



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Karina Gomes Giusti

Medicalização da vida e da infância: um estudo sobre seus desdobramentos em três dimensões discursivas

Florianópolis

2021

Karina Gomes Giusti

**MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA INFÂNCIA: UM ESTUDO SOBRE SEUS
DESDOBRAMENTOS EM TRÊS DIMENSÕES DISCURSIVAS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Sociologia Política (PPGSP) da Universidade Federal de
Santa Catarina (UFSC) à obtenção do título de Doutora
em Sociologia Política
Orientador: Prof. Dr. Jacques Mick

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Giusti, Karina Gomes

Medicalização da vida e da infância : Um estudo sobre seus desdobramentos em três dimensões discursivas / Karina Gomes Giusti ; orientador, Jacques Mick, 2021.

321 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Sociologia e Ciência Política. 2. Medicalização. 3. Biopolítica. 4. Sociologia da Saúde. 5. TDAH. I. Mick, Jacques. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política. III. Título.

Karina Gomes Giusti

Medicalização da vida e da infância: um estudo sobre seus desdobramentos em
três dimensões discursivas

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dra. Marta Verdi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. João Matheus Acosta Dallmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de doutora em Sociologia e Ciência Política.

Prof. Dr. Julian Borba

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Jacques Mick
Orientador

Florianópolis, 2021.

À memória de minha avó Nilda, pelo que representa em toda minha vida,
e para Pedro, meu grande laço de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Jacques Mick, por ter me acompanhado por um árido caminho até me tornar doutora. Sua orientação, apoio, incentivo, parceria e sensibilidade em momentos diversos possibilitaram a realização deste trabalho. Tão difícil quanto escrever uma tese de doutorado seria tentar resumir aqui minha gratidão por tanta generosidade, carinho e confiança.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política durante toda minha trajetória no doutorado, em especial à Profa. Dra. Sandra Cucurullo de Caponi por acompanhar meu percurso acadêmico desde o mestrado. Toda minha admiração por sua potência intelectual e generosidade que é própria dos grandes, um exemplo sempre.

À Profa. Dra. Marta Verdi e o colega e Prof. Dr. João Matheus Acosta Dallmann por terem aceitado participar da banca e por todas as contribuições e considerações sobre a tese.

Aos membros do Núcleo de Estudo em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFHis), por todas as discussões que tanto enriquecem e pelas amizades que ali se construíram.

À minha família, especialmente minha irmã Sarah por todo amor, amizade e carinho. Ao meu filho Pedro, por me acompanhar nessa trajetória acadêmica desde a barriga, e me ensinar todos os dias sobre a infância e seu tempo singular.

À Capes pela concessão da bolsa para realização do doutorado.

Uma parte de mim é todo mundo; outra parte é ninguém: fundo sem fundo. Uma parte de mim é multidão: outra parte estranheza e solidão. Uma parte de mim pesa, pondera; outra parte delira. Uma parte de mim almoça e janta; outra parte se espanta. Uma parte de mim é permanente; outra parte se sabe de repente. Uma parte de mim é só vertigem; outra parte, linguagem. Traduzir-se uma parte na outra parte — que é uma questão de vida ou morte — será arte? (FERREIRA GULLAR, 1980)

RESUMO

A medicalização da vida e da infância é o processo que define questões sociais - marcadas pela cultura e pelo tempo histórico - em termos médicos. Diante deste fato, essa pesquisa procurou analisar o fenômeno que reduz problemáticas da vida ao campo biológico, classificando comportamentos comuns da infância em transtornos mentais. Essa prática causa um aumento considerável de diagnósticos psiquiátricos e tratamentos psicofarmacológicos desnecessários em crianças e adolescentes. O principal objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar a trajetória discursiva sobre a medicalização da vida e da infância que possibilitou com que as convicções do discurso científico e médico se desdobrassem para o campo discursivo do jornalismo e, finalmente, para o campo discursivo do senso-comum no Brasil. Partindo da análise de conteúdo e análise do discurso de viés foucaultiano, foram selecionados 20 artigos da revista científica *The American Journal of Psychiatry* para investigação da dimensão discursiva do campo científico; 20 matérias da mídia tradicional para análise da dimensão discursiva do jornalismo e postagens da comunidade social virtual “Pais e Mães de Crianças com TDAH” da plataforma do Facebook e da página e site da ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção para análise da dimensão discursiva do senso comum no período de 2014 à 2017. Concluiu-se que a atualidade psiquiátrica é tributária dos postulados localizacionistas e deterministas da teoria da degeneração do século XIX que se consolidaram na psiquiatria biológica de Kraepelin, no século XX. Essas premissas encontram-se imiscuídas nas publicações científicas que se desdobram para o campo jornalístico e, posteriormente, para a dimensão do senso comum. No processo de medicalização, a dimensão discursiva do jornalismo é subsidiária do discurso científico, servindo de reforço e complemento às suas convicções. Ela é parte de uma mentalidade biopolítica, atravessada pelo biopoder. As comunidades e redes sociais virtuais da dimensão do senso comum se constituem como dispositivos de formação de subjetividades e veiculação de discursos medicalizantes e tecnologias políticas de regulação de corpos, viabilizando o relacionamento dos sujeitos com o regime de verdades perpetrado pelo discurso psiquiátrico. Essas três dimensões discursivas se articulam reatualizando o paradigma da psiquiatria biológica que transforma em tratamento psiquiátrico sintomas comuns de mal-estar psíquico.

Palavras-chave: Medicalização, Biopolítica, Discurso, Sociologia da Saúde, Jornalismo, Redes Sociais

ABSTRACT

The medicalization of life and childhood is the process that defines social issues - marked by culture and historical time - in medical terms. Given this fact, this research sought to analyze the phenomenon that reduces life issues to the biological field, classifying common childhood behaviors into mental disorders. This practice causes a considerable increase in psychiatric diagnoses and unnecessary psychopharmacological treatments in children and adolescents. The main objective of this research was to describe and analyze the discursive trajectory on the medicalization of life and childhood that enabled the convictions of scientific and medical discourse to unfold into the discursive field of journalism and, finally, into the discursive field of common sense in Brazil. Based on content analysis and discourse analysis with a Foucaultian bias, 20 articles from the scientific journal *The American Journal of Psychiatry* were selected to investigate the discourse dimension of the scientific field; 20 articles from traditional media to analyze the discursive dimension of journalism and posts from the virtual social community "Parents and Mothers of Children with ADHD" on the Facebook platform and the page and website of the ABDA – Brazilian Association of Attention Deficit for the analysis of the discursive dimension of common sense in the period 2014 to 2017. It was concluded that the current psychiatric situation is a tributary of the localizationist and determinist postulates of the degeneration theory of the 19th century that were consolidated in Kraepelin's biological psychiatry in the 20th century. These premises are found ingrained in scientific publications that unfold to the journalistic field and, later, to the dimension of common sense. In the medicalization process, the discursive dimension of journalism is subsidiary to the scientific discourse, serving as a reinforcement and complement to its convictions. It is part of a biopolitical mentality, crossed by biopower. Communities and virtual social networks in the common-sense dimension are constituted as devices for the formation of subjectivities and dissemination of medicalization discourses and political technologies for regulating bodies, enabling the relationship of subjects with the regime of truths perpetrated by the psychiatric discourse. These three discursive dimensions are articulated, re-updating the paradigm of biological psychiatry that transforms common symptoms of malaise into psychiatric treatment.

Keywords: Medicalization, Biopolitics, Discourse, Health Sociology, Journalism, Social Networks

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Phillipe Pinel manda libertar os doentes do Hopital Salpêtrière em 1794.....	76
Figura 2 - TDAH em meninos e meninas.....	109
Figura 3- ABDA Sintomas do TDAH nas meninas	109
Figura 4 - Causas genéticas do TDAH	114
Figura 5 - TDAH e genética	117
Figura 6 - TDAH e hereditariedade	117
Figura 7 - João Felpudo de Heinrich Hoffman.....	119
Figura 8 - Descrição do TDAH	122
Figura 9 - Diagnóstico médico	123
Figura 10 - Linha do tempo do TDAH.....	124
Figura 11 - Tirinha Ritalina e Escola.....	125
Figura 12 - Diagnóstico de TDAH nos EUA	127
Figura 13 - Comorbidades e TDAH	128
Figura 14 - E-book TDAH.....	177
Figura 15 - Ritalina para vestibular	189
Figura 16 - Consumo de Ritalina.....	190
Figura 17 - ABDA - prescrição de tratamento	236
Figura 18 - Repercussões sobre o estudo TDAH na mídia internacional.....	262
Figura 19 - TDAH como doença	284
Figura 20 - Corpo Fantasmático	285
Figura 21 - TDAH Fantasminha.....	285
Figura 22 - TDAH como crença.....	287
Figura 23 - Cérebro TDAH	288
Figura 24 - TDAH como prisão.....	291
Figura 25 - Sintomas do TDAH	292

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - MATERIAL DE ANÁLISE DA DIMENSÃO CIENTÍFICA.....	37
Quadro 2 - MATERIAL DE ANÁLISE DA DIMENSÃO JORNALÍSTICA.....	38
Quadro 3 - Medicamentos indicados pela ABDA.....	252

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios diagnósticos DSM-IV e DSM-5	139
Tabela 2 - História clássica do TDAH	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality's
AJP - American Journal of Psychiatry
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA - Associação Americana de Psiquiatria
APIRE - American Psychiatric Institute for Research and Education
BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde
CBP - Congresso Brasileiro de Psiquiatria
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CHADD - Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Crianças e Adultos com Déficit de Atenção e Hiperatividade)
CID - Classificação Internacional de Doenças
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
FDA - Food and Drug Administration (Administração de Alimentos e Drogas)
GEDA - Grupo de Estudos do Déficit de Atenção
GWAS - Genome-Wide Association Studies
NIH - National Institutes of Health
NIMH - National Institute of Mental Health
NSCH - National Survey of Children's Health
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
RM – Ressonância Magnética
SPECT - Single Photon Emission Computed Tomography
SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SUS - Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS – Transtorno de Ansiedade de Separação
TB – Transtorno Bipolar
TC – Transtorno de Conduta
TEA – Transtorno do Espectro Autista
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TDA - Transtorno de Déficit de Atenção
TDA/H - Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TGD – Transtornos Globais do Desenvolvimento
TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TOD - Transtorno de Oposição Desafiante
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
WAP – World Psychiatry

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: A PALAVRA PROIBIDA, A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA E A VONTADE DE VERDADE	18
1.1	OBJETIVOS.....	31
2	PERCURSO METODOLÓGICO	33
2.1	ALINHANDO A LINHA DE MIRA AO PONTO DE REFERÊNCIA – A BÚSSOLA	33
2.1.1	As etapas do percurso	36
2.2	AFASTAR-SE DAS PRENOÇÕES A FIM DE COMPREENDER A MEDICALIZAÇÃO COM UM NOVO OLHAR.....	41
2.3	AS TRÊS DIMENSÕES DISCURSIVAS: CIENTÍFICO-MÉDICO, JORNALISMO E SENSO-COMUM	46
2.3.1	Científico-médico.....	48
2.3.1.1	Jornalismo	51
2.3.1.2	Senso-Comum.....	53
3	O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO EM SOCIOLOGIA.....	57
3.1	MEDICALIZAÇÃO E NORMALIDADE: UMA RELAÇÃO COM AS CIÊNCIAS FÍSICAS	57
3.1.2	Normalidade como fio condutor da medicalização: sua gênese na degenerescência.....	73
3.2	QUANDO A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SE INSCREVE NA INFÂNCIA: UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA	90
3.2.1	Quais são os alvos da medicalização na infância: disfunções neuroquímicas ou comportamentos indesejados?.....	97
3.2.2	O DSM e as classificações psiquiátricas: tentativas de nomear o inominável na infância.....	132
3.3	A FACE CRÍTICA DO FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO.....	142
4	INFÂNCIA, RISCO E GOVERNAMENTALIDADE MUDIÁTICA.....	165
4.1	BIOPOLÍTICA: SIGNIFICADO E TRADUÇÃO DA ERA DA MEDICALIZAÇÃO	165
4.1.1	Manuseio de técnicas biopolíticas: a teoria na prática	173

4.2	RELAÇÕES DE PODER, GOVERNO E DOMINAÇÃO: BIOPOLÍTICA E NEOLIBERALISMO	180
4.3	A ASCENSÃO DO RISCO COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA.....	191
4.4	GOVERNAMENTALIDADE DA SAÚDE MENTAL NA MÍDIA: TRAJETÓRIAS E DESDOBRAMENTOS DISCURSIVOS DO CONTROLE DO DEVIR	202
4.5	DO DISCURSO JORNALÍSTICO AO SENSO COMUM: A CONSTRUÇÃO DO SENTIDO E SEUS EFEITOS.....	217
4.6	DO DISCURSO JORNALÍSTICO AO SENSO COMUM: RECRUDESCIMENTO DA NORMALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E JOGOS DE VERDADE CONTEMPORÂNEOS 225	
5	MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA NA ESFERA VIRTUAL.....	231
5.1	PERITOS DO CORPO: A DISSEMINAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO NAS REDES SOCIAIS.....	232
5.1.1	Os peritos do corpo no tecido virtual: psiquiatras acadêmicos e a tradução dos postulados psiquiátricos no <i>Facebook</i>	234
5.1.2	ABDA e laboratórios farmacêuticos: uma relação ciclótica	239
5.2	O DISCURSO PSQUIÁTRICO NA BOCA DO POVO: A DIMENSÃO DISCURSIVA DO SENSO COMUM LIDANDO COM O DISCURSO CIENTÍFICO	253
5.2.1	A vida capturada pelos transtornos: da psicopatologia à patologia da infância 254	
5.3	A ORIENTAÇÃO QUE DESORIENTA: A TRISTE ATERRISSAGEM DE UMA NARRATIVA PSQUIATRIZANTE	268
5.4	ESCOLA E FUTURO NA MIRA DO RISCO: DO DESEJO DE SABER AO IMPERATIVO DE SILENCIAMENTO.....	276
5.5	PLATAFORMA VIRTUAL COMO TECIDO SOCIAL: O DISCURSO PSQUIÁTRICO NA COMUNIDADE VIRTUAL.....	283
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	292
7	REFERÊNCIAS.....	305

1 INTRODUÇÃO: A PALAVRA PROIBIDA, A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA E A VONTADE DE VERDADE

Há um trecho do conto de Machado de Assis, *O Alienista*, que diz: “O principal, nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal” (MACHADO DE ASSIS, 1979, p. 256). O ilustríssimo Dr. Bacamarte, cavaleiro andante da ciência do século XIX, bem poderia ter sido apenas mais um personagem pitoresco dentre tantos outros presentes nos contos geniais de Machado. Porém, depois de mais de um século, essa obra - quase profética a respeito do tratamento designado à loucura - continua viva e se refazendo a cada avanço da psiquiatria atual. É esse o efeito das obras consideradas “imortais”: elas trazem em si os germens da alma humana, suas vicissitudes, seus devaneios e maravilhas, seus sonhos e abismos e, por esses vieses, são constantemente atualizadas e ressignificadas. Em *O Alienista*, Machado de Assis analisa a face política da loucura, algo que sociedade brasileira de 1882, imersa nos ideais republicanos e no positivismo, não se deu conta. O olhar cético de Machado não se deixou convencer pelas descobertas promissoras anunciadas pela psiquiatria de sua época. Como um visionário, podemos dizer que Machado vislumbrou um futuro dominado pela normatização imposta pelo discurso psiquiátrico. Através da personagem de Bacamarte, ele trata com ironia os embates presentes no discurso a respeito da loucura que buscavam freneticamente classificações, origens, causas e, por fim, um “remédio universal” que tratasse as patologias mentais dos habitantes de Itaguaí.

