como um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Nesse mesmo site é apresentado um questionário denominado SNAP-IV⁴⁸, cujo objetivo é auxiliar a identificação de possíveis sintomas do TDAH em alunos e no qual constam as seguintes afirmações: "não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas; tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer; parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele; não

⁴⁶ Maiores informações acessar: IPDA – Instituto Paulista de Déficit de Atenção. Disponível em <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/instituto/index.html>>.

⁴⁷ Maiores informações acessar: ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/>>.

⁴⁸ Segundo informações do site da ABDA, esse questionário foi formulado de acordo com os sintomas apresentados no DSM-IV e foi divulgado em cursos online oferecidos pelo mesmo.

segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações; tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado; perde coisas necessárias para atividades; distrai-se com estímulos externos; é esquecido em atividades do dia a dia; mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado; corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado; tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma; não para ou frequentemente está a ‘mil por hora’; fala em excesso; responde às perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas; tem dificuldade de esperar sua vez; interrompe os outros ou se intromete”.

Investigamos esses dois sites, pois são os que os profissionais da educação que foram entrevistados se baseiam para avaliar o comportamento de seus alunos, inclusive realizando cursos de formação complementar. Raramente um profissional da educação procura informações mais específicas e próprias do campo da psiquiatria, como as que se encontram no próprio DSM. Em todas as entrevistas, nenhum profissional afirmou ter lido o DSM ou realizado qualquer tipo de consulta em suas versões. Eles se baseiam em informações difundidas em sites, revistas, blogs e nos cursos dos quais participam.

Os sintomas que o site descrito acima divulga são ferramentas utilizadas, não só por profissionais da saúde, mas por professores no momento da avaliação dos alunos. As descrições dos transtornos e seus sintomas mostram a ausência de análise crítica sobre as relações das problemáticas que se manifestam no cotidiano escolar e o contexto sociopolítico que as determinam. A ausência de tais reflexões possibilita o diagnóstico de muitas crianças como sendo portadoras de doenças genéticas, as quais seriam as únicas responsáveis pelos comportamentos considerados desviantes.

O discurso médico difundido na mídia leiga, em forma de artigos simplistas que naturalizam o sofrimento da criança e seus ‘problemas de aprendizado’, apresenta-se atualmente na escola de forma marcante. É comum que professores e coordenadores professem diagnósticos diante da observação de certos comportamentos das crianças, especialmente de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e as encaminhem para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica. É comum também que agentes das equipes escolares insistam em

perguntar aos pais, quando se encontram diante de alguma manifestação não conhecida (ou não desejada) de uma criança que está em tratamento, se ela foi corretamente medicada naquele dia. Tais procedimentos nos permitem entrever que estão crentes de que a variação no uso do remédio é responsável pela variação dos comportamentos e estados psíquicos das crianças, e que esta não teria nenhuma relação com variações, mudanças ou experiências no interior do cotidiano escolar (GUARIDO, 2007, p. 157).

A escola tem se tornado palco dessa tragédia aferrada às disfunções neurológicas, e as formas de patologização do ensino-aprendizagem, do TDAH, passando pela dislexia, depressão, TOD entre outros, recaem sempre na padronização do comportamento que foge àquilo que é socialmente estabelecido (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Essa análise nos permitiu compreender como o saber médico é difundido e se faz presente no cotidiano escolar, influenciando suas práticas pedagógicas, assim como seus agentes educacionais. Pudemos compreender sociologicamente a maneira como alguns comportamentos passam a ser considerados inapropriados ou desviantes em um grupo e não em outro e como essa relação está sujeita às variações histórico-temporais. Os conhecimentos médicos atuais, fundados na biomedicina e neurociências estão cada vez mais presentes em nossa sociedade explicando uma gama de sentimentos, atitudes, comportamentos e dificuldades que os sujeitos experimentam ao longo de sua vida. No próximo item, analisaremos as mudanças ocorridas nos conhecimentos médicos do final do século XX, bem como seus avanços na biomedicina e neurociências e suas influências na instituição escolar atualmente.

4.4 O AVANÇO DA BIOMEDICINA NA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA INFÂNCIA E SEUS REFLEXOS NA ESFERA ESCOLAR – BIOPOLÍTICA NO SÉCULO XXI

O processo de medicalização de praticamente todos os aspectos da vida chega a tornar plausível a crença de que toda insatisfação ou mal-estar é indicação de um desvio, e como tal deve ser suprimido. Transformada em ideologia, a saúde física ou mental é extraída do campo das interrogações filosóficas e políticas acerca da “boa vida”, para ingressar na esfera das habilidades e competências a serem demonstradas no

mercado da subjetividade (BEZERRA JR., 2002).

Já discutimos que no final do século XIX e início do século XX, os campos das biociências e neurociências produziram novos conhecimentos a respeito da natureza humana, seus comportamentos e funções cerebrais. Entretanto, faz-se necessário uma análise sobre alguns aspectos desses avanços e como seus reflexos podem ser vistos na esfera escolar.

Constantemente observamos na mídia e no meio científico, a divulgação de estudos genéticos da neurologia e da biomedicina sobre o funcionamento do cérebro e seus neurotransmissores. Tais estudos apresentam incontáveis tentativas em mapear o genoma humano e encontrar a chave explicativa dos comportamentos e suas origens. De acordo com Nikolas Rose (2013), há aqueles que pregam a possibilidade de aplacar os sofrimentos humanos através de uma extensa lista de psicofármacos lançados no mercado anualmente. Outros versam sobre a teoria celular, sua constituição e divisão com enfoque na reprodução humana e hereditariedade. O estudo dos genomas e da reprodução trouxe ao mundo a possibilidade da clonagem humana e detecção de problemas genéticos antes mesmo do nascimento. Outros ainda concentram-se na biomedicina e tratam da biologia molecular e da genética, decodificando suas informações sobre o funcionamento dos neurônios, sinapses e neurotransmissores. Todos esses novos conhecimentos, teorias e avanços científicos nos permitem refletir sobre as características de atuação da biopolítica na atualidade. Marcada por estudos moleculares, a biopolítica hoje se apresenta como poder de manipular a vida humana em todas as suas faces vitais e transformá-la através da genética. Se os séculos XVIII e XIX foram marcados por uma política da saúde, do saneamento das cidades, dos controles das taxas de natalidade, mortandade e epidemias, no século XX:

[...] essa preocupação com a saúde da população e sua qualidade foi impregnada por uma compreensão particular da herança de uma constituição biológica e das consequências de reprodução discriminatória de diferentes subpopulações; isso pareceu obrigar os políticos de muitos países a tentar administrar a qualidade da população, muitas vezes coercitivamente e, às vezes, mortíferamente, em nome do futuro da raça. No entanto, a política de vida de nosso século parece bem diferente. Não está delimitada nem pelos polos de doença e saúde, nem

focalizada em eliminar patologias para proteger o destino da nação. Ao contrário, está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes (ROSE, 2013, p. 16).