Aos moldes do Dr. Simão Bacamarte, o empreendimento normatizador da psiquiatria atual continua em busca do estabelecimento dos limites entre a razão e a loucura. Inúmeras são as tentativas da psiquiatria para aprisionar aquilo que considera o “germe da loucura”, em todas as suas formas possíveis, seja como conceito, comportamento, entidade ou estado. Através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), essas tentativas foram se fortalecendo, e a cada versão, um número exorbitante de patologias é acrescentado (WHITAKER, 2011). Sua primeira versão veio ao mundo em 1952 trazendo uma lista de 106 categorias de transtornos psiquiátricos. Em sua segunda edição publicada em 1968, esse número aumentou para 182 categorias, e para 265 no DSM-III em 1980 (DUNKER, 2014). De acordo com Araújo e Neto (2014), no ano de 1984, a quarta edição contava com 297 categorias divididas em 5 eixos, e sua última edição - DSM-5, conta com mais de 300 categorias distribuídas entre as suas 947 páginas. Apesar de ser elaborado por uma entidade americana, esse manual é influente no mundo todo; tanto que a própria Organização Mundial da Saúde

(OMS) se baseia nele para classificar os transtornos psiquiátricos presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID), adotado por muitos países, inclusive o Brasil.

Inserido na governamentalidade neoliberal, esse conjunto de forças, levado ao seu limite, desperta preocupação crescente em organizações e instituições, sociedade civil e veículos de comunicação, ao ponto de a OMS lançar em seu último relatório global, no ano de 2015, dados alarmantes a respeito da quantidade de pessoas acometidas por algum transtorno mental. Segundo dados do relatório (OMS, 2017), o percentual de sujeitos que vivem com depressão aumentou em 18% entre 2005 e 2015, configurando a depressão como um problema de saúde pública que atinge 4,4% da população mundial. Estimava-se que até 2020 ela seria a principal doença incapacitante no mundo.

Whitaker (2011) questiona se esse aumento significativo de diagnósticos de transtornos mentais seria um indicativo de que a população está realmente acometida por problemas de saúde mental ou existem outros fatores em operação. Nikolas Rose (2013), nos alerta que complexidade da vida humana (com suas vitórias e derrotas, suas descontinuidades e sua intrínseca fragilidade) se reduz quando passamos a enxergá-la como um edifício molecular. Simultaneamente, a complexidade da vida social, cultural, histórica e política, com suas determinações e implicações diretas no tecido social, é praticamente anulada, quando se atribuem explicações biológicas ou neuroquímicas aos comportamentos dos indivíduos que se encontram emaranhados em suas redes.

Como podemos compreender a dinâmica desses fenômenos? Para começar, temos que eleger algum ponto de partida e nos parece interessante a trajetória traçada pelo chamado degeneracionismo, iniciada no século XIX. Ela impactou profundamente as ideias que as sociedades ocidentais tinham a respeito de seus modelos de indivíduos. Novas concepções recodificaram os comportamentos, as maneiras de pensar sobre si e sobre o mundo. Os discursos médicos passaram a regular todas as práticas e todos os laços sociais, implicando a medicalização do campo social. Nessa conjuntura, amparada pelas interpretações e intervenções médicas, a modernidade ocidental passou a produzir novos modelos de subjetivação. De acordo com Birman (2009), a medicina passou a ocupar não só o território de regulamentação das subjetividades, como o próprio lugar de cura que antes pertencia à esfera religiosa.

Nesse sentido as pesquisas de Michel Foucault são imprescindíveis e, por mais que as discussões a respeito do poder psiquiátrico na produção de subjetividades tenham avançado desde sua morte em 1984, parece-nos muito difícil (senão impossível) iniciar qualquer debate nesse campo sem passar por suas obras. Foucault (2001; 2006a) procurou analisar a intromissão

da medicina em todas os âmbitos da vida, especialmente as condições de possibilidade discursivas e estratégias de poder que incorporaram problemas cotidianos, inerentes à condição humana, ao campo da psiquiatria, já que ambos residem justamente nos dispositivos disciplinares que organizaram o regime imposto à loucura. Ele nos mostrou que a importância do saber sobre a loucura esteve diretamente relacionada ao poder médico, uma vez que este não tem conhecimento acerca da loucura, mas domínio. Foi somente ao final do século XVIII que sua figura se fez presente no espaço asilar e o transformou em lugar médico (DOMONT, 2010). Isso só foi possível porque “se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência” (FOUCAULT, 2010a, p. 497).

A partir disso, a psiquiatria aprofunda suas investigações no campo da objetividade científica das causas da doença mental, procurando ligar o caráter subjacente da doença a causas orgânicas (PORTOCARRERO, 2002). A teoria de Morel¹, no final do século XIX, inaugura uma nova concepção da doença mental ao atribuir suas causas a uma lesão orgânica, provocando um deslocamento no modo de se pensar os desequilíbrios sociais para o tronco comum da medicina (CAPONI, 2012). Daí em diante, o corpo ampliado² da família ou das populações, carregado de patologias, será o cerne da psiquiatria e o discurso de localização de patologias no corpo, particularmente no cérebro, torna-se hegemônico (FOUCAULT, 2006a). Essa nova estrutura discursiva construída pela teoria da degeneração abre as portas para a entrada dos mais variados fatos e condutas no campo da psiquiatria. A partir desse momento, tudo poderá ser psiquiatrizado (FOUCAULT, 2001). Operando pela lógica preventiva e excludente, a psiquiatria se infiltra em praticamente todas as esferas da vida, suprimindo com sua ingerência os campos social, histórico e político (HORWITZ, 2002). Até o presente momento, a psiquiatria segue buscando a localização cerebral, ou seja, um substrato biológico capaz de explicar as mais variadas patologias mentais.

A atualidade da psiquiatria está marcada pela expansão de diagnósticos baseados em sintomas clínicos imprecisos, que definem uma imensa gama de sofrimentos e condutas em termos médicos. Sua grande estratégia é a alocação de diversos sujeitos à categoria de risco (HORWITZ, 2007). Essa categoria não se fundamenta na presença de um perigo específico, realizado por um indivíduo ou até mesmo um grupo concreto. Ela é uma conexão de dados

¹ Bénédict Augustin Morel, psiquiatra franco-austríaco, publicou em 1857 o *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce humaine* que trazia a concepção de degenerescência como causa explicativa das doenças mentais. A partir de então, a principal causa das doenças mentais será a transmissão hereditária (PEREIRA, 2008).

² Sobre o corpo ampliado, Foucault (2006) mostra que, na impossibilidade de se encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, buscaram-se na família algumas evidências patológicas. Mesmo que essas evidências sejam de outra natureza, elas indicam a existência de uma base patológica.

abstratos ou fatores que tornam mais ou menos provável o aparecimento de determinada patologia, prescrevendo intervenções no presente com vistas ao futuro (CASTEL, 1983, 1987). Segundo Caponi (2014), é justamente em torno da problemática do risco e dos dispositivos de segurança³ que a atuação da biopolítica e dos mecanismos⁴ de poder tornam-se possíveis no campo da psiquiatria atual. Na medida em que o risco opera como um modo de antecipar um perigo sobre a vida e a saúde, está constituída a estratégia biopolítica por excelência, a qual garante legitimidade e aceitabilidade desse modo de exercer o governo das populações. Nesse sentido, diz Caponi, a gestão das populações enquanto multiplicidade biológica deve deixar nas sombras nossa capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais, os vínculos sociais.

Se o dispositivo de segurança encontrou possibilidades de articulação no interior do modelo político liberal (ROSE, 2013), foi porque este modo de gestão biopolítica das populações fundamenta-se na confiança e na difusão de informações que se apresentam como neutras e objetivas e sutilmente levam os sujeitos a incorporá-las em suas vidas (CAPONI, 2014).

A colonização das mídias (tradicional, novas mídias e redes sociais virtuais) pelo discurso psicopatológico traz em cena novas concepções que reorganizam as relações que os sujeitos travam consigo mesmos, e que recodificam seus deveres, direitos e expectativas em relação aos transtornos mentais. A cada ano, cresce a procura por médicos e profissionais da saúde que nomeiem os problemas e dificuldades apresentadas pelas crianças, bem como o consumo de psicofármacos para seu tratamento. Percebe-se que, no cenário atual, o governo da vida e da saúde emerge em muitos debates sobre biomedicina e sociedade, ciência e democracia, conhecimento e poder. Durante séculos, a medicina ocupou-se em tratar anormalidades (PORTOCARRERO, 2002), porém, no século XXI ela surge com uma nova roupagem. Provida de nova compreensão molecular de corpos e mentes, capacitada com técnicas inovadoras para manipulação de processos básicos da vida no nível de moléculas, células e genes, a medicina procura atuar com processos humanos vitais (ROSE, 2013).

³ De acordo com Caponi, os elementos presentes na construção dos dispositivos de segurança apontados por Foucault são: cálculos diferenciais de risco por idade, sexo, profissão, etc. realizados pelas estatísticas; estabelecimento de diferentes curvas de normalidade; cálculo dos desvios e criação de estratégias de normalização; definição das populações de risco e comparação dos padrões de morbidade e mortalidade; criação de intervenções preventivas com vistas à redução dos indicadores de morbidade, redução dos desvios e antecipação dos riscos

⁴ Estes mecanismos configuram o modo de exercer o governo sobre as populações que eliminam as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida. Eles podem ser descritos da seguinte maneira: a centralidade da norma e a oposição normalidade-patologia; os estudos estatísticos referidos aos fenômenos vitais que caracterizam as populações; a problemática do risco-segurança, isto é, a ideia de que é possível antecipar os riscos para evitar a emergência de futuros danos (CAPONI, 2014).

Constantemente observamos tanto nas mídias, como no meio científico, a divulgação de estudos genéticos da neurologia e da biomedicina sobre o funcionamento do cérebro e seus neurotransmissores. Tais estudos apresentam algumas das incontáveis tentativas de mapear o genoma humano e encontrar a chave explicativa dos comportamentos e suas origens. Há aqueles que pregam a possibilidade de aplacar os sofrimentos 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. Todos esses novos conhecimentos, teorias e avanços científicos nos permitem refletir sobre as características da biopolítica na atualidade (GIUSTI, 2016).

Marcada por estudos moleculares, a biopolítica hoje se nos apresenta como poder de manipular a vida humana em todas as suas faces vitais e transformá-la através da genética. De acordo com Rose (2013), 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 marcada por uma compreensão acerca da herança de uma constituição biológica. A política de vida de nosso século não se encontra delimitada pelos polos de doença e saúde e tampouco concentrada em eliminar patologias para proteger o futuro da espécie. Sua preocupação ancora-se na crescente técnica de controlar, administrar, projetar, remodelar e modelar as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes.

A vida humana do século XXI está sob controle do governo e das novas formas de conhecimento do terreno “bio”: biomedicina, bioeconomia, biotecnologia, bioética, biocapital, biovalor⁵. A ampla utilização do prefixo “bio” não implica em um significado homogêneo compartilhado. Ao contrário, verifica-se que a sua utilização, tanto na área médica quanto na sociológica, é polissêmica, existindo na literatura acadêmica mais de 50 conceitos mapeados (FRANKLIN, 2000). A própria biopolítica do século XXI encontra-se intrinsecamente ligada à bioeconomia; conseqüentemente, as dinâmicas médicas foram afetadas, já que o processo de mercantilização dos bens da saúde ampliou-se e consolidou-se, assim como a crescente responsabilização dos cidadãos pelo seu bem-estar e pela defesa da sua saúde (ROSE, 2013).

⁵ Bioeconomia, biotecnologia, bioética, biocapital, biovalor são analisados por Rose (2013) como termos inseparáveis de novas formas de responsabilidade e identidade genéticas, configurando-se numa forma de cidadania biomédica ativa, da qual os ativistas no campo da saúde se tornam pioneiros morais. Os termos da esfera “bio” assumem novas proporções, que vão além das atividades sanitárias do Estado e incorporam diversas e heterogêneas relações entre médicos, cientistas, entidades comerciais e consumidores individuais de bens de saúde, nas quais a prospecção genética, as terapias ou as bioeconomias tornam-se palavras de ordem e fontes de valor.

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. Atualmente, a biomedicina visualiza a vida no nível molecular e os termos usados para descrevê-la ocupam esse mesmo campo semântico (LAKOFF, 2005). Tais mudanças recaíram também sobre os transtornos mentais que foram fragmentados em subgrupos, analisados em bases moleculares e tratados à base de psicofármacos molecularmente desenvolvidos (ROSE, 2013).

As tecnologias médicas contemporâneas não estão mais engajadas somente em curar doenças manifestas, mas em controlar os processos vitais do corpo e do cérebro. Segundo Brown e Webster (2004), refere-se a qualquer agenciamento estruturado por uma racionalidade prática, sendo considerada um conjunto de relações sociais e humanas, das quais os equipamentos e técnicas são meros elementos. O campo de atuação das tecnologias médicas contemporâneas tenta identificar e tratar as pessoas que podem desenvolver determinadas patologias no futuro. Nesse sentido, a infância é o alvo principal. Esse campo encontra-se intrinsecamente ligado a duas linhas de pensamento que já foram amplamente trabalhadas na medicina: a da predisposição e a do risco. A predisposição herdada, que teve sua origem na psiquiatria no século XIX, analisava todos os problemas de patologia e problemas sociais em termos de degeneração. A categoria de risco atua de maneira preventiva e trata as doenças antes de sua instauração, evitando assim o que a psiquiatria denomina de “cronificação da patologia”. Atualmente, o emprego das escalas de risco que avaliam a probabilidade de um indivíduo desenvolver um distúrbio é muito comum e difundido pela mídia (CAPONI, 2012).

Desse amplo processo em que as tecnologias de vida procuram não somente trazer para o presente as patologias potenciais não manifestas, mas intervir sobre elas a fim de modificar as formas de vida dos indivíduos, o discurso a respeito dos transtornos mentais é, também, redefinido pelas mídias. As novas linguagens do sofrimento psíquico introduzem as próprias formas de definição a respeito de saúde, cuidado, doença, medicina e diagnóstico, bem como seus agentes e sistemas normativos, seus regimes de verdade ou de prática. A posição axial dessa nova produção de modelos de subjetivação está alicerçada nos discursos difundidos em livros, revistas, sites e serviços ou blogs de autoajuda; personalidades midiáticas que servem como perfis identitários de modelação das subjetividades com dicas infalíveis que vão desde a superação de problemas até maneiras de se vestir e se comportar; aplicativos de celulares programados para regular a rotina diária de atividades, como sono, alimentação e exercícios físicos; programas televisivos com médicos e profissionais debatendo a respeito da saúde mental, suas normalidades e desequilíbrios. Nas comunidades virtuais, como os grupos do

Facebook, observamos que há uma lógica de reforço mútuo de apoio e construção de afetos em que familiares e agentes educacionais discutem, desabafam, pedem ajuda sobre as mais diversas situações relacionadas aos transtornos mentais na infância, especialmente o TDAH – este que é o transtorno com a maior prevalência na infância em muitos países, desde Estados Unidos, passando por Reino Unido e Israel, e o que mais recebe a prescrição de Metilfenidato, mais conhecido pelo nome comercial Ritalina (WHITAKER, 2016). No entanto, nas comunidades que selecionamos para nossa pesquisa verificamos que elas não servem para o contraditório, longe disso, servem para reforço e suporte afetivo entre pais, mães e membros do grupo. O discurso predominante é a da medicalização, amparado por estratégias biopolíticas e fundamentado sob a perspectiva do risco.

Mediante a análise de conteúdos e discussões veiculados nestas mídias, identificamos que a emergência do discurso psicopatológico busca veementemente fundamento no modelo biológico das neurociências e da psicofarmacologia, numa tentativa de suprimir a crise de paradigmas da contemporaneidade, atendendo a interesses mercadológicos de grandes corporações. Se por um lado os meios de comunicação reproduzem e reforçam o discurso psicopatológico fundamentado numa visão biologicista e fisicalista, de outro, eles têm um papel crucial na produção de subjetividades. De acordo com Thompson (1998), as construções discursivas sobre os transtornos mentais disseminadas através dos meios de comunicação mostram o grande potencial da mídia, seja para reforçar os estigmas constituídos ou para construir novas subjetividades. Dessa maneira, grande parte das pessoas só tem acesso às informações sobre a saúde mental e suas representações sociais pelos conteúdos apresentados pela mídia, pois:

Nos contextos espaço-temporais da vida cotidiana, as sociedades modernas implicam um grau relativamente alto de segregação institucional e experimental: certos fenômenos sociais (doença, loucura, morte, etc.) são separados dos contextos sociais cotidianos e tratados por instituições especializadas e pessoal profissionalizado (THOMPSON, 1998, p. 182)

A institucionalização dos transtornos mentais pelas mídias reafirma o seu grande potencial sobre o fenômeno da loucura, seja reforçando velhos estigmas ou propondo novas maneiras de negociá-los. Para Thompson, a formação do self⁶ (ou subjetividade) se entrelaça

⁶ A compreensão do conceito de self por Thompson diverge da tradição estruturalista, que o concebia como um produto ou idealização de sistemas simbólicos que o precedem. Fundamentado na tradição hermenêutica, sua análise não define o self como produto de um sistema simbólico externo, ou como uma identidade fixa, a qual o indivíduo pode capturar, mas como projeto simbólico que o indivíduo constrói ativamente. Essa construção se dá através dos materiais simbólicos que estão à sua disposição e, dessa maneira, o indivíduo vai criando uma narrativa que não é fixa e definida, mas passível de modificação na medida em que novos materiais e novas

cada vez mais com as formas simbólicas mediadas, já que sua construção não só sofreu um grande impacto com o desenvolvimento dos meios de comunicação, como segue altamente dependente do acesso às formas mediadas de comunicação. Ou seja, a apropriação das mensagens divulgadas pela mídia impacta diretamente a construção de subjetividades, bem como as relações de poder, estabilizando-as e reforçando-as. Além disso, as mensagens divulgadas pela mídia podem assumir um papel ideológico significativo na construção das subjetividades, na medida em que formas simbólicas mediadas são incorporadas reflexivamente pelos sujeitos. As notícias divulgadas têm singular importância não apenas na formação das subjetividades, mas, segundo Park (2008), são substratos para a ação política e para a opinião pública.

Os discursos a respeito dos transtornos mentais na vida e na infância difundidos pelas mídias estão entrelaçados com os poderes político e econômico. Como mostrou Foucault (2014), o que está em jogo no discurso acerca da verdade, ou seja, da vontade de verdade de um objeto nada mais é do que o desejo e o poder. Diante desse quadro, nosso interesse recai sobre o fenômeno da medicalização da infância, considerando que, até a década de 1970, o diagnóstico psiquiátrico neste grupo era raríssimo e que, a partir do DSM-IV, vem crescendo assustadoramente o número de crianças e adolescentes diagnosticados com algum transtorno mental, principalmente o TDAH⁷. Nossa discussão se insere no atual contexto da medicalização da vida⁸, no qual agentes dominantes desse campo, que podemos chamar de peritos do corpo (CONRAD; SCHNEIDER, 1992), se reúnem para difundir os seus princípios e psiquiatrizar⁹ progressivamente os contextos sociais. O ponto central do trabalho é a observação de que, para a difusão e psiquiatrização dos contextos sociais, os agentes dominantes mobilizam diversos veículos de comunicação que vão da mídia tradicional, das novas mídias e redes (MANOVICH,

experiências vão surgindo. No entanto, Thompson deixa claro que os recursos simbólicos que serão utilizados para a construção do próprio sentido de self não estão disponíveis a todos, pois são dependentes das condições materiais de vida, ou seja, condicionados socialmente.

⁷ Segundo o Ministério da Saúde, o transtorno mais comum em crianças e adolescente é o TDAH, com prevalência entre 3 a 6% das crianças em diversos lugares do mundo. Maiores informações acessar: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-perguntas-e-respostas/34273-tdah-atinge-de-3-a-6-da-populacao-mundial-saiba-mais-sobre-o-transtorno>>

⁸ Esse conceito se encontra melhor definido no primeiro capítulo, mas podemos dizer brevemente que o conceito de medicalização é utilizado sob diferentes campos medicalizáveis, tais como infância, comportamentos desviantes, gravidez e parto, envelhecimento, transtornos mentais. De acordo com Ortega (2012), para cada um desses campos, surgem novas concepções médicas. Para esta pesquisa, partiremos do solo conceitual adotado por Peter Conrad e Schneider (1992), que descreve o processo de medicalização como aquele que primeiramente parte para a definição do problema em termos médicos, em seguida faz uso da linguagem médica difundindo um ideário de entendimento baseado em modelos médicos e, por último, diagnostica os problemas e os trata através de intervenções médicas.

⁹ Termo utilizado por Michel Foucault para designar a medicalização dos comportamentos humanos considerados socialmente indesejáveis e que se estendeu a quase todos os domínios da existência.

2005). Esses agentes, compreendidos como a indústria farmacêutica e profissionais do campo da medicina psiquiátrica, são uma elite, naquele sentido empregado por Saint-Martin (2008), ou seja, um grupo dominante e dirigente com poder capaz de prescrever ações, valores e influenciar decisivamente seus seguidores.

Como boa parte dos trabalhos acadêmicos que já discutiram a temática da medicalização, este nasceu de uma série de críticas e questionamentos à epidemia de transtornos mentais e sua expansão diagnóstica. Enquanto avançávamos na análise mais acurada de textos, artigos e posts sobre as doenças mentais na infância, nos questionávamos se a tradução dos comportamentos - tidos como anormais ou desviantes dos padrões socialmente estabelecidos - em doenças identificáveis, não revelava um grave sintoma contemporâneo: a incapacidade de uma cultura de simbolizar os aspectos conflituosos da existência humana sem apelar para uma concepção reducionista e biologizante. Tanto a Psicologia, como a Pedagogia e a Psicanálise nos mostram que as crianças se utilizam de diversas linguagens para expor seus conflitos e dilemas. Reduzi-los à biologia significa omitir nossa própria condição humana, permeada por sofrimentos e conflitos sociais. A redução das problemáticas da vida ao campo biológico, bem como tentativa de apaziguar o comportamento humano via medicamentos solapa a possibilidade de aprendizagem que nos constitui como sujeitos críticos em relação ao mundo. O reducionismo ao biológico pode trazer a momentânea calma e falsa 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, escamoteia a realidade e subtrai do ser humano o poder de acreditar em sua própria capacidade de elaboração e superação das adversidades da vida.

Outro fator que nos inquietou diz respeito à frequência com que a produção discursiva sobre os transtornos mentais na infância vem à baila na mídia. Desde o início dessa pesquisa, em 2016, ativamos uma ferramenta no buscador *Google* que nos alerta toda vez que esses transtornos são mencionados. Notamos que, quase que diariamente, esse assunto é discutido em algum site, revista, programa televisivo ou blog. Frequentemente novas pesquisas, novas estimativas e novas descobertas a respeito dos transtornos são discutidas na mídia. O conteúdo das notícias varia apenas em número e grau, mas o gênero é o mesmo, ou seja, pais e sociedade devem ficar alertas aos comportamentos de suas crianças, pois doenças que antigamente passavam despercebidas agora foram identificadas. Quando um sofrimento psíquico é apropriado pela técnica jornalística, ele ultrapassa os limites da esfera biológica e subjetiva e adquire dimensões sociais e simbólicas. A midiaticização dos transtornos mentais tende a

modular condutas, instituir práticas, mobilizar pessoas, implicar valores e normas, em suma, constituir o imaginário.

Munidas de uma listagem de sintomas extraídos do DSM, essas notícias indicam os modos corretos para aferição e tratamentos dessas doenças mentais de “natureza biológica”. Considerando o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) como uma espécie de bússola de uma prática reducionista, nossa leitura sobre esse manual parte de uma perspectiva crítica, apontando-o como um dos maiores instrumentos de corroboração para a expansão do processo de medicalização, na medida em que categoriza e classifica comportamentos comuns como transtornos mentais. O DSM foi criado no ano de 1953 pela APA – Associação Psiquiátrica Americana, sendo o primeiro manual de transtornos mentais com enfoque clínico, cujo objetivo era padronização das categorias patológicas consensualmente estabelecidas. Antes disso, até meados de 1950, os sofrimentos psíquicos não eram pensados em termos biológicos, mas considerados de maneira ética, subjetiva e particular, pertencentes à história de vida do indivíduo tratados com um psicanalista (CAPONI, 2013). Freud (1996) inaugura um caminho marcado pela escuta do sujeito que sofre, dando voz ao sofrimento e àquilo que era considerado loucura. A partir da associação livre, regra fundamental da Psicanálise, o sujeito permite com que seu sofrimento encontre uma saída pelo discurso, curando-se pela palavra. Essas terapêuticas faziam parte do arcabouço do DSM até a sua segunda edição, em 1968. Com a terceira edição, em 1980, o DSM adota uma postura psiquiátrica e rompe com as bases psicanalíticas, desconsiderando a escuta das dores de cada sujeito como modo de tratamento dos sofrimentos. A partir disso, a angústia perderia sua voz, seu ponto de partida, seu rumo e passaria a ser compreendida como algo da ordem de disfunções e desarranjos químicos. A história do sujeito paulatinamente vai desaparecendo, e em seu lugar surge um corpo de sintomas.