Nesse contexto, a vida humana está sob controle do governo e das novas formas de conhecimento do terreno “bio”: biomedicina, bioeconomia, biotecnologia, bioética, biocapital, biovalor. A biopolítica do século XXI encontra-se intrinsecamente ligada à bioeconomia e, conseqüentemente, as dinâmicas médicas sofreram grandes e importantes mudanças. A jurisdição médica não se ocupa somente das doenças e acidentes, mas também administra as doenças crônicas, a reprodução, o risco e a otimização da saúde. A grande mudança recai principalmente no que o autor chama de autoadministração dessas categorias, já que os indivíduos e famílias tornaram-se os responsáveis pelos cuidados de si mesmo, o que os transformou de pacientes em consumidores de medicamentos (Rose, 2013).

A medicina, altamente dependente de evidências e exigências do uso de diagnósticos e procedimentos de prescrições médicas padronizadas, encontra-se capitalizada e aliada à inovação técnica, à exploração econômica e a formas de bioeconomia. As análises de Rose (2013) apresentam a atualidade da biomedicina, que visualiza a vida no nível molecular e os termos usados para descrevê-la, ocupam esse mesmo campo semântico valendo-se de conceitos, referências e relações que incluem expressões como codificação de bases nucleotídeas, propriedades funcionais das proteínas, topografia molecular, genes transportadores, entre outros. Tais mudanças recaíram também sobre os distúrbios psiquiátricos que foram fragmentados em subgrupos, analisados em bases moleculares e tratados à base de psicofármacos molecularmente desenvolvidos, como afirma Rose (2013, p. 28): “Na indústria farmacêutica e na pesquisa terapêutica, de maneira mais geral, é no nível molecular que os agentes terapêuticos são selecionados, manipulados, testados e desenvolvidos e, em termos moleculares que seus modos de ação são explicados”.

Para o autor, é por meio das novas tecnologias de visualização que a vida tem se tornado maleável ao pensamento molecular. No século XX e início do século XXI, os exames de Raios-X e outros exames de imagens, como mamografias, eletroencefalograma, tomografia, ressonância, possibilitavam a visualização do corpo. Atualmente, as visualizações técnicas reconstroem a vida a nível molecular, como tecidos, células e fragmentos de DNA, que podem ser isolados,

decompostos e armazenados em bancos de recursos biológicos, comercializados e transportados de um laboratório para outro. Nesse novo nível molecular, “a vida em si se torna aberta à política” (ROSE, 2013, p. 31).

A contemporaneidade da biopolítica, opera na lógica dos riscos, como já analisamos. Rose (2013) mostra que a busca da biologia sistêmica (aliada à psiquiatria) – que se utiliza de informações geradas pelo Projeto Genoma Humano⁴⁹, onde profissionais de diversas áreas trabalham juntos para modelar as interações entre os componentes básicos dos sistemas biológicos, como as sequências de DNA e as proteínas – está justamente em prever estados vitais futuros, possibilitando possíveis intervenções nesses sistemas. O autor afirma que uma mudança epistemológica e ontológica está em curso. Nesse enredo, a biomedicina contemporânea está engajada num replanejamento biológico da vitalidade: “tecnologias médicas contemporâneas não buscam simplesmente curar doenças uma vez elas tendo se manifestado, mas controlar os processos vitais do corpo e da mente. Elas são, concluo, tecnologias de otimização” (ROSE, 2013, p. 32).

O replanejamento biológico da vitalidade pode ser visto em algumas mudanças que ocorreram no campo nas neurociências. As versões do DSM possuem uma sintonia fina entre suas diretrizes diagnósticas e as teorias neurocientíficas dos transtornos mentais com uma clara interpelação fisicalista do problema e exclusão dos contextos sociais, históricos e políticos. Ortega (2008), afirma que houve uma notória transformação da abordagem do cérebro, antes um importante órgão de nossa constituição biológica, agora quase que um ator social na contemporaneidade. Essa transformação deve-se a vários fatores, como o aperfeiçoamento tecnológico dos aparelhos de produção de imagens – PET scans, o próprio sequenciamento do genoma humano tratado por Rose, a eclosão da indústria farmacêutica de psicofármacos, etc. Conforme já abordamos, desde o século XIX procura-se uma linguagem técnica que vincule os estados mentais a uma estrutura neurológica. Essa procura, como sugere Rose (2013), focava os sentidos humanos e a aprendizagem numa abordagem neurológica, e continuou seu caminho na busca do entendimento dos transtornos mentais em um correlato material, ainda que sem grandes sucessos.

⁴⁹ O maior objetivo do Projeto Genoma Humano (PGH) é o mapeamento do genoma humano e a identificação de todos os nucleotídeos que o compõem. Segundo informações do *National Institutes of Health* (NIH) – <<http://www.nih.gov/>> –, laboratórios de todo o mundo se uniram à tarefa de sequenciar, um a um, os genes que codificam as proteínas do corpo humano e também as sequências de DNA.

Atualmente, as neurociências alargaram seu campo de interesses, antes restrito ao perímetro dos sentidos e movimento das doenças neurológicas, agora abrange o perímetro das emoções e dos comportamentos sociais. Segundo Ortega (2008), as neurociências criaram novas áreas de atuação em seu campo, como a neuroarte, neuroteologia, neuroética, neuroeconomia, neuropolítica. De acordo com Ehrenberg (2004), as neurociências possuem dois projetos de intervenção na vida humana. O primeiro, que o autor chama de fraco, teria o objetivo de avançar no tratamento das doenças neurológicas, como fizeram com a descoberta de aspectos neuropatológicos em problemas mentais como a esquizofrenia. O segundo, denominado pelo autor de programa forte, procura identificar o conhecimento do funcionamento cerebral ao conhecimento de nós mesmos como sujeitos que, segundo Ehrenberg, culminaria numa neurobiologia da personalidade.