Esse Manual já conta com sua quinta edição, a mais polêmica¹⁰ de todas até o momento. Apesar das inúmeras críticas sobre a baixa confiabilidade na construção dos diagnósticos - que partiam de agrupamentos de sintomas sem bases científicas sólidas –, em 2013 foi lançado o

¹⁰ O DSM-5 causou grande incômodo no meio científico, entre pesquisadores de diversas partes do mundo. Grupos e coletivos se mostraram contrários ao modelo de identificação de patologias proposto nesse manual (CAPONI, 2014). De acordo com Allen Frances (2010), o DSM-5 apresenta categorias patológicas inconsistentes e mal formuladas, além de incluir novas categorias de diagnóstico relacionadas à prevenção e antecipação de riscos, como o risco para psicose. Para Frances, a questão da identificação precoce de indivíduos que correm risco de desenvolver uma psicose deve ser analisada com muita cautela, pois não se trata apenas de atuar preventivamente a fim de reduzir sua sintomatologia e comprometimento ao longo da vida. O que está em jogo, é um custo enorme e insuperável ocasionado por falsos positivos. O critério de identificação precoce atingirá uma grande porcentagem de indivíduos que nunca se tornariam psicóticos. Tais diagnósticos causariam muito mais dano à questão dos falsos positivos comparado à qualquer expectativa de controle sintomatológico a quem possa se beneficiar.

DSM-5. Segundo Maria Salette Bessa Jorge (2016), se o DSM-II contava com 180 categorias passando para 250 no DSM-III e 350 no DSM-IV; o DSM-5 possibilitou a inclusão de uma quantidade imensurável de pessoas no quadro de patologias mentais. Partindo de uma perspectiva longitudinal sobre os transtornos mentais, o DSM-5 excluiu a antiga divisão e nomenclatura do capítulo “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”, que foi substituída pela nomenclatura “Transtornos do Neurodesenvolvimento”. Agora, além da função cognitiva, os critérios avaliativos para a deficiência intelectual passaram a englobar a capacidade funcional adaptativa (ARAÚJO; NETO, 2014). Para Frances (2016), os transtornos mentais que constam no DSM, especialmente em sua última edição, não são internamente coerentes ou mutuamente exclusivos, e também não foram incluídos por terem satisfeitos a algum conjunto de critérios universais. Alguns descrevem estados efêmeros; outros, traços de personalidade duradouros; alguns se referem à extrema infelicidade, maus comportamentos; outros refletem acentuações do cotidiano; alguns refletem carência de autocontrole, enquanto outros, excessos; alguns são intrínsecos ao indivíduo; outros, determinados pela cultura; alguns parecem mais biológicos; outros, mais psicológicos ou sociais. Os efeitos colaterais do afrouxamento das regras para os diagnósticos já existentes, e a inclusão de diversos transtornos mentais novos, irão se refletir numa enorme inflação diagnóstica e no estímulo ao uso inadequado de medicamentos. Ademais, ele mostra que a ausência de testes laboratoriais é uma enorme desvantagem para a psiquiatria, significa que todos os diagnósticos hoje são baseados em julgamentos subjetivos.

A crítica de Allen Frances é dirigida aos excessos da psiquiatria, e não à sua essência. Ele alerta que os transtornos psiquiátricos reais exigem pronto diagnóstico e tratamento ativo, em contraste, a melhor solução para os inevitáveis problemas do dia a dia são nossa resiliência natural e os poderes curativos do tempo. No entanto, apesar dos bilhões de dólares gastos em pesquisas, ainda não existem provas convincentes de que qualquer transtorno mental seja uma “entidade mórbida distinta com uma causa unitária”¹¹ (FRANCES, 2016, p. 65). Isso porque, segundo Frances, os transtornos mentais não podem ser considerados doenças simples por serem extremamente heterogêneos em apresentação e causalidade. Cada um deles poderá ser um amalgamado de várias enfermidades diferentes.

¹¹ Segundo Frances (2016), “entidade mórbida distinta” diz respeito a uma doença individualizada, com características, constâncias e propriedades inerentes à patologia. Ele exemplifica como entidades mórbidas distintas, um tumor no cérebro ou um derrame. Ainda que os transtornos mentais não possam ocupar essa categoria, eles não podem ser considerados “mitos”, diz Frances. Ele afirma que a esquizofrenia causa uma extrema morbidez, ou seja, um grande desconforto e incapacidade. Possui padrões de apresentação claramente reconhecíveis e curso predeterminado; é de caráter genético e com correlatos na neuroimagem, além de responder a tratamentos específicos.

Nessa perspectiva, toda e qualquer problemática comportamental passa a compor o quadro dos transtornos mentais. Como Whitaker (2017, p. 229) nos mostrou, “de repente, podiam-se encontrar crianças com TDAH em todas as salas de aula”. Os comportamentos, que antes eram concernentes ao desenvolvimento humano ou vinculados a um determinado evento 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.

Diante desta realidade, em que o paradigma da psiquiatria biológica parece remodelar nossa sociedade, nosso interesse recai sobre as crianças que estão sendo diagnosticadas com problemas mentais – em especial o TDAH e medicadas com psicofármacos. Os transtornos supracitados e divulgados na mídia são construídos principalmente por práticas discursivas de uma elite de enunciadores e podem ser considerados como um palco da criação de um sistema de justificativas, moralidades e controle capaz de remodelar substancialmente os modos de agir e de pensar a própria vida e os problemas comuns que se manifestam no cotidiano. Esse “modo de ação medicalizado” constitui-se como uma estratégia de controle guiada por preceitos políticos e econômicos. Concomitantemente, a emergência do discurso psicopatológico difundido pela mídia inflaciona o processo de medicalização da vida e da infância, já que aumenta a procura por tratamentos na clínica médica (ZORZANELLI: AMÂNCIO, 2018).

A ambição desta tese é ser uma pesquisa qualitativa que possibilite a observação da redefinição dos dispositivos de poder utilizados pela psiquiatria na atualidade que se encontram difundidos nos discursos propagados pela mídia e seus desdobramentos para a dimensão do senso comum. Considera-se necessária uma investigação no interior das fronteiras do discurso sobre a posição ocupada pela mídia que viabiliza a legitimação do processo de medicalização. Para isso, me propus à realização de uma reflexão crítica a respeito dos modos pelos quais a combinação das três dimensões discursivas - discursos científico e médico (peritos do corpo), jornalístico e de senso comum - se enlaçam em torno dos transtornos mentais da infância, especialmente o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade).

A questão que nos guiará nessa jornada é a seguinte: como as dimensões hierárquicas dos discursos científico e médico, jornalístico e de senso comum se articulam possibilitando a medicalização da vida e da infância?

Considera-se extremamente importante iniciarmos nossas pesquisas após o lançamento do DSM-5, devido ao grande impacto que ele causou tanto no universo científico, como fora dele; ou seja, tanto no mundo científico/acadêmico quanto na mídia e nas redes sociais virtuais.

Conforme discutido acima, a última edição desse manual teve um largo crescimento de suas categorias diagnósticas, possibilitando a entrada de uma gama extensa de problemas cotidianos no quadro dos transtornos mentais. Segundo Frances (2016), dada a fragilidade dos critérios estabelecidos para a efetivação de um diagnóstico seguro, inúmeras pessoas estão recebendo diagnósticos falso-positivos de transtornos mentais, e, no que tange nosso interesse de pesquisa, as crianças estão sendo o alvo principal desse processo de medicalização.

Os capítulos que compõem esta tese estão dispostos da seguinte maneira:

Nos capítulos 1 e 2 apresentamos a problemática que nos levou à essa pesquisa, os objetivos da pesquisa, o percurso metodológico e o referencial teórico que orientaram esse trabalho, suas etapas e a descrição das três dimensões discursivas analisadas.

O capítulo 3, retoma o conceito de medicalização em Sociologia e a questão da normalidade com as ciências físicas (sugerimos que o leitor ou leitora com conhecimento aprofundado nessas questões específicas faça uma leitura mais fluente desse capítulo). Analisamos os fundamentos teóricos do fenômeno da medicalização derivados do conceito de degeneração e, posteriormente, sua inscrição na infância numa perspectiva foucaultiana. Discutimos alguns pontos que consideramos mais relevantes a respeito do DSM e as tentativas de enquadramento da subjetividade em categorias psiquiátricas. A partir de uma investigação histórica sobre este conceito, investigamos seus desdobramentos teóricos a partir dos trabalhos de Talcot Parsons (1951), Eliot Freidson (1978), Thomas Szasz (1961, 1971), Irving Kenneth Zola (1972), Ivan Illich (1976), Peter Conrad e Joseph W. Schneider (1992) e Michel Foucault. As dimensões do discurso científico - médico e jornalístico foram analisadas paralelamente a análise teórica deste capítulo.

No capítulo 4, “Infância, risco e governamentalidade midiática” abordamos um novo panorama do governo de condutas intrinsecamente ligado à medicalização dos sofrimentos psíquicos: a biopolítica como modalidade de exercício do poder que esfumaça as fronteiras entre política e vida. Tratamos de sua operação através de mecanismos que se sustentam na norma, nas análises estatísticas dos fenômenos vitais e na antecipação de riscos - como forma de administrar e governar o corpo humano e suas relações com o mundo social. Investigamos o significado da biopolítica na era da medicalização; o governo e dominação no neoliberalismo; a ascensão da categoria de risco como estratégia biopolítica; a governamentalidade da saúde na mídia e sua intersecção com as outras duas dimensões discursivas do fenômeno da medicalização da infância.

No quinto e último capítulo tratamos da última dimensão da trajetória discursiva da medicalização da vida: o senso comum. Analisamos a constituição do discurso do biopoder e o

reforço de suas estratégias a partir dos peritos do corpo representados pela ABDA, bem como o envolvimento de seus membros (médicos e afins) com a indústria farmacêutica. Constatamos os efeitos desse percurso discursivo que possibilitou com que as convicções do discurso científico e médico se desdobrassem para o campo discursivo do jornalismo e, finalmente, para a dimensão do senso comum. Partindo de uma etnografia virtual nas mídias e redes sociais (comunidades do *Facebook*), acompanhamos as discussões dos usuários (pais e mães) em busca de respostas para os comportamentos de suas crianças, assim como de questões relacionadas a diagnósticos e tratamentos durante o período de 2014 a 2017.

Nas considerações finais, procuramos retomar as principais discussões da tese e as conclusões que conseguimos estabelecer até este momento. Desejosos de que esta pesquisa possa fomentar novas e potentes discussões a respeito da condição humana e seu desenvolvimento na infância e adolescência em sua relação com as angústias, medos e dúvidas. Que as reflexões que aqui se produziram, possam contribuir com a construção de um novo olhar sobre o processo de medicalização da vida e da infância.

1.1 OBJETIVOS

Nosso trabalho tem como objetivos descrever e analisar a trajetória discursiva sobre a medicalização da vida e da infância que possibilitou com que as convicções do discurso científico e médico se desdobrassem para o campo discursivo do jornalismo e, finalmente, para o campo discursivo do senso-comum no Brasil. Realizar um estudo a partir da análise de conteúdo e da análise do discurso das notícias e publicações veiculadas na mídia tradicional e nas novas mídias no período de 2014 a 2017, que possibilitou a compreensão da legitimação do poder médico e farmacológico pelo discurso jornalístico e pelo senso comum. Interpretar a circulação do discurso psiquiátrico nos outros domínios não científicos e observar os choques entre ele e outros discursos. Consideramos que nossa análise compreende a grandeza do impacto sobre a opinião pública dos meios de comunicação e sua tendência para produzir significados e valores hegemônicos (JOVCHELOVITCH, 2000).

A partir da revisão bibliográfica sobre a medicalização da vida e da infância, nossa pesquisa tem início após um ano do lançamento da última edição do DSM-5, que compreende o período de 2014 à 2017. Pretendemos analisar as construções discursivas das três dimensões que selecionamos da seguinte maneira:

1. O discurso científico e médico (peritos do corpo) será investigado a partir de boletins, artigos, matérias e publicações contidas na revista científica *American Journal of Psychiatry* (<https://ajp.psychiatryonline.org>);
2. O discurso jornalístico (mídia tradicional), a partir dos alertas enviados pela ferramenta do buscador *Google*, analisaremos publicações de jornais, noticiários televisivos e boletins informativos, como “A Gazeta”, “A Tribuna”, “Crescer”, “UOL”, “Correio do Brasil”, “Estadão”, “Nova Escola”, “O Globo”, “Gshow.globo”, “Folha de São Paulo”, “Diário de Goiás”, entre outras;
3. O discurso do senso comum (plataforma do *Facebook*). Acompanharemos as discussões de mães e pais e demais membros do grupo de *Facebook*, “Mães e pais de crianças TDAH”, e da Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA.

As descrições metodológicas, objetivos e justificativas deste trabalho estão descritas nos itens 2.1.1 e 2.3.1.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 ALINHANDO A LINHA DE MIRA AO PONTO DE REFERÊNCIA – A BÚSSOLA

[...]tornar-se sociólogo é ousar colocar questões impertinentes, mostrar o que está em jogo por detrás da cena, inteirar-se de todas as artimanhas da vida social, enfim, desvelar a realidade escondida dos fenômenos sociais (PAUGAM, 2015, p. 17).

Comparo a realização de uma pesquisa científica a uma viagem de barco em busca de lugares e culturas desconhecidos; uma expedição científica que parte em busca de um mundo novo. Primeiramente, é necessário que se tenha o mínimo de conhecimento/planejamento sobre onde está e onde se quer chegar. Mas, fundamentalmente, é importante que os navegantes estejam munidos de um instrumento que os oriente geograficamente tornando a navegação um pouco mais precisa, ou seja, uma bússola. É imprescindível que funcione adequadamente. Para isso, sua linha de mira ou agulha magnética precisa estar corretamente alinhada ao ponto de referência, para que o azimute – a direção ou alvo definido em graus – determine corretamente o caminho a ser percorrido. Atualmente, a bússola foi substituída por um sistema de navegação mais moderno, o GPS (Sistema de Posicionamento Global). Mas, como dizia Bauman (1999), a pós-modernidade é permeada pela ambivalência, então adotarei a boa e velha bússola para nos guiar nessa jornada investigativa.