Nesse contexto, as atualíssimas neuroimagens surgem com o intuito de fortalecer a já intensa correlação entre imagem e verdade. As imagens de “cérebros com transtornos” comparados a imagens de “cérebros normais” seriam a prova cabal que tanto se esperava. A partir de então, passou-se a postular que os transtornos mentais seriam uma disfunção dos neurotransmissores (substâncias químicas que atuam nas sinapses e são o ponto de junção do neurônio com outra célula), ou seja, proveniente de um transtorno químico. Segundo Horwitz e Wakefield (2007), ainda não foi comprovada a relação causal de deficiência química cerebral e transtornos mentais como a depressão. Além da hipótese de deficiência química, a associação dos transtornos mentais a uma possível herança genética se fortaleceu a partir das imagens obtidas através dos PET-Scans⁵⁰ e da ressonância magnética. Conforme os autores, a relação dos transtornos mentais e problemas anatômicos em regiões cerebrais como a do córtex pré-frontal, do hipocampo ou da amígdala ainda não foi comprovada e seus resultados continuam bastante contraditórios. As imagens obtidas através de um PET-Scan ainda não são suficientes para comprovar tais relações, já que o cérebro de um indivíduo em estado de tristeza profunda são muito parecidas com as de um indivíduo “diagnosticado” com Transtorno Depressivo Maior⁵¹, o que leva a crer que determinadas alterações de humor provocam contrapartidas físicas.

⁵⁰ PET-Scan ou *Positron Emission Tomography* é uma modalidade de diagnóstico por imagem que permite o mapeamento de diferentes substâncias químicas no organismo.

⁵¹ De acordo com o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior é o transtorno conhecido como depressão. Apresenta os seguintes sintomas: humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

De acordo com Uttal (2002), os exames de neuroimagens tentam freneticamente localizar funções cognitivas no cérebro. A tentativa de construir uma ponte entre o cognitivo e o neural culmina num neuroreducionismo, e o desejo de encontrar respostas fáceis para questões profundas da experiência humana pode levar a um conjunto de suposições incorretas sobre as relações entre comportamento, atividade mental e atividade cerebral.

Os discursos de verdade provenientes do campo das neurociências, a utilização dos critérios do DSM para determinação dos diagnósticos baseados apenas nos sintomas apresentados e a procura pelo estabelecimento de bases neurológicas para as classificações psiquiátricas reduzem a experiência subjetiva a simples comportamento. Não se trata de negar as inúmeras contribuições das pesquisas biológicas que foram e continuam sendo realizadas em prol da vida humana. São inegáveis as contribuições da produção de pesquisas para a melhoria de vida de indivíduos que sofrem de doenças degenerativas, por exemplo. O problema, como mostra Bezerra (2002), reside justamente no equívoco epistemológico e ético do essencialismo fiscalista:

A hegemonia do mito científico como fonte de sentido invade o modo como os indivíduos se apropriam de sua experiência subjetiva. Por exemplo: a difusão, no imaginário social, de explicações fiscalistas do funcionamento da mente e do sofrimento psíquico estimula o privilégio concedido à dimensão biológica da vida subjetiva em detrimento da psicológica ou intersubjetiva. No vocabulário do cotidiano, palavras comuns e despidas de conotação médica ou científica, como ‘tristeza’, ‘desencanto’ ou mesmo ‘angústia’, cedem rapidamente lugar a expressões como “depressão” ou ‘distímia’, ou ‘síndrome do pânico’, supostamente mais precisas ou objetivas (BEZERRA JR., 2002).

A compreensão dos indivíduos com bases exclusivamente fiscalistas, ou como afirma Rose (2013), com parâmetros exclusivamente *selves* neuroquímicos, precisa ser urgentemente problematizada. A difusão da retórica fiscalista no vocabulário cotidiano de professores e agentes educacionais orienta a educação de crianças dentro e fora da escola. Ainda que o pensamento fiscalista e a lógica medicalizante estejam intrinsecamente ligadas às práticas de vida da atualidade, sabe-se que um cérebro não é um órgão isolado. Ele pertence a um corpo que age e interage num mundo construído por

valores históricos, sociais, políticos e culturais. As imagens oferecidas pelos PET-Scans nada traduzem de nossa experiência e inter-relação com esse mundo (BEZERRA JR., 2002). A ideia redutora de que as causas dos sofrimentos estão atreladas ao cérebro, nada mais é do que um retorno aos postulados localizacionistas e deterministas que caracterizaram a psiquiatria biológica do século XVIII e XIX.

A influência desse discurso pode ser observada pela demanda, tanto da escola como das famílias, por um diagnóstico médico que avalie os comportamentos tidos como inapropriados.

[...] Por exemplo, minha filha de 14 anos sempre foi extremamente agitada. Piorou muito quando eu me separei e mais ainda quando meu pai faleceu. Eu levei essa menina em tudo quanto foi médico. Até que no ano passado, ela foi para os Estados Unidos e lá fez um exame de imagem do cérebro [...] Foi caríssimo, mas nós finalmente descobrimos que ela tinha TDAH associado com depressão. Você não tem ideia de como ela melhorou. Faz um ano que ela toma medicação e ela mudou completamente. Hoje ela consegue estudar, não tem mais aqueles ataques de raiva que tinha antes [...] Se nós soubéssemos que seria tão fácil resolver isso, teríamos levado há muito mais tempo. (PA1)

O conjunto de especialidades científicas e a produção de discursos de verdade no campo da psiquiatria consolidaram diversas práticas de intervenção, bem como a orientação educacional de crianças e adolescentes dentro e fora da escola. A fala dessa professora carrega o que comumente se escuta nas ruas, nas escolas e nas festas infantis, a retórica de que a agitação, a hiperatividade, o isolamento, a timidez, a agressividade dentre outras características, são reflexos de possíveis transtornos mentais. A consideração biológica das experiências humanas torna-se o alicerce de entendimento do processo de ensino-aprendizagem que traduz comportamentos típicos da infância como sintomas de doença.

O que podemos dizer a respeito de comportamentos considerados inapropriados para determinada idade ou instituição de ensino, bem como dificuldades relacionadas ao processo de aprendizagem que são traduzidos em termos biológicos e corrigidos através de psicofármacos? Como a medicalização de comportamentos próprios da infância atua na instituição escolar? Essas foram as indagações que motivaram esse trabalho.

A princípio, a medicalização de comportamentos, em algumas instituições que entrevistamos, é vista com bons olhos. Há certa esperança de que aquela caixinha de pílulas resolva, senão todos os problemas, ao menos os que se manifestam no cotidiano escolar e conturbam a padronização que tanto se espera. A partir do momento que o diagnóstico entra em cena e a dimensão técnica se impõe através dos psicofármacos, a educação deixa de ser o ator principal. Não sobra muito espaço para questionamentos a respeito do modelo educacional que temos na atualidade, para reformas políticas de base, enfim, para intervenções potentes e transformadoras. As dimensões simbólicas das relações educativas e o olhar crítico a respeito da própria prática de ensino se esvaziam quando o remédio passa a ser visto como solução.

Como educadores, nós sabemos que a situação não está adequada. O ensino vai de mal a pior. Ao menos aqui no estado, a situação é bastante complicada. Falta muita coisa [...] Lidamos com uma série de problemas que fogem da alçada da educação. São salas com 40, 45 alunos e todo um conteúdo para aplicar [...] As crianças trazem muitos problemas de casa que se manifestam aqui dentro. É muita indisciplina, muita falta de respeito, chega a ser um descaso mesmo. (PF2)

A solução para uma série de problemas que se manifestam no cotidiano escolar está fortemente ligada ao discurso médico que reduz o fenômeno subjetivo à lógica do funcionamento orgânico. A medicação atua como reguladora da subjetividade, reordenando os comportamentos não adaptados aos ideais instituídos. Segundo Guattari (1992), a subjetividade é uma produção histórica e social e pode ser pensada como um conjunto de condições que possibilita que instâncias individuais e coletivas possam emergir “como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 19). A subjetividade se estrutura nuclearmente no desejo e este impulsiona o agir do indivíduo sobre o mundo. O processo de subjetivação, segundo o autor, se dá quando acontece uma mudança nesse núcleo e isso pode alterar significativamente a intencionalidade de atuação dos indivíduos sobre a vida. Ademais, a subjetividade pode ser alterada ou ser levada a isso.

Os remédios aparecem como um recurso a mais para que o cotidiano escolar possa funcionar e o processo de aprendizagem se realize conforme o planejado. A reordenação das subjetividades no

âmbito escolar a partir da medicação reduz a própria experiência da aprendizagem enquanto instância transformadora.

O crescimento exponencial das crianças e jovens que supostamente necessitam de ‘correções’ em seu processo de aprendizado está relacionado com a consolidação de um *ethos* escolar e, sobretudo com uma lógica de eficiência esperada do sistema educacional. A pretendida eficiência do fluxo escolar exige tecnologias – entre as quais os medicamentos – reparadoras do que é disfuncional (LEHER, 2013).

Como vimos no decorrer desse trabalho, o discurso médico trouxe mudanças estruturais para as práticas pedagógicas; mudanças disciplinadoras e normalizantes. As propostas dos higienistas no âmbito escolar, aventadas no início do século XX visavam o futuro de uma nação moralmente disciplinada e saudável, resultando numa pedagogia médica.

Entretanto, o saber médico na atualidade não se encontra mais ligado apenas a um conjunto moral como fora na época dos higienistas. A atuação do saber médico atual encerra-se no que podemos chamar de um conjunto de procedimentos que controlam a vida cotidiana, aliados a psicofármacos como forma de remediar o mal-estar contemporâneo.

Vivemos aquilo que Foucault (2006) previu quando afirmou que o saber psiquiátrico se limitaria a hipnose, aos interrogatórios e as drogas. A infância capturada pelos transtornos desloca a procura de soluções educativas, no âmbito escolar, para o campo das soluções medicalizantes e catalogadoras. Como mostra Leher (2013), as tecnologias do não-aprender conferem ao que é político o caráter de técnica, e isso só é possível porque a ação organizada e sistemática da indústria farmacêutica influencia profissionais, tanto da saúde como da educação e a própria família sobre os efeitos positivos que o uso de medicamentos podem exercer sobre o aprendizado e o desenvolvimento das crianças de modo geral. Junte-se a isso o imperativo de cumprir metas de avaliação e o resultado final será a medicalização nutrindo-se da biologização do social.

A tentativa de apaziguar o comportamento humano via medicamentosa leva ao caminho oposto da aprendizagem que nos constitui como sujeitos críticos em relação ao mundo em que vivemos. O reducionismo ao biológico pode trazer a calma e a sensação de alívio frente às incertezas da vida, frente a um futuro de incertezas. Mas, se desde cedo somos ensinados a eliminar nossas dores e incertezas com uma pílula mágica, o que restará de nossa capacidade criadora, tão cara à

nossa espécie? A ideia de que os conflitos podem ser resolvidos através de psicofármacos, retira do ser humano o poder de acreditar em sua própria capacidade de superação e lança para as sombras uma das grandes virtudes da humanidade: a resiliência.

O discurso médico infiltrado nas escolas influencia, não só as práticas pedagógicas, mas toda a maneira de se lidar com a vida. Ele silencia os conflitos negando sua pertença à subjetividade e ao encontro humano. Esse mesmo discurso constrói, tijolo a tijolo, a existência de crianças incapazes de aprender – não somente a ler e a escrever, senão a lidar com a própria vida a menos que submetidas a uma intervenção técnica. Enquanto nossas práticas se reduzirem a apenas remediar os conflitos inerentes à nossa condição humana, continuaremos no “subsolo”, desacostumando-nos paulatinamente da vida como tão lindamente nos mostrou Dostoiévski:

[...] um romance precisa de herói e, no caso, foram acumulados intencionalmente todos os traços de um anti-herói, e, principalmente, tudo isto dará uma impressão extremamente desagradável, porque todos nós estávamos desacostumados da vida, todos capengamos, uns mais, outros menos. Desacostumamo-nos mesmo a tal ponto que sentimos por vezes certa repulsa pela ‘vida viva’, e achamos intolerável que alguém a lembre a nós. Chegamos a tal ponto que a ‘vida viva’ autêntica é considerada por nós quase que um trabalho, um emprego, e todos concordamos no íntimo que seguir os livros é melhor. E por que nos agitamos às vezes, por que fazemos extravagâncias? O que pedimos? Nós mesmos não sabemos. Será pior para nós mesmos se forem satisfeitos os nossos extravagantes pedidos. Bem, experimentai, por exemplo, dar-nos mais independência, desamarrai a qualquer de nós as mãos, alargai o nosso círculo de atividade, enfraquecei a tutela e nós... eu vos asseguro, no mesmo instante pediremos que se estenda novamente sobre nós a tutela. Sei que talvez ficareis zangados comigo por causa disso, e gritareis, batendo os pés: ‘Fale de si mesmo e de suas misérias no subsolo, mas não se atreva a dizer ‘todos nós’. Mas com licença, meus senhores, eu não me estou justificando com este *todos*. E, no que se refere a mim, apenas levei até o extremo, em minha vida, aquilo que não ousastes levar até a metade

sequer, e ainda tomastes a vossa covardia por sensatez, e assim vos consolastes, enganando-vos a vós mesmos. De modo que eu talvez esteja ainda mais ‘vivo’ que vós. Olhai melhor! Nem mesmo sabemos onde habita agora o que é vivo, o que ele é, como se chama. Deixai-nos sozinhos, sem um livro, e imediatamente ficaremos confusos, vamos perder-nos; não saberemos a quem aderir, a quem nos ater, o que amar e o que odiar, o que respeitar e o que desprezar. Para nós é pesado, até, ser gente, gente com corpo e sangue autênticos, próprios; temos vergonha disso, consideramos tal fato um opróbrio e procuramos ser uns homens gerais que nunca existiram. Somos natimortos, já que não nascemos de pais vivos, e isto nos agrada cada vez mais. Em breve, inventaremos algum modo de nascer de uma ideia. Mas chega; não quero mais escrever “do Subsolo” (DOSTOIÉVSKI, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, investigamos as interferências da psiquiatria no cotidiano escolar e procuramos analisar como a medicação de comportamentos próprios da infância se manifesta nesse campo. Procuramos analisar o processo de medicalização da vida e da infância e suas repercussões no âmbito escolar a partir dos estudos de Michel Foucault sobre a biopolítica; de Peter Conrad sobre a expansão das categorias diagnósticas e de Bourdieu sobre a herança, *habitus* e campo. Reconhecemos que o processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis, e os esforços por encontrar uma explicação neuroquímica que os solucione, tem levado à lógica crescente da intervenção biomédica.

Nosso objetivo foi o de tentar entender como o processo de medicalização adentrou o campo educacional utilizando, nos dias de hoje, o medicamento como instrumento de solução para os problemas que ali se manifestam. A princípio, pensamos partir do pressuposto de que as diferentes perspectivas pedagógicas influenciavam o modo de abordagem a respeito da medicalização de comportamentos próprios da infância. Entretanto, ao longo de nossa pesquisa, percebemos que as diferentes perspectivas pedagógicas não influenciavam significativamente a questão de como a instituição lidava com a medicalização, mas a quantidade de alunos por sala era um fator importante. Quanto maior o número de alunos por sala de aula, mais a medicalização de condutas estava presente.

Nosso trabalho nos mostrou a presença do discurso médico enraizado no campo educacional e, ainda que existam práticas e modos de observar os comportamentos dos alunos de maneiras diferentes, as explicações para os problemas que se manifestam no cotidiano escolar são analisadas em termos médicos. Quando o corpo docente julga ter perdido o controle da situação, os psicofármacos entram em ação, ou o que é mais grave, quando suspeitam que determinado comportamento possa desencadear um mal maior, a prevenção torna-se vigente. Os professores e demais profissionais que atuam na educação procuram uma descrição biológica dos fenômenos humanos e uma tradução dos problemas comportamentais e de aprendizagem em termos neuroquímicos.

Dessa maneira, nosso trabalho seguiu o seguinte percurso: na segunda seção, procuramos analisar os discursos e estratégias de poder que edificaram a psiquiatria. Investigamos os caminhos trilhados pela psiquiatria, desde o fim do século XVIII e início do século XIX, que possibilitaram sua ingerência nas esferas da vida humana; o início da psiquiatrização infantil e a atual expansão das categorias diagnósticas.

Constatamos que a teoria da degeneração, iniciada por Morel no século XIX, continua influenciando o pensamento de profissionais da saúde e da educação a respeito dos comportamentos considerados inapropriados. A ideia de hereditariedade está presente tanto na construção dos pressupostos localizacionistas, como são propaladas em manuais e compêndios médicos, manifestando-se fortemente no âmbito escolar.

As discussões que realizamos na terceira seção, tiveram como objetivo analisar a participação da indústria farmacêutica na produção das publicações médicas sobre os resultados e aplicações de medicamentos, bem como o ajustamento do discurso médico aos seus interesses. Apresentamos os transtornos mentais e sintomas mais discutidos no campo educacional, bem como os projetos vigentes da área da psiquiatria do desenvolvimento. Investigamos a apropriação do conceito de risco pela psiquiatria como justificativa para realizar intervenções precoces nos diagnósticos de transtornos mentais. Percebemos um forte envolvimento das indústrias farmacêuticas na produção de pesquisas a respeito de medicamentos e produtos médico/farmacêuticos, bem como a cooptação de médicos e instituições. Constatamos que o DSM expande suas categorias diagnósticas a cada versão, o que possibilita que um número cada vez maior de crianças seja diagnosticado e medicalizado.

Na última seção, realizamos uma análise das influências do discurso médico no campo educacional. Nosso objetivo foi o de compreender como o saber-poder médico se apresenta atualmente difundido no cotidiano escolar, influenciando suas práticas pedagógicas e seus agentes educacionais. Apontamos a reordenação das subjetividades no âmbito escolar a partir da utilização de psicofármacos. Constatamos que um conjunto de especialidades científicas orientou a educação das crianças, e os profissionais da educação buscam no diagnóstico médico a solução para os problemas que se manifestam no campo educacional.