Numa jornada investigativa por mares desconhecidos, o navegante prudente e sensato sabe que não poderá mudar a direção dos ventos, mas poderá usá-los ao seu favor e levar sua embarcação ao destino escolhido. Nem que pra isso tenha que mudar sua rota algumas vezes, adotar novos métodos, abandonar algumas coisas pelo caminho. O ponto de partida de sua viagem consiste no conhecimento de onde está e onde se quer chegar, ou seja, o solo de onde parte, o material que tem em mãos e o que precisa levar, o destino escolhido, suas hipóteses, seus objetivos, as rotas viáveis a serem percorridas e o tempo de viagem. Então, munido de sua bússola – meticulosamente escolhida - e com seu trajeto planejado, ele adentra o mar desconhecido.

A pesquisa sociológica, em sentido amplo, pode ser comparada a uma expedição marítima. Assim como o navegante, o pesquisador precisa ter em mãos uma bússola que o guie em sua investigação; chamarei, aqui, essa bússola de metodologia e pressupostos teóricos. O solo do qual ele parte, bem como o que pretende buscar, descobrir, compreender, questionar, constatar ou criticar se sustenta em seus pressupostos teóricos e na metodologia adotada. Lembremos que numa expedição, a linha de mira da bússola precisa estar alinhada ao ponto de

referência; do mesmo modo, para que uma pesquisa tenha êxito deve haver o alinhamento entre o objeto de estudos, os pressupostos teóricos que o orientam e a metodologia adotada. Maggie MacLure (2003) afirma que o método de pesquisa, seja qualitativo ou quantitativo, tem a função de garantir nossa chegada o mais próximo possível da verdade, da probidade, da autenticidade, da justiça, do conhecimento ou da própria ética.

Segundo Paugam (2015), a pesquisa sociológica constitui um complexo edifício que compreende a postura científica do sociólogo, a construção do objeto¹², a definição das hipóteses, os modos de objetivação¹³, a metodologia de pesquisa, os instrumentos de análise e as formas de escrita. Ao longo da pesquisa, novos questionamentos podem surgir, sendo posteriormente acrescentados aos primeiros, bem como as hipóteses do pesquisador podem ser revistas, reorientadas, reexaminadas.

Em uma expedição, o navegante analisa minuciosamente o ponto onde está e onde quer chegar. Numa pesquisa científica, antes de entrar em campo, o sociólogo analisa com quem ou qual grupo irá desenvolver sua pesquisa, qual local e fundamentado em qual abordagem. Paugam salienta que na maioria das vezes, as escolhas metodológicas do pesquisador estão numa relação de dependência com o objeto de estudos, mesmo que este mude posteriormente. De toda forma, a pesquisa deve levar em conta essas três diretrizes: quem, onde e como.

No entanto, assim como o vai e vem do mar, os ventos indomáveis e as constantes mudanças de direção que o navegante tem que fazer ao longo de sua viagem, na pesquisa sociológica ocorre algo similar. Segundo Paugam (2015, p. 17), a pesquisa “obriga a um vai-e-vem entre a construção erudita e a verificação – ou a prova – empírica, e isso desde as primeiras formulações da problemática”.

Refletindo sobre diversas problemáticas que os sociólogos se dispõem a estudar, Paugam fala do caso do sociólogo preocupado em analisar o fenômeno da pobreza. Ele disserta que em algum momento da vida todos os sujeitos acabam por construir suas próprias ideias e

¹² Simplificadamente, podemos dizer que o sociólogo estuda os fatos sociais de maneira global ou específica, desse modo, o objeto de estudos pode ser definido como aquilo que vai ser estudado. Para Paugam (2015), o objeto de estudos refere-se a uma problematização sociológica de onde derivam as hipóteses. Num dado momento da investigação, o pesquisador pode mudar seu questionamento inicial, as comparações de dados podem desencadear novas interrogações e novas hipóteses podem ser formuladas. É nessa passagem do senso comum ao senso sociológico que vai se construindo um objeto de estudos.

Sua construção implica na desconstrução das prenoções ou prejulgamentos; um afastamento do senso comum, das sensibilidades e orientações que o próprio pesquisador traz consigo e que não condizem com o campo científico. A construção do objeto de estudos significa uma passagem do senso comum ao sentido sociológico.

¹³ Paugam define o processo de objetivação como sendo um árduo exercício de ruptura que o sociólogo deve realizar com tudo aquilo que o vincula ao seu objeto de estudos e considerá-lo à distância. Árduo, porque a escolha de um tema não é aleatória, logo, impreterivelmente, o sociólogo projeta uma parte sua nas pesquisas que realiza, ou seja, engaja na pesquisa científica seu interesse pessoal, com objetivo de melhor compreender o mundo que o cerca, as questões de seu passado ou experiências vividas.

problemáticas a respeito deste termo, pois, antes de ser um conceito sociológico, ele representa uma expressão da vida cotidiana. Alguns conhecem a pobreza por tê-la vivido, outros por conhecerem alguém que teve ou tem experiência com essa dimensão da vida. Os jornais divulgam dados, estatísticas, testemunhos e análises sobre a pobreza. No entanto, para além da percepção individual, quem ocupa o papel de sujeito quando se fala em pobreza? Do que se fala quando se trata da pobreza?

A intenção de Paugam é trazer o olhar sociológico para o fenômeno da pobreza e o tratamento que deve ser dado ao objeto de estudos dentro de um campo de análise. Dessa maneira, ele sugere algumas questões essenciais que o sociólogo deve se colocar ao estudar esse fenômeno e que, seguramente, podemos trocar pelo nosso problema de pesquisa. Adaptando as questões sociológicas propostas por Paugam, nossos questionamentos para a realização desse trabalho ficariam da seguinte maneira: O que faz com que uma criança diagnosticada com TDAH, numa sociedade dada, seja um portador de TDAH e nada mais que portador de TDAH? Dito de outra forma: O que é que estabelece o estatuto social de transtorno mental? A partir de qual critério essencial uma pessoa torna-se portadora de transtorno mental aos olhos dos outros?¹⁴

Nosso interesse de pesquisa não pretende discutir a veracidade dos transtornos mentais da infância, especialmente o TDAH; o que não significa que iremos nos privar de analisar criticamente a problemática das naturalizações midiáticas sobre eles que se encontram amplamente enraizadas no senso comum. Nossa pesquisa procurará compreender a trajetória discursiva que possibilita com que as convicções do discurso científico se atualizem e desdobrem para o campo discursivo do jornalismo e, finalmente, para o campo discursivo do senso-comum. A pesquisa será realizada a partir de uma abordagem qualitativa.

Nas Ciências Sociais, como nos mostra Zanella (2013), a pesquisa qualitativa direciona seu olhar para realidades, como processos e fenômenos que não podem ser quantificadas. Ao menos, porque sua investigação recai sobre o universo dos significados das ações e relações humanas, difíceis de serem apreendidos em equações e estatísticas. Minayo (2002, p. 15) afirma que “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo”. De acordo com essa autora, a pesquisa de abordagem qualitativa não se interessa em quantificar, mas em compreender a dinâmica das relações sociais, que são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos.

¹⁴ Em Paugam (2015, p. 25): “O que faz com que um pobre, numa sociedade dada, seja pobre e nada mais que pobre? Dito de outra forma: O que é que estabelece o estatuto social de pobre? A partir de qual critério essencial uma pessoa torna-se pobre aos olhos dos outros?”

A partir de uma perspectiva crítica, nossa pesquisa realiza a análise dos dados, obtidos pela triangulação¹⁵ de fontes e técnicas: análise de conteúdo (amostragem aleatória) e análise do discurso de viés foucaultiano: revisão bibliográfica, análise dos boletins, matérias e artigos científicos, análise das matérias veiculadas na mídia tradicional e etnografia virtual em um grupo e uma página do *Facebook*. Especificamente, nossa análise contemplará os discursos subdivididos em três dimensões discursivas: científica (boletins, artigos, matérias e publicações contidas na revista científica *The American Journal of Psychiatry*); jornalística (mídia tradicional) e de senso comum (grupo do *Facebook* de famílias e crianças portadoras de TDAH e demais transtornos mentais da infância).

2.1.1 As etapas do percurso

[...] a teoria é um conhecimento de que nos servimos no processo de investigação como um sistema organizado de proposições, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos que veiculam seu sentido (MINAYO, 1994, p. 19).

Segundo Minayo (1994), a metodologia pode ser considerada como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Nela estão incluídas as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e as inspirações do pesquisador. A importância capital reside na indissociabilidade entre a teoria e a metodologia. Esta última deve ser capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática a partir de um conjunto de técnicas coerentes e claras.

Este trabalho é tributário da facilidade tecnológica que possibilitou a procura direta nos arquivos digitalizados da revista científica *The American Journal of Psychiatry*, nos sites da mídia tradicional e nas redes sociais virtuais a partir de quatro palavras-chave: “TDAH”, “transtornos infantis”, “TDAH na infância” e “DSM”. A proporção oceânica de textos no período selecionado para nossa pesquisa (2014-2017) nos impôs o problema da amostragem da pesquisa. Para analisar nossa primeira dimensão discursiva (científico/médica), foi preciso selecionar uma quantidade de matérias razoavelmente possível de ser analisada. O critério utilizado para a seleção foi a análise de título e resumo das matérias/artigos mais expressivos que se relacionavam com os objetivos de nossa pesquisa. Assim, chegamos a 5 matérias por ano, totalizando 20 textos da revista científica *American Journal of Psychiatry*. Na segunda dimensão discursiva (campo jornalístico), seguimos o mesmo procedimento da primeira

¹⁵ Segundo Angrosino (2009), a triangulação pode ser compreendida pelo uso de técnicas múltiplas de coletas de dados usadas em conjunto.

dimensão, com a seleção de 5 matérias por ano, totalizando 20 matérias. Finalmente, na terceira dimensão discursiva, o campo do c.

Quanto à operacionalidade da nossa pesquisa, procuramos aplicar alguns dos instrumentos indicados pela pesquisa qualitativa da Análise de Conteúdo para a definição da amostragem. Amparados em Bauer e Gaskell (2014), optamos pelo modelo de amostragem aleatória, que faz uso de uma lista completa de unidades de onde será feita a seleção do material a ser analisado. Lançando mão de palavras-chave, selecionamos os textos que existem no banco de dados da revista *AJP* e, em seguida, optamos pelo procedimento de amostragem. Sendo assim, escolhemos a amostragem de um ano: em um ano selecionado, escolhemos as matérias/artigos/postagens encontradas através de nossas palavras-chave. Portanto, no *AJP*, foram escolhidas aleatoriamente 5 materiais/ano, totalizando 20 materiais. Com a ajuda do buscador *Google*, seguimos o mesmo procedimento da *AJP*, selecionamos cinco matérias jornalísticas por ano de maior representatividade para nosso interesse em questão. A seleção se deu a partir do conteúdo *mainstream*, que se encadeava aos nossos objetivos. As amostras de conteúdo para analisar foram selecionadas a partir do título e da leitura dos dois primeiros parágrafos da matéria. Os textos foram analisados segundo o conceito de “dispositivo pedagógico da mídia”, proposto por Rosa Maria Bueno Fischer (2001; 2002). Os quadros 1 e 2 abaixo apresentam todo o material selecionado para análise. O quadro 1 apresenta o material de análise do campo científico pesquisado na revista *American Journal of Psychiatry*. No quadro 2 encontram-se as matérias e reportagens selecionadas para análise da dimensão jornalística.

Quadro 1 – Material de análise da dimensão científica

TÍTULO DO ARTIGO
<i>1 - Behavioral Management for Children and Adolescents: Assessing the Evidence</i>
<i>2 - <u>Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective</u></i>
<i>3 - The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?</i>
<i>4 - The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis</i>
<i>5 - Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review</i>
<i>6 - Sex differences in ADHD symptom severity</i>

<i>7 - Concurrent Use of Stimulants and Second-Generation Antipsychotics Among Children With ADHD Enrolled in Medicaid</i>
<i>8 - Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
<i>9- Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder</i>
<i>10 - Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders: the Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices</i>
<i>11 - A Critical Appraisal of Neuroimaging Studies of Bipolar Disorder: Toward a New Conceptualization of Underlying Neural Circuitry and a Road Map for Future Research</i>
<i>12 - Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)</i>
<i>13 - Polygenic Risk: Predicting Depression Outcomes in Clinical and Epidemiological Cohorts of Youths</i>
<i>14 - Drug Treatments for ADHD Reduce Risk of Substance Use Disorders</i>
<i>15 - The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders</i>
<i>16 - Early Markers in Infants and Toddlers for Development of ADHD</i>
<i>17 - Early Intervention in Bipolar Disorder</i>
<i>18 - Are female children more vulnerable to the long-term effects of maternal depression during pregnancy?</i>
<i>19 - Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach</i>
<i>20 - Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis</i>

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Quadro 2 – Material de análise da dimensão jornalística

TÍTULO DA MATÉRIA	NOME DO JORNAL/ REVISTA
1- Déficit de atenção não é só coisa de criança	Estadão
2- TDAH em meninos e meninas	Crescer
3- Déficit de atenção é resultado de falha em circuito cerebral, diz estudo	Folha de São Paulo

4- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças	Jornal Sudoeste
5- O que é TDAH?	O Globo
6- Dossiê TDAH: entenda o que é e conheça os sintomas	Crescer
7- <i>Entre el 50 y el 60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tiene</i>	Nueva Tribuna
8- Livro gratuito sobre déficit de atenção com hiperatividade	Estadão
9- Miligramas por vaga – como o vestibular está criando uma geração movida a remédios controlados	Folha UOL
10- Transtorno do Espectro Autista (TEA)	Crescer
11- Diagnóstico precoce em saúde mental é negligenciado no Brasil	Estadão
12- Percebi algo errado quando eles foram à escola	Estadão
13- TDAH: porque ele atinge mais os meninos?	Crescer
14- As sete atitudes positivas para uma vida melhor	Folha de São Paulo
15- Psicólogo cria kit de reparo para descontentamento no casamento	Folha de São Paulo
16- Os segredos de 5 dos países com maior expectativa de vida	Folha de São Paulo
17- Cientistas descobrem substância capaz de barrar pensamentos indesejados	Estadão
18- Os 10 alimentos para o cérebro	Estadão
19- Prevenindo o déficit de atenção	Estadão
20- Cuidado com as garotas!	Estadão

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Para a análise da dimensão discursiva do senso comum, realizamos uma etnografia virtual segundo indicações de Michael Angrosino (2009) examinando as publicações e suas

consequentes discussões no grupo da rede social *Facebook* que foram previamente selecionadas de acordo com 5 categorias: 1) medicalização e escola; 2) medicalização e problemas cotidianos; 3) diagnósticos e subjetividades; 4) dúvidas e medos do tratamento psiquiátrico; 5) medicamentos e efeitos adversos. As páginas dos grupos do *Facebook* disponibilizam um buscador, e a partir das palavras-chave e do ano que elegemos fomos direcionados para as publicações ligadas aos objetivos de nossa pesquisa. Segundo Paugam (2014), a noção de “rede social” pode revestir-se de muitas acepções e ser apreendida em diferentes níveis. Utilizamos a noção de rede social ligada ao desenvolvimento das tecnologias de comunicação, na qual os atores “têm a impressão de pertencer a um vasto conjunto interconectado cujos contornos, por definição, estão em permanente reconfiguração, mas onde cada indivíduo vê ou aciona, por suas práticas pessoais, uma parcela singularíssima” (PAUGAM, 2014, p. 158). Nossa análise da rede social *Facebook*, pois, considera a relação tanto do ponto de vista de seu conteúdo (dimensão relacional), como do ponto de vista de sua forma (dimensão estrutural).