Através de entrevistas realizadas com dezessete profissionais que atuam em oito instituições de ensino da cidade de Florianópolis, tentamos nos aproximar dos efeitos que o processo de medicalização da vida e da infância ocupa no âmbito escolar. Constatamos que, apesar das diferentes metodologias de ensino adotadas pelas instituições, o discurso médico encontra-se fortemente enraizado nas práticas pedagógicas, excluindo as narrativas dos sujeitos, bem como os contextos socioeconômicos e políticos. As entrevistas possibilitaram compreender como os profissionais da educação lidam com a questão da medicalização no cotidiano escolar e a influência que a psiquiatria exerce sobre as práticas pedagógicas. Percebemos que os profissionais de educação estão cada vez mais orientados a atuarem como

especialistas em questões psicológicas e/ou psiquiátricas. Munidos de um discurso psicologizante a respeito das crianças e dos problemas escolares, se apoiam em explicações médicas a respeito do funcionamento do cérebro e suas disfunções químicas como resposta a todos os problemas comportamentais e cognitivos. Com isso, podemos constatar que, tanto os profissionais da educação como as famílias, demandam por um diagnóstico que nomeie os problemas apresentados pelos alunos e os solucione através de psicofármacos.

Nossa pesquisa nos mostrou que o olhar psiquiátrico sobre questões relacionadas à infância e adolescência está fortemente presente na instituição escolar, retraduzindo a subjetividade humana em termos neuroquímicos. Esse reducionismo ao biológico possibilita a exclusão da dimensão simbólica da nossa constituição como sujeitos, e solapa nossa condição crítica em relação ao mundo que vivemos. As entrevistas realizadas nos mostraram que tanto os profissionais da educação como as próprias famílias procuram explicações e soluções a respeito dos problemas que as crianças apresentam nas escolas e no dia a dia. Porém, essas explicações recaem sobre as disfunções neurológicas, desresponsabilizando o tipo de educação que as crianças recebem de suas famílias, a qualidade da educação oferecida pela escola e as possíveis mudanças que poderiam ser feitas pela via não medicamentosa. O discurso sobre as disfunções químicas cerebrais parece deixar pouco espaço para que a educação seja vista como instância transformadora. Ainda que alguns profissionais que entrevistamos se mostrem preocupados com a quantidade cada vez maior de crianças diagnosticadas e medicalizadas, a maioria dos profissionais parece acreditar – em última instância, que os problemas apresentados residem no campo biológico.

Das oito instituições que selecionamos, apenas duas se mostraram críticas a respeito do processo de medicalização. Nas entrevistas, seus profissionais relataram que quando recebem crianças que fazem uso de medicação psicotrópica, realizam um trabalho junto às famílias para tentar entender os motivos que levaram ao diagnóstico e procuram retirar a medicação. No entanto, nas outras seis instituições, por mais que os profissionais de educação tenham objeções a respeito da via medicamentosa, a dimensão técnica parece exercer a palavra final. Esta dimensão, muito presente no discurso pedagógico da atualidade, não leva em conta a dimensão formativa da educação, as subjetividades e a impossibilidade de antecipações e adequações das relações humanas.

Como relatado por alguns dos profissionais que entrevistamos, as próprias famílias estão imersas na lógica que torna a vida maquinal e optam por remediar os efeitos gerados pelas anomalias de um ensino inadequado, de uma vida familiar conturbada, da ausência de um bom

relacionamento entre pais e filhos e da falta de participação familiar na vida dessas crianças. Remediar esses efeitos significa delegar para a medicina as responsabilidades sobre as falhas educacionais, tanto das instituições como das próprias famílias. Nesse sentido, a via medicamentosa é a expressão que revela a maneira de se negar problemas estruturais. Essa via nega as impossibilidades enquanto limite estrutural do homem, e traz a ideia de que as impotências um dia serão superadas através do esforço pessoal ou de novas conquistas tecnológicas.

Esta investigação, assim, procurou refletir sobre a questão da medicalização da vida e da infância, bem como a expansão das categorias diagnósticas de transtornos mentais numa perspectiva crítica. Buscamos compreender a intromissão do discurso médico no campo educacional como uma estratégia biopolítica de controle das populações. Para além da medicalização da infância, analisamos a medicalização do espaço escolar.

Concluimos que as crianças são os instrumentos desse processo; os profissionais da educação atuam como intermediadores disciplinares e as famílias são as legitimadoras da medicalização. O que antes eram considerados “comportamentos próprios da infância”, recentemente abandonaram a esfera que adjetivava a própria infância, e adentraram a esfera das patologias. A falsa solução apregoada pelos psicofármacos está minando a capacidade de escrevermos nossa própria história; minando nosso olhar crítico a respeito de problemas que cercam o cotidiano educacional no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Trad. Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AMADO, João. Questões da Educação: que estatuto epistemológico? **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra, Extra-Série, 2011, p. 45-55.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Prescrição e consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **SNGPC – Boletim de Farmacologia**, a. 2, n. 2 | jul./dez. de 2012. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 5 de abr. de 2015

ANGELL, Márcia. A epidemia de doença mental. **Revista Piaui**, n. 59, 2011.

Disponível em:

<<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59/questoes-medico-farmacologicas/a-epidemia-de-doenca-mental>>. Acesso em: 5 out. de 2014.

_____. Drug companies & doctors: a story of corruption. **The New York Review of Books**, Jan. 15, 2009. Disponível em: <<http://www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/>>. Acesso em: 10 de mar de 2015.

ARAUJO, Álvaro Cabral; NETO, L. Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 46, n. 85, 2013, p. 99-116. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352013000200011&script=sci_abstract>. Acesso em: 15 mar. de 2015.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BARROS, José Augusto Cabral et al. **Os fármacos na atualidade:** antigos e novos desafios, 318 p., ISBN 978-85-88233-31-7, Brasília: Anvisa, 2008. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/userfiles/file/c13-5.pdf>>. Acesso em: 9 nov. de 2014.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidados: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007, p. 25-49.

BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. **Modernização reflexiva:** política, tradição e estética na ordem social. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

_____. **Sociedade de Risco:** rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders:** estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BEZERRA JR., B. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, Carlos A. (Org). **Transgressões.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **A reprodução:** elementos para uma teoria do sistema de ensino. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

_____. **O campo científico.** Org. Renato Ortiz. Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39. São Paulo: Ática, 1983.

_____. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

_____. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. **Escritos de educação.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O poder simbólico.** 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **A distinção**. Porto Alegre: Zouk, 2007.