Se utilizamos o instrumento de Análise de Conteúdo para a amostragem, para a interpretação dos textos nos apropriamos dos pressupostos foucaultianos para a Análise do Discurso, especialmente aquele que sugere descrever as relações entre os discursos, estabelecendo séries de alguma regularidade para fazer emergir os jogos que se dão entre elas. Sabemos que o discurso, para Foucault, adquire um sentido muito próprio: não é simplesmente um conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações). Discursos são mais que signos criados para designar coisas. Segundo Caponi (2009), eles conformam práticas de poder que servem para formar sistematicamente os objetos de que falam. Especificamente no caso do discurso científico, Foucault nos mostra que ele é legitimado como verdadeiro. Portanto, nossa tarefa é a de analisar as produções científicas a fim de constatarmos como suas verdades são construídas. Nossa análise questionou o eixo logofilia-logofobia¹⁶ existente nos textos científicos produzidos pelo *American Journal of Psychiatry* entre 2014 - 2017.

Nesta perspectiva, não iremos compor uma história dos transtornos mentais na infância na mídia brasileira, mas sim perscrutar como esses transtornos se elevaram empiricamente à categoria de foco mobilizador de opinião, e seus desdobramentos entre as dimensões

¹⁶ Foucault (2014) se refere a logofilia e logofobia como um eixo que estrutura a produção e distribuição/divulgação dos discursos em que se alicerçam os modos de elisão da realidade e os modos de análise do próprio discurso. A logofilia pode ser descrita como um sentimento construído pelas instituições familiares e sociais de que há sempre uma verdade intrínseca a ser encontrada nos discursos; um anseio pelo encontro de uma mensagem carregada de sentidos e verdade no núcleo dos discursos. A logofilia resvala para a logofobia, que pode ser descrita como uma espécie de temor de não possuir o próprio discurso, individualizado e validado.

discursivas na atualidade. Debateremos a grade de análise da governamentalidade como uma perspectiva frutífera para treinar o olhar de maneira mais arguta na apreensão das relações dos discursos científico e médico, jornalístico e de senso comum a respeito da medicalização da vida e da infância.

Em relação aos aspectos éticos, não apresentamos a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) por entender que se trata de um grupo que, na prática, é público. Ainda que para participar do grupo seja necessário enviar um pedido demonstrando interesse, não há nenhuma restrição quanto ao tipo de participante e as conversas ficam disponíveis na plataforma. As restrições impostas pelo próprio grupo se direcionam para a proibição de venda, troca ou doação de medicamentos, propaganda de serviços, discussões políticas ou religiosas, exposição e compartilhamento de dados pessoais, como telefones, fotos e endereços. Ademais, não realizamos nenhuma entrevista, nenhum tipo de questionário, ou sequer participamos em algum comentário nas publicações. Nossa participação pretendeu assimilar a percepção e a experiência dos participantes que têm filhos/filhas diagnosticados com TDAH e demais transtornos mentais e fazem uso de medicações. O objetivo principal foi o de compreender qual impacto isso tem em suas vidas e subjetividades, como as famílias lidam com o diagnóstico e as medicações e como o discurso medicalizante circula nessa dimensão. Para isso, adotamos a técnica de coleta de dados do observador invisível ou observação não participante proposta por Angrosino (2009), em que o observador fica tão separado quanto possível do cenário em estudo. Nesse processo, os informantes não sabem que estão sendo observados. Seguindo a Res. CNS196/96-VA e Res. CNS 196/96 IV.3.f (BRASIL, 2002) do CEP, a realização do estudo zelou pela privacidade e confidencialidade dos dados e informações coletados. A identidade de todos os membros foi preservada, uma vez que substituímos todo e qualquer nome ou dado pessoal (tanto deles como de seus familiares e/ou conhecidos) por nomes fictícios.

2.2 AFASTAR-SE DAS PRENOÇÕES A FIM DE COMPREENDER A MEDICALIZAÇÃO COM UM NOVO OLHAR

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos [...] o discurso nada mais é do que um jogo, de escritura, no primeiro caso, de leitura, no segundo, de troca, no terceiro, e essa troca, essa leitura e essa escritura jamais põem em jogo senão os signos. O discurso se anula, assim, em sua realidade, colocando-se na ordem do significante (FOUCAULT, 2014, p. 47)

Nossa pesquisa parte da necessidade de um novo olhar sobre a realidade, problematizando o que parece evidente, interrogando a significação e a intencionalidade sociais de toda a trama que envolve o processo de medicalização e os dispositivos que fazem os discursos científicos e jornalísticos circularem entre os agentes (SANCHES; AMARANTE, 2014). Segundo Paugam (2015), o saber sociológico não constitui um fim em si mesmo, mas é uma ferramenta que permite uma melhor compreensão sobre a sociedade.

Diante de um cenário no qual a maioria dos atores busca naturalizar o fenômeno da medicalização de comportamentos infantis, ao nos afastarmos do senso comum - criticando e questionando suas premissas, pretendemos fazer reaparecer o arbitrário e a indeterminação que esta tentativa de naturalização escamoteou. De acordo com Zorzanelli e Cruz (2018), percebemos que o desafio que uma pesquisa desse tipo nos apresenta é o de suscitar problemas sobre a realidade social do processo de medicalização da infância que, para os agentes nele implicados não existem, ou, quando existem, desconsideram sua natureza social, política e histórica.

Seguindo as orientações metodológicas de Paugam, nosso objetivo é o de produzir, sob a forma de um enigma¹⁷, uma postura crítica para com a realidade naturalizada da medicalização e sua trama discursiva, e isso implica numa reconstrução de nosso objeto. Nosso desafio empírico será analisar e discutir as três dimensões discursivas a respeito dos transtornos mentais na infância, especialmente o TDAH, buscando entender as condições de possibilidade que facilitaram a passagem dos discursos científico e médico para o campo discursivo do jornalismo, chegando ao do senso-comum. Reconstruí-lo no intuito de criar um plano analítico que, ao invés de excluir suas contradições inerentes, possa evidenciá-las mediante uma nova abordagem.

Primeiramente é necessário afastar-se das prenoções e concepções do senso comum relativas aos transtornos mentais da infância, especificamente o TDAH¹⁸. Para isso, é imprescindível que examinemos a pluralidade das significações sociais destes termos, a fim de estabelecermos, conscientemente, uma ruptura com eles. Durkheim (1999, p. 35) já nos alertara sobre a importância do afastamento das prenoções, pois a “a regra ensina o sociólogo a escapar

¹⁷ Um dos objetivos de “tornar enigmático” é, justamente, desnaturalizar e problematizar a questão, rejeitando, assim, respostas que prescindem de uma pesquisa empírica. Em última instância, Paugam afirma que sob a forma de um enigma, se produz um gesto crítico em relação a uma realidade dada.

¹⁸ Seguindo os trabalhos de Zorzanelli e Cruz (2018), o primeiro momento de nossa análise busca o afastamento das noções comumente admitidas pelos indivíduos a respeito da medicalização de comportamentos infantis que são veiculadas nas mídias e discutidas em todos os espaços sociais e institucionais no sentido de buscar uma desnaturalização destas convicções, justamente por elas se inscreverem na mesma vertente biologicista que caracteriza e legitima o processo de medicalização.

do domínio das noções vulgares, para dirigir sua atenção aos fatos”. No entanto, esse afastamento do senso comum não significa omiti-lo ou ignorá-lo. Durkheim falava que as prenoções ou noções vulgares não eram inúteis, mas serviam de indicadores que mostravam que em alguma parte havia um conjunto de fenômenos com características comuns e agrupados sob uma mesma designação. A tarefa do pesquisador, portanto, seria a de elucidar os termos advindos do senso comum e superá-los. Para isso, “urge que ele comece por sua desconstrução e em seguida passe a reconstruir um objeto que, mesmo lhe estando inteiramente próximo, dele deve distanciar-se. O saber em ciências sociais comporta este preço” (PAUGAM, 2015, p. 27).

Portanto, reconstruir o nosso objeto empírico tem como objetivo primeiro construir um plano analítico onde a contradição não seja excluída, mas evidenciada. Nossa abordagem do fenômeno da medicalização nessas três dimensões discursivas busca romper com as prenoções da corrente biologicista, para a qual a genética pode ser a chave explicativa para, senão todas as abordagens normativas do que deve ser um comportamento normal ou patológico, a sua grande maioria. Por outro lado, evitaremos substituí-las unicamente pela noção de interesses psiquiátricos/farmacêuticos e alianças midiáticas. De acordo com Zorzaneli e Cruz (2018), essas duas abordagens, ao mesmo tempo que se excluem mutuamente, possibilitam a construção do objeto sociológico a ser estudado. Ao reconstruirmos a noção de medicalização em torno da concepção de que existe uma conexão - a ser determinada - entre os interesses psiquiátricos/farmacêuticos e a construção histórica dos discursos sobre a patologização e psiquiatrização da vida - que se transmitem por via do jornalismo - é que poderemos evidenciar e explorar a contradição ao fundamento do enigma. O objeto que pretendemos construir não corresponde nem à concepção da medicalização como uma solução dada pelas descobertas da biomedicina aos desequilíbrios neuronais¹⁹, nem à medicalização como fenômeno relacionado apenas a interesses psiquiátricos e farmacêuticos, mas antes, como essa trama de dispositivos possibilita a circulação dos discursos científicos e jornalísticos entre os agentes. Em outras palavras, tendo tornado enigmática a atuação do fenômeno da medicalização da vida, fomos levados a construir esse novo objeto que busca compreender a relação de toda essa trama de dispositivos - orientados pelo caráter médico da psiquiatria - que foram se construindo historicamente a partir dos avanços da biomedicina e se entrelaçando aos interesses mercadológicos. Este objeto novo nos autoriza a superar a naturalização do fenômeno e

¹⁹ Muitas das descobertas e soluções apresentadas pela biomedicina em relação aos comportamentos considerados patológicos tentam realizar uma verdadeira genetização da subjetividade humana. A vertente biologizante e fisicalista tende a explicar e deduzir as patologias a partir de uma herança da constituição biológica e, com isso, intervir farmacologicamente numa tentativa de restituir e reequilibrar o que é dado como desequilíbrio.

compreender a transmissão desses discursos por via do jornalismo e sua chegada ao campo senso comum. Como o campo do jornalismo atua diante desse fenômeno? Os jornalistas apenas traduzem a linguagem médica em suas matérias e publicações para o público, ou adotam uma postura crítica e questionadora frente ao avanço da medicalização e do aumento da prescrição e consumo dos psicofármacos?

Dessa maneira, nossa discussão se posiciona de forma crítica em relação àquelas duas abordagens, superando-as. Procuraremos compreender os discursos num conjunto complexo de diagramas de dispositivos. Dispositivos, estes, que permitem a circulação dos discursos científicos e jornalísticos e mercadológicos entre os agentes. O deslocamento em relação a essas duas formas de abordagens é o que Paugam chama de “construção do objeto”. E um dos pontos essenciais neste deslocamento é que ele permite a apreensão destas abordagens em um mesmo plano analítico, possibilitando o surgimento de “uma explicação sociológica homogênea da diferença observada” (PAUGAM, 2015, p. 43), pois se existem diferenças podemos pensar em origens comuns a partir das práticas sociais das produções discursivas.

Muitas são as explicações oferecidas a respeito da “necessidade de medicalizar” comportamentos, emoções e reações que não estão alinhados com as representações e normas ditadas pela sociedade com referência ao que é saudável ou patológico. O fato é que tem havido um crescimento avassalador de pessoas sendo diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental. Se, por um lado, temos a ligeira sensação de segurança a partir da incorporação do discurso médico e de suas práticas em nossa rotina de vida, por outro, vivemos uma enorme insegurança frente às descobertas científicas que, de uma hora pra outra, passam a considerar anormal, patológico ou nocivo o que era tido como normal ou saudável. Afetos inerentes à existência, como angústia, medo, tristeza, solidão, raiva, sofrem uma mudança valorativa e se transformam em doenças. Por que isso tem acontecido? Será que esses transtornos sempre existiram, mas não havíamos descoberto? Será mesmo que, graças aos avanços científicos, a psiquiatria está desenvolvendo diagnósticos mais precisos e confiáveis? Ou, por outro lado, com a ampliação dos critérios diagnósticos, quase todos se descobriram padecendo de algum transtorno? Em relação aos psicofármacos, não era de se esperar que com sua utilização as pessoas diagnosticadas fossem curadas?