_____; PASSERON, Jean-Claude. **Os herdeiros**: os estudantes e a cultura. Trad. Ione Ribeiro Valle e Nilton Valle. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda constitucional nº 20 de 15 de dezembro de 1998. **Lex**. da seguridade social, São Paulo, dezembro de 1998. Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394**. 10ª ed. Florianópolis: SINEPE, 2007.

_____. **Plano Nacional de Educação**. Câmara dos Deputados. Brasília, 2015.

BRZOZOWSKI, Fabíola S. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade**: Medicalização, classificação e controle dos desvios, 2009. 89p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – PPSP, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

_____. **Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950**. Florianópolis: UFSC, 2013. 283p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – PPSP, Faculdade de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BURKLE, Thaaty da Silva. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM**, 2009. 108p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – IESC – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CALIMAN, Luciana Vieira. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH**. Brasília, v. 30, n. 1, 2010, p. 46-61. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932010000100005&script=sci_abstract>. Acesso em: 25 nov. de 2014.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009, p. 529-549. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 jan. 2015.

_____. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 95-103.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 dez. de 2014.

_____. Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez 2011, p. 167-182.

_____. **Loucos e Degenerados, uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. **Scientiae Studia** São Paulo, vol.9, n.1, pp. 29-50. ISSN 1678-3166, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662011000100003>>. Acesso em: 16 dez. de 2014.

_____. DSM-V Como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>>. Acesso em: 10 mar. de 2015.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. De la dangerousité au risque. **Actes de la recherche en sciences sociales**, Vol. 47-48, juin 1983. Éducation et philosophie. pp. 119-127.

Disponível em:

<http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1983_num_47_1_2192>. Acesso em: 03 abr. 2015.

_____. **La Gestión de los Riesgos**. Barcelona: Anagrama, 1984.

CHAUI, Marilena. **Espinosa: poder e liberdade**. En publicacion: Filosofia política moderna. De Hobbes a Marx. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciências Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, USP, Universidade de São Paulo. 2006.

Disponível em:

<<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolmpt/filopolmpt.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014

COLLARES, C. A L.; MOYSÉS, M. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos**. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.).

Direitos humanos? O que temos a ver com isso? Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007. Disponível em:

<<http://www.crpj.org.br/publicacoes/livros/direitoshumanos.pdf>>.

Acesso em: 6 jan. de 2015.

_____. **Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica**. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da educação)**, 1994. Série Ideias (23), São Paulo, FDE, 25-31. Disponível em:

<http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>.

Acesso em: 21 dez. de 2014.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**. v. 46 (March), p. 3-14. Published by: American Sociological Association, 2005. Disponível em:

<<http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/other/The%20Shifting%20Engines%20of%20Medicalization.pdf>>. Acesso em: 15 fev. de 2015.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DAS, A. Pharmaceutical industry and the market: The case of Prozac and other Antidepressants. **Asian Journal of Psychiatry**, n. 4, 2011, p. 14-18. Disponível em:

<[http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018\(11\)00003-7/abstract](http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018(11)00003-7/abstract)>

Acesso em: 21 mar. 2015.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. **A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política**. Brasília, v. 33, n. 2, 2013, p. 446-459. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a14.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.

DILLER, L. H. The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990's. **Hastings Center Report**, n. 2, março-abril, 1996, p. 12-18. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp104785.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2014.

DSM-IV-TR™ – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DSM 5 – **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed., 2013.

Disponível em:

<<https://docs.google.com/file/d/0BwD-YtZFWfxMbWs2UC1WdWJzZTQ/edit?pli=1>>

EHRENBERG, Alain. Le sujet cerebral. In: **Espirit**, Paris, n. 309, nov. 2004. Disponível em:

<http://www.psychaanalyse.com/pdf/BIBLIO_LE_SUJET_CEREBRAL.pdf>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

ELIAS, Norbert. **La civilización de los padres y otros ensayos**. Compilación y presentación de Vera Weiler. Colômbia: Grupo editorial Norma, 1998.

FARAONE, S; BIANCHI, E. **Medicalización de la infância a través del análisis del transtorno por déficit de atención con hiperatividade (TDA/H) em Argentina**: Usuarios, psicofármacos y manuales de diagnóstico. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.academia.edu/14152902/Medicalizaci%C3%B3n_de_la_infancia_a_trav%C3%A9s_del_an%C3%A1lisis_del_Trastorno_por_D%C3%A9ficit_de_Atenci%C3%B3n_con_Hiperactividad_TDA_H_en_Argentina_Usuarios_psicof%C3%A1rmacos_y_manuales_de_diagn%C3%B3stico>. Acesso em 07 jan 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurêlio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Posigraf, 2004.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación Médica y Salud**, v. 11, n. 1, 1977, p. 3-25.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhte. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Trad. M. T. C. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault**: Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins, Fontes. 2001.

_____. **Ditos e escritos**. Estética: literatura e pintura, música e cinema, v. 3. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.

_____. **Ditos e escritos**. Ética, estratégia, poder-saber, v. 4. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

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

_____. **O nascimento da biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território e População,** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **História da loucura na idade clássica.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010a.

_____. **Problematização do sujeito:** psicologia, psiquiatria, psicanálise. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b.

_____. **O nascimento da clínica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCES, Allen. Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. **El País**, Barcelona, 27 set. 2014. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 11 mar. 2015.

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 (Botucatu)**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180122635024.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004 – Data Publicação Original: 1963. Disponível em: <<http://www.sabotagem.revolt.org>>. Acesso em 15 set. 2015.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GUARIDO, RENATA. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2007, p. 151-161.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151797022007000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 jul. 2014.

GUATTARI, F. **Caosmose**. São Paulo: Editora 34, 1992.

HACKING, I. O Autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas – e suas interações. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. (Orgs.).

Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas. São Paulo: Discurso Editorial, 2006, p. 305-320.

HEKIS, Helio Roberto et al. A indústria farmacêutica e a importância estratégica dos propagandistas de medicamentos: estudo com colaboradores em Natal/RN. **Holos**, v. 4, ago. 2014, p. 317-333.

Disponível em:

<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1341>>. Acesso em: 09 maio 2015.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. **The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

HORTA, Silvério Baía. **O hino, o sermão e a ordem do dia: a educação no Brasil (1930- 1945)**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1994.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 10 ago. 2015.

INSTITUTO PAULISTA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. IPDA [online].