Segundo o discurso do senso comum, perguntas iguais a essas têm respostas positivas, no sentido de que, sim, os avanços científicos nos possibilitaram um diagnóstico mais preciso, que no passado esses transtornos não eram diagnosticados por falta de conhecimento, ou que a maioria dos transtornos mentais é de origem essencialmente biológica, por isso a prescrição medicamentosa é essencial. No campo da infância, crianças que apresentam desatenção,

agitação (hiperatividade), irritação e impulsividade podem sofrer de transtornos neurobiológicos, de causas genéticas, que caso não sejam tratados adequadamente, o acompanharão por toda a vida. Essas e outras afirmações e descobertas a respeito dos transtornos mentais são consideradas como fruto dos progressos do espírito científico que caminha em direção ao completo domínio do conhecimento sobre a mente humana.

Partindo das análises de Michel Foucault, Georges Canguilhem, Robert Castel, Peter Conrad e Joseph Schneider, Nicholas Rose, Allen Frances, Sandra Caponi, Robert Whitaker e outros; nossa proposta, portanto, é a de investigar as origens desse discurso neurobiológico e suas fundamentações que se enveredaram para o campo jornalístico, chegando ao senso comum, ou seja, se materializando no discurso aceito e perpassado pela sociedade cotidianamente. Buscamos compreender as dimensões do nosso objeto desde suas construções no campo científico, até sua chegada ao senso comum. Temos como tarefa o próprio questionamento da noção de medicalização de comportamentos patológicos pertencentes às três dimensões discursivas, e o raciocínio em termos binários, que consiste em opor as características dos comportamentos tidos como adequados/aceitáveis às do resto da sociedade, ou seja, que insiste em delimitar os polos saúde e doença – normal e patológico, não passa de um equívoco. Como nos mostrou Derrida (1982), a definição de uma fronteira de normalidade, por mais elaborada e precisa que seja, é sempre arbitrária.²⁰

Nosso desafio passa pelo descontentamento para com as definições (oriundas das três dimensões discursivas) apresentadas cotidianamente através das mídias sobre os comportamentos patológicos, e a necessidade de intervenção e restituição via medicação. Sabemos que o deslocamento discursivo do campo científico para o campo jornalístico exige uma readequação linguística para melhor compreensão do público. Essa tradução marca a entrada na ordem do discurso da qual tratava Foucault (2014) a respeito dos procedimentos que permitem o controle do discurso, o qual abordaremos mais adiante. Ao longo de todo nosso trabalho, os artigos e materiais selecionados das três dimensões discursivas serão analisados à luz de nossa revisão bibliográfica em conformidade com os nossos objetivos de pesquisa.

²⁰ Segundo Derrida, as hierarquias binárias são sempre violentas envoltas em laços de poder e autoridade, e o Ocidente se encontraria extremamente alicerçado nesse modo metafísico de pensar o mundo. As oposições binárias são hierárquicas, porquê, um de seus polos sempre representa algum princípio ideal – ou presença, como Derrida denomina, enquanto o outro identifica um complemento ou algo inferior e subordinado. Além disso, as regras binárias “de presença” contêm em si mesmas a possibilidade de eliminação/exclusão, ou seja, contêm pontos cegos ou aporias (MIOTTO, 2019). Para Derrida, esta prática, longe de estar ultrapassada, encontra-se no cerne do pensamento classificatório e hierarquizante ocidental. Tentar eliminar as oposições binárias não seria tarefa fácil, mas sempre haveria a possibilidade de entrever o rastro do que foi silenciado ou transformado em outro (DERRIDA, 1982; 1990)

2.3 AS TRÊS DIMENSÕES DISCURSIVAS: CIENTÍFICO-MÉDICO, JORNALISMO E SENSO-COMUM

Para Foucault (2014), o discurso, entendido como uma rede de signos que se relaciona a outras tantas redes de outros discursos, organiza e reproduz os valores, as crenças, os hábitos e as ideias sociais que buscam incessantemente sua perpetuação. Portanto, longe de ser uma sequência lógica de vocábulos e sentenças que almejam um significado em si mesmo, o discurso prescinde de uma representação de sentidos pelo que se quer transmitir e passa a ser, ele mesmo, o objeto de desejo que se busca, imiscuído de poder de reprodução e dominação.

[...] visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar (FOUCAULT, 2014, p. 10).

Segundo Machado (2017), a crítica que Foucault dirige à ordem do discurso recai sobre os meios que buscam controlar aquilo que é produzido, por quem é produzido e suas maneiras de distribuição discursivas. O autor aponta diferenças capitais entre aquilo que pode ser verdade – que ele chama de “possibilidade de verdade”, e aquilo que é aceito como verdadeiro em determinada sociedade ou grupo social, ou seja, a verdade oficial, aquela que não abala o cenário vigente. Para além disso, o discurso carrega incongruências entre aquilo que ele afirma representar e o que está fora dele, ou seja, os objetos e conceitos portadores de “possibilidade de verdade”. A conexão que o discurso inaugura com os signos de outros discursos, nos passa a impressão de sequência ou série²¹. Temos a impressão de evolução ou aprofundamento desses discursos, quando o que acontece é que determinadas proposições transformaram a verdade em “verdade oficial”, validada. Sendo o discurso um encadeamento de significantes em si mesmo com os signos de outros discursos, seu foco se dirige para o significante e não para o significado. Para o nosso trabalho, podemos extrair alguns pontos essenciais da perspectiva proposta por Foucault (2014, p. 48) em sua análise de discurso, como “questionar nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender, enfim, a soberania do

²¹ Segundo Foucault (2014), o discurso se produz através de acontecimentos aleatórios, ainda que contextualizados. Nele, não há continuidade, nem mesmo uma série que hipoteticamente engendre uma rede de significados. O fundamento do discurso se constitui pela impermanência e não pela produção regular. Dessa forma, Foucault exclui a possibilidade de núcleos de significados nos discursos, e afirma que o que existe é a possibilidade de verdade na complexa rede de significantes.

significante”. Essas tarefas acarretam determinadas exigências de método, nas quais nos apoiaremos.

Como método de análise do discurso, Foucault primeiramente propõe o princípio de inversão. Uma vez que o discurso se produz por eventos aleatórios, não existindo uma fonte fundante, um autor-primevo, é necessário inverter o significado proposto de um texto/discurso, negando-o e evidenciando seus significantes a fim de descobrir as estratégias de rarefação, principalmente a dos comentários e as falsas universalizações:

[...] lá onde, segundo a tradição, cremos reconhecer a fonte dos discursos, o princípio de sua expansão e de sua continuidade, nessas figuras que parecem desempenhar um papel positivo como a do autor, da disciplina, da vontade de verdade, é preciso reconhecer, ao contrário, o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso (FOUCAULT, 2014, p. 49).

O segundo princípio do método de análise de Foucault, é o princípio de descontinuidade. Uma vez evidenciados os sistemas de rarefação, identifica-se a descontinuidade de verdade evolutiva dos discursos, ou seja, a ausência de uma rede de significados. Segundo Machado (2017), após a constatação da rarefação, não se deve esperar encontrar um grande discurso ilimitado e contínuo que tenha sido reprimido e recalçado²² pelos sistemas de rarefação. Ao contrário, “os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem” (FOUCAULT, 2014, p. 50).

O terceiro princípio a compor a análise do discurso seria o de especificidade. Um discurso enunciado por um porta-voz reconhecido legitimamente não converte os significados apresentados em verdades absolutas e universais. Os discursos que carregam possibilidades de verdade, não podem ser aceitos de imediato como cúmplices de nossos conhecimentos, simplesmente por nossa vontade de verdade:

Não transformar o discurso em um jogo de significações prévias; não imaginar que o mundo nos apresenta uma face legível que teríamos de decifrar apenas; ele não é cúmplice de nosso conhecimento; não há providência pré-discursiva que o disponha a nosso favor. Deve-se conceber o discurso como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo o caso; e é nesta prática que os

²² Michel Foucault tinha a Psicologia como uma de suas formações acadêmicas. Conhecedor da psicanálise, Foucault mobilizou diversos argumentos críticos contra ela apontando sua relação direta com o poder. No entanto, Foucault se utiliza de alguns conceitos e princípios norteadores da psicanálise, ainda que de forma crítica. Especificamente nesse ponto de sua análise, Foucault traz um conceito fundamental da metapsicologia freudiana. O recalçamento aventado por Freud, seria um dos pilares fundamentais onde descansa o edifício da psicanálise. Garcia-Roza (1995) define o recalçamento freudiano como um processo interno ao sujeito, mas que é decorrente da censura e da lei enquanto algo externo a ele. O recalque seria o principal operador da diferenciação entre o sistema inconsciente e o pré-consciente/consciente. Freud trabalha com a hipótese de que o consciente seria a instância responsável por interditar determinados conteúdos que se encontram no inconsciente. Para Machado (2017), a essência do discurso para Foucault comportaria essa natureza caótica e descontínua, própria dos conteúdos inconscientes após serem recalçados.

acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade (FOUCAULT, 2014, p. 50)

Ou seja, o pano de fundo do discurso verdadeiro é justamente o desejo e o poder. Nessa perspectiva, qualquer forma de conhecimento ou supostas descobertas só passam a ter validade como discurso verdadeiro segundo o reconhecimento da comunidade científica, já que esta tem legitimidade para determinar discursivamente o que pode ou não ser considerado verdadeiro.

Por fim, a quarta noção de princípio regulador apresentada por Foucault e que nos orientará na nossa análise é o da exterioridade. Deve-se demarcar as fronteiras do próprio discurso, buscando nesse espaço a compreensão da rede de significantes determinada exteriormente e sobreposta no discurso analisado:

Não passar do discurso para seu núcleo interior e escondido, para o âmago de um pensamento ou de uma significação que se manifestariam nele; mas, a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às suas condições externas de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras (FOUCAULT, 2014, p. 50).

2.3.1 Científico-médico

A primeira dimensão discursiva a ser analisada será o campo científico-médico. Escolhemos como representante desse campo discursivo a revista científica *American Journal of Psychiatry*, por ser uma publicação mensal (online) de grande alcance, principalmente entre os psiquiatras e médicos de diversas modalidades.

Segundo o próprio site, o *American Journal of Psychiatry* foi eleito um dos 100 periódicos mais influentes em Biologia e Medicina nos últimos 100 anos pela Divisão de Biomedicina e Ciências da Vida da *The Special Libraries Association*.²³ Suas publicações mensais têm como público alvo os psiquiatras e outros profissionais da saúde mental, e um dos seus maiores objetivos é o de trazer as pesquisas mais recentes para o campo da saúde com publicações a respeito de novas descobertas e avanços no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais.

O *American Journal of Psychiatry* é uma publicação da *American Psychiatric Association Publishing* (APA Publishing), que é a principal editora mundial de livros, periódicos e multimídia sobre psiquiatria, saúde mental e ciências comportamentais. A *APA Publishing* foi fundada em 1981 como uma editora de serviços completos, incluindo uma equipe

²³ Com sede em Alexandria, Virgínia, EUA, a *Special Libraries Association* é uma associação profissional internacional para profissionais de bibliotecas e informações que trabalham em organizações e instituições empresariais, governamentais, jurídicas, financeiras, sem fins lucrativos e acadêmicas. Foi fundada em 1909 pelo diretor americano de bibliotecas e museus, John Cotton Dana.

de especialistas em editoria, produção, marketing e negócios dedicados à publicação no campo da psiquiatria e da saúde mental. Uma de suas missões é atuar como distribuidora de publicações e publicar livros e periódicos independentes das políticas e procedimentos da Associação Americana de Psiquiatria. Suas publicações passam por rigoroso processo de avaliação. No momento da submissão de artigos, os autores devem verificar se atendem às seguintes opções²⁴:

1. Se o artigo deriva de uma pesquisa financiada pelos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) e está, portanto, sujeito à política revisada do NIH para melhorar o acesso Público às publicações arquivadas resultantes da pesquisa financiada pelo NIH (Política de Acesso Público). Marcar essa opção significa que, se o manuscrito for aceito para publicação, a *American Psychiatric Association Publishing* está autorizada a enviar, em nome do autor, o manuscrito aceito para o Sistema de Submissão de Manuscritos de Saúde (NIHMS);
2. Se o artigo deriva de pesquisa não financiada pelo NIH, mas o financiador estipula que o periódico deve permitir o depósito do manuscrito aceito (a versão incorporando todas as modificações do processo de revisão por pares, mas antes de edição de texto, design gráfico, formatação e outros trabalhos para produzir o final) em outros repositórios sem restrições de reutilização e dentro de um período definido. Marcar essa opção significa que, se o manuscrito for aceito para publicação, o autor é responsável pelo auto arquivamento do manuscrito aceito em um repositório especificado pelo financiador para visualização pública após um período de embargo mutuamente acordado por todas as partes (um espaço é fornecido para indicar agência de financiamento específica);
3. Ou se não há estipulações sobre o acesso público ao artigo. Ao marcar esta opção, 12 meses após a publicação, o texto integral da versão oficial do artigo estará disponível gratuitamente ao público no site da revista.

O *American Journal of Psychiatry* aborda temas relacionados à saúde mental desde a gestação até a terceira idade. Acreditamos que a escolha desse veículo poderá representar satisfatoriamente a dimensão discursiva do campo científico e médico. Os textos serão interpretados à luz dos preceitos foucaultianos da análise do discurso.