São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/instituto/index.html>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

IRIART, C.; RIOS-IGLESIAS, L. **La (Re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia**. In Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional.../ Cecília Azevedo Lima Collares, Maria Parecida Affonso

Moysés, Mônica Cintrão França Ribeiro (orgs), São Paulo: Mercado das Letras, 2013.

ISOLAN, Luciano. **Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**, São Paulo, vol.30, n.4, p. 409-409. ISSN 1809-452X, 2008.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400025>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

KALINKE, Marco Aurélio. **Para não ser um professor do século passado**. Curitiba: Gráfica Expoente, 1999.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2013, p. 153-165. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282013000100010&script=sci_abstract>. Acesso em: 4 abr. 2015.

KUHLMANN JR., M. **Infância e educação infantil: uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação, 2001.

LEHER, R. Medicalização de políticas públicas, avaliação e metas de desempenho. In: COLLARES, Cecília et al. (orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional**. Campinas: Mercado das Letras, 2013.

LEVIN, Esteban. **Rumo a uma infância virtual?: a imagem corporal sem corpo**. Trad. Ricardo Rosenbush. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, out. 1995, p. 83-103. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/sociologia/tempo-social/site/images/stories/edicoes/v0712/analise1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, v. 41, n. 3, 2005, p. 249-267. Disponível em: <<https://facultystaff.richmond.edu/~bmayeres/pdf/dsmiii.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

MÉNARD, René. **Mitologia greco-romana**. 5. ed. São Paulo: Opus, 1997.

MEINERZ, CARLA B.; CAREGNATO, Celia E. Educação e processos de escolarização no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciências & Letras**, Porto Alegre, n. 49, 2011, p. 43-62. Disponível em:

<<http://seer3.fapa.com.br/index.php/arquivos/article/viewFile/75/92>>. Acesso em 7 jan. 2016.

NASCIMENTO, Maria Livia do; COIMBRA, Cecília Maria Bouças; LOBO, Lilia Ferreira. Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: "é de pequeno que se torce o pepino". **Revista de Psicologia Política**, São Paulo, v. 12, n. 23, 2012, p. 87-103. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4326455>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

NASCIMENTO, Mariangela. Soberania, poder e biopolítica: Arendt, Foucault e Negri, **Griot**, Bahia, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www2.ufrb.edu.br/griot/images/vol6n2/11SOBERANIA_PODE_R_E_BIOPOLITICA_ARENDT_FOUCAULT_E_NEGRI_SOBERANIA-Mariangela_Nascimento.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

NEVES, Ednalva Maciel; JEOLÀS, Leila Sollberger. Para um debate nas Ciências Sociais: aproximações e dificuldades. **Política & Trabalho**, Paraíba, n. 37, 2012, p. 13-31.

Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/issue/view/1166/showToc>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

OLIVEIRA, Inês B. O currículo como criação cotidiana. **Revista E-Curriculum**, São Paulo, v. 8 n. 2, 2012. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

OLIVEIRA, Z. R. **Educação infantil**: fundamentos e métodos. São Paulo: Cortez, 2005.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PALMA, Alexandre. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, 2008, p. 1459-1459. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600029>. Acesso em: 12 mar. 2015.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder, **Lua Nova**, São Paulo, n. 63, 2004, p. 179-201. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010264452004000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 fev. 2015.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina, São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>>. Acesso em 5 jan. 2015.

ROWAN, Cris A. **Virtual Child**: The terrifying truth about what technology is doing to children. Canadá: CreateSpace, 2010.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, a. IX, n. 3, set. 2006, p. 460-483. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. São Paulo: Autores Associados, 2000. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, v. 40. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/92640252/Pedagogia-historico-critica-primeiras-aproximacoes-Dermeval-Saviani>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

SILVA, Rosane Neves da; PIRES, Mariana Lorentz; SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; HARTMANN, Sara. "Anormais escolares": a psiquiatria para além dos hospitais psiquiátricos. **Interface: comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 14, n. 33, 2010, p. 401-410. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27381>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UTTAL, W. The limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain. **Brain and Mind**, n. 3. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2002, p. 221-228.

VIÉGAS, Lygia de Souza et al. **Medicalização da Educação e da Sociedade: Ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014.

ZUCOLOTO, P. C. S. V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2007, p. 136-145. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822007000100014&script=sci_abstract>. Acesso em: 14 jun. 2014.

WIDIGER, T. A., CREGO, Cristina. Toward: Process and Content of DSM-5. **Psychopathology Review**, v. 2, 2015. Disponível em:
<http://pr.texttrum.com/dl_art.php?art_id=36>. Acesso em: 7 jan. 2016.

APÊNDICE A – Carta de apresentação e termo de compromisso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Prezados colegas

Venho por meio desta, solicitar sua participação na pesquisa “*A medicalização da vida e da infância – um estudo sobre a apropriação médica da infância e sua relação com a educação*” que será realizada no Colégio Aplicação. Esta pesquisa é desenvolvida por mim, Karina Gomes Giusti, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Sociologia Política da UFSC sob orientação da Professora Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

O objetivo desse estudo é analisar o fenômeno crescente de diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes, e consequentemente o processo de medicalização da vida no âmbito escolar.

Esse estudo está sendo realizado no Programa de Mestrado em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A entrevista com profissionais que atuam na área da educação é parte de uma das etapas da pesquisa. Os temas que serão abordados na entrevista tangenciam as seguintes problemáticas:

- Discussão entre pais e professores a respeito de transtornos mentais em crianças e adolescentes, como TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade), TOD (Transtorno Opositor Desafiador), TC (Transtorno de Conduta), Bipolaridade, Depressão entre outros;

- Critérios utilizados para o diagnóstico desses transtornos que envolvem os sintomas manifestados pelos alunos em sala de aula como na esfera familiar;

- Dificuldades enfrentadas pelos(as) professores(as) com relação ao comportamento hiper/hipoativo e/ou desatento e ao desempenho insuficiente dos alunos com transtornos;

- Comportamento em sala de aula dos alunos que fazem uso de medicação.

Este trabalho se compromete em manter sigilo absoluto quanto ao nome da instituição de ensino, dos alunos e familiares mencionados, bem como dos entrevistados que participarão dessa pesquisa.

Florianópolis, 14 de maio de 2015.

Prof. Sandra Caponi
Orientadora

Karina G. Giusti
Mestranda no PPGSP
(UFSC)