Portanto, acreditamos que a *American Journal of Psychiatry* representa a vontade de verdade, o discurso verdadeiro de acordo com a perspectiva foucaultiana. Em toda sociedade,

²⁴ Informações para submissão de artigos retiradas do site da revista:
< https://ajp.psychiatryonline.org/ajp_ifora#02>

dizia Foucault, existe o controle, a seleção, e a organização da produção discursiva. Sendo o discurso portador de materialidade e passível de construção, esses procedimentos teriam por função conjurar seus poderes e perigos, dominando o aleatório, ou seja, controla-lo. Porém, para que haja a efetivação do controle da produção discursiva, é necessário a instituição de uma “sociedade do discurso”²⁵, pois não existe a possibilidade de entrada na ordem do discurso sem atender certas condições ou sem a qualificação necessária para tal. O discurso de verdade veiculado pela dimensão científica que se encontra representado na *American Journal of Psychiatry*, funciona dentro do que Foucault chamava de sociedade de discurso, não aos moldes das sociedades arcaicas, porém:

[...] existem ainda muitas outras que funcionam de outra maneira, conforme outro regime de exclusividade e de divulgação: lembremos o segredo técnico ou científico, as formas de difusão e de circulação do discurso médico, os que se apropriam do discurso econômico e político (FOUCAULT, 2014, p. 39).

Aqui, nosso primeiro objetivo com a análise da *American Journal of Psychiatry* será o de investigar a presença de elementos da teoria psiquiátrica da degeneração do século XIX na construção de categorias diagnósticas na atualidade que se encontram imiscuídas em suas publicações. Analisaremos o desenvolvimento de estratégias que medicalizam os contextos sociais dentro do paradigma científico a partir das investigações de Michel Foucault sobre a perpetuação dos postulados localizacionistas e deterministas que caracterizaram a psiquiatria biológica de 1830, consolidando-se no início do século XX, com Emil Kraepelin, considerado até hoje como o pai da psiquiatria moderna (CAPONI, 2011). Posteriormente investigaremos o distanciamento da psiquiatria das bases psicanalíticas para um modelo cada vez mais biologizante.

Nosso segundo objetivo será o de encontrar a prescrição de práticas, valores e justificativas apregoadas pelos peritos do corpo que se desdobram para o discurso jornalístico e terminam no discurso do senso comum no que se referem: a produção de novos comportamentos, maneiras de pensar sobre si e sobre o mundo, a retórica da autoajuda, a introdução de novas ferramentas para a elaboração de imagens de si mesmo (muitas vezes de acordo com padrões de normalidade/doença); regulação do horário de atividades cotidianas tais como a alimentação, o sono ou a prática de exercícios físicos de cada um; orientações de como identificar e driblar os transtornos mentais na infância, ou até as maneiras mais adequadas para

²⁵ Uma das funções das sociedades de discurso seria a de conservar ou produzir discursos, permitindo sua circulação em lugares fechados; circunscrevendo sua distribuição mediante certas regras (FOUCAULT, 2014).

se conviver com eles.

A dimensão discursiva do campo científico tem sua faceta biopolítica, pois se articula ao jogo de saber e poder, no qual se sobressai aquele que sabe mais. Por outro lado, uma vez articulada ao Estado, a ciência chega ainda mais perto do biopoder. Como nos mostra Foucault (1979), o Estado intervém no saber eliminando ou desqualificando pequenos saberes, normalizando-os entre si e ajustando-os uns aos outros, além disso, ele produz uma classificação hierárquica entre esses saberes, criando saberes subordinados ou menores. Essas intervenções, afirma Foucault, se encontram no desenvolvimento do saber tecnológico do século XVIII, e na normalização, na classificação e na centralização do saber médico desse período que ele denominou de século do disciplinamento dos saberes. Para Foucault não há neutralidade no saber, uma vez que todo saber é político, já que se origina em relações de poder. Bertolini (2018) diz que saber e poder se implicam mutuamente, o que coloca nosso tempo sob o domínio do perito.

2.3.1.1 Jornalismo

Nossa segunda dimensão discursiva será o campo do jornalismo. A partir da ativação de uma ferramenta no buscador *Google*, somos alertados toda vez que publicações contendo as palavras-chave²⁶ que escolhemos são mencionadas. Diariamente, cerca de 3 ou 4 vezes recebemos um alerta do buscador avisando da publicação de alguma matéria nas diversas mídias hospedadas na plataforma *Google*, como “A Gazeta”, “A Tribuna”, “Crescer”, “UOL”, “Correio do Brasil”, “Estadão”, “Nova Escola”, “O Globo”, “Gshow.globo”, “Folha de São Paulo”, “Diário de Goiás”, entre outras. Os conteúdos noticiosos perpassam por descrições dos transtornos e maneiras de identifica-los; sintomas e tratamentos; novas descobertas e novos tratamentos e, fato muito presente em quase todas as publicações, uma certa dose de esperança de que num futuro próximo a ciência descobrirá, enfim, as verdadeiras causas biológicas, sua localização exata e os medicamentos e tratamentos infalíveis.

Segundo Bertolini (2018), no encontro com a mídia, o biopoder se potencializa e leva técnicas do fazer viver ao grande público. A mídia realiza esse trabalho quando traduz e coloca em circulação o saber médico. Esse encontro atua na vida de toda a população na medida em que implanta ideários de saúde e cuidado de si, estabelece normas corporais e comportamentais,

²⁶ As palavras-chave que escolhemos foram: TDAH, DSM, transtorno mental, infância e TDAH, e respectivamente na língua inglesa: ADHA, DSM, mental disorder, childhood and ADHD.

lança mão das estatísticas (ao calcular os riscos de desenvolvimento e/ou agravamento dos transtornos mentais).

A escolha da mídia tradicional - representada nas publicações dos boletins, jornais e noticiários televisivos – se deu mediante a compreensão de que é através dela que o discurso científico alcança o público comum. As notícias são acessíveis diretamente na plataforma do *Google*, dessa forma, com uma busca, diversas páginas e abas de notícias levam ao conteúdo escolhido. As divulgações do jornalismo científico de saúde podem ser analisadas como um esforço de produzir inteligibilidade ao público através da transmissão de informações. No entanto, esta seara temática não está imune de problemas. Como afirmava Park (2008, p. 58), a notícia trata de eventos e não de coisas, e ela “não é conhecimento sistemático como aquele das ciências físicas”. Nesse sentido, um dos primeiros problemas que encontramos está no processo de tradução do discurso científico para o discurso jornalístico. Diferentemente do jornalismo, o campo médico trabalha com a produção de conhecimento científico, portanto, transcrever ou traduzir o discurso científico para o campo do jornalismo, implica certas distorções do texto original. Contudo, difundir preceitos e premissas científicas num linguajar simplificado é um dos papéis da mídia. Essa adesão à didática visa justamente a compreensão dos conteúdos por parte do público não familiarizado com o tema em questão: como mostra Charaudeau (2013), quanto mais detalhada e precisa for a informação, menos ela será comunicável fora do campo de inteligibilidade que a produziu. Portanto a tradução do discurso científico para o discurso jornalístico, para além dos interesses de uma melhor compreensão por parte do público, dissimula suas estratégias discursivas de interesse na disseminação de informações fáceis de serem absorvidas, como produtos para serem consumidos.

Outro ponto que é preciso levar em consideração diz respeito às questões econômicas. Longe de ser tomada como instrumento neutro de democratização de conhecimento, a informação noticiosa sobre saúde mental encontra-se num emaranhado de problemas concernentes à concorrência de mercado, especialmente entre os laboratórios farmacêuticos.

A mídia tem um peso considerável quanto à divulgação de notícias a respeito dos transtornos mentais. Podemos afirmar que as estratégias de marketing sobre a saúde mental funcionam como válvulas propulsoras para o processo de medicalização. Muitos trabalhos, como as pesquisas desenvolvidas por Marcia Angell, Allen Frances, Robert Whitaker e Peter Conrad já denunciaram largamente a aliança do marketing com as indústrias farmacêuticas e com a própria psiquiatria, assim como o conflito de interesses envolvendo os laboratórios e a produção científica. Compreendemos que a dimensão do campo jornalístico cria as condições

de possibilidade discursivas para a formulação da opinião pública sobre a saúde mental e suas formas de tratar/lidar com os transtornos mentais.

Outro aspecto a ser analisado nas publicações jornalísticas se refere ao tom prescritivo que a mídia parece arrogar-se no tocante à condução das condutas de seus possíveis leitores. Percebemos que a mídia tem sido um instrumento ativo na construção de modelos ou tipos ideais de comportamento através de informações científicas sobre saúde e auto cuidado. Partindo de uma espécie de ideário comportamental, a mídia passou a “prescrever” ações com vistas a determinados fins a serem alcançados. A construção desse “comportamento responsável” ofusca a retórica psiquiátrica, enviesando as noções de auto cuidado, ou cuidado de si para o campo das soluções médicas, que coloca sobre os sujeitos o cuidado para com a sua saúde.

Esse redirecionamento discursivo da mídia nos sugeriu uma grade de análise que contemplasse as relações de poder próprias da racionalidade de condução de condutas tratada por Foucault (2008) em seu conceito de governamentalidade. Segundo Foucault, podemos entender a condução de condutas como mais um jogo estratégico que rege as relações humanas de forma geral (um governo que governa/guia as condutas). Seria uma espécie de tentativa de ingerência no campo de ações de outrem. Para que esse tipo de governo funcione, ele necessita de uma racionalidade e de um conjunto de práticas que tem como propósito o controle das ações e a definição dos meios e fins para o alcance de determinados objetivos entre sujeitos livres. Em outras palavras, ele combina técnicas de dominação e técnicas de si numa tentativa de estruturação do campo de ação entre sujeitos livres.

Para nossa análise em questão, a governamentalidade será analisada no tom prescritivo de ações e condutas de si contido nos textos midiáticos. Os textos midiáticos precisam seguir determinadas normas, como linguagem simplificada, conteúdo claro e explicativo. Na dimensão jornalística, a estruturação da condução de condutas seguirá certos padrões discursivos próprios da racionalidade desse campo.

2.3.1.2 Senso-Comum

A terceira dimensão discursiva, que estamos chamando de senso-comum, será representada pelas redes sociais virtuais, especificamente pelos grupos do *Facebook*, plataforma fundada em 2004. A escolha dessa plataforma se deu não apenas por ela ser a rede social mais popular do país, mas, segundo Raquel Recuero (2009), por ser um dos sistemas com maior base de usuários do mundo. Nesse espaço, optamos por realizar uma etnografia virtual.

Angrosino (2009) ressalta a importância em lembrar que o objeto da Etnografia é o coletivo, e não o indivíduo. Dessa maneira, seus estudos se concentram nos grupos organizados, duradouros, chamados de comunidades ou sociedades e seu modo de organização. A Etnografia surgiu na passagem do século XIX para o XX, a fim de estudar grupos humanos *in loco*. Ao longo do tempo, a forma e as condições de coleta dos dados bem como a maneira de pesquisar os grupos humanos, foi mudando (SILVA, 2000). Segundo Angrosino (2009), foi somente na década de 1920, que sociólogos da Universidade de Chicago adaptaram os métodos de pesquisa etnográfica de campo dos antropólogos ao estudo de grupos sociais em comunidades modernas nos Estados Unidos. Nesse percurso, diz o autor, o método etnográfico se espalhou pelas disciplinas, associando-se a diversas orientações teóricas. Com as mudanças tecnológicas, o trabalho etnográfico adotou outras formas de capturar e reordenar a realidade. Comunidades que viviam com grande ou médio grau de isolamento foram atraídas para outras formas de relacionamento, sem fronteiras geográficas e interdependentes. Como atesta Bauman (2003), o entendimento comunitário foi profundamente modificado através do advento da informática. O fluxo de informações tornou-se independente de seus porta-vozes e a fronteira entre o que está dentro e o que está fora não pode mais ser mantida.

A noção de comunidade, bem como a de identidade não mais se assentam em solo fixo, delimitadas por fronteiras geográficas ou marcadores temporais. Dessa maneira, Angrosino (2009) nos diz que os pesquisadores não necessitam fazer suas coletas de dados presencialmente, mas “podem se libertar do lugar por meio da Internet”. A Etnografia pode, então, ser realizada *on-line*, incorporando o ciberespaço como lócus de pesquisa.

De acordo com Lévy (1996), as modalidades de virtualização trazem pontos significativos para a existência, que se verificam em processos que o autor denomina de desterritorialização e de virtualização do corpo, da economia, dos textos, possibilitando novas constituições dos sujeitos e dos objetos. Para Johnson (2001), conforme o corpo se virtualiza e se lança na esfera virtual, ele não se separa de suas impressões e concepções de mundo particulares, nem de suas sociabilidades ou bagagem cultural ou redes de pertencimento, mas os leva consigo e coloniza esse ambiente, antes habitado por códigos de dados e protocolos informacionais.

A proliferação da comunicação e das relações sociais acontecendo em grande parte na esfera virtual, fez emergir a necessidade de novas ferramentas e metodologias de pesquisa compatíveis em atender essas demandas. Dessa maneira, a etnografia virtual não é uma simples transposição de metodologia, mas uma aplicação da etnografia no ambiente virtual, num percurso que se dá do campo para a internet. A etnografia clássica pressupõe um campo de

análise fixo, implica na questão de território real onde se dá a inserção do pesquisador e a realização de suas investigações e observações. Na etnografia virtual, a proximidade e o território físico conferem lugar para uma conexão através de um computador ou smartphone. Essa transformação dos campos, do físico para o virtual não descarta a magnitude da observação, ainda que a desterritorialização da esfera virtual confira um redirecionamento à observação participante. Aqui, a observação recairá sobre o comportamento online dos membros do grupo, as interações através dos fóruns, comentários e postagens (MONTARDO e PASSERINO, 2006).

Para atuar como pesquisadora nas redes sociais em grupos do Facebook, a etnografia virtual foi nossa “metodologia de entrada em campo”. Segundo Angrosino (2009), onde quer que haja pessoas interagindo em cenários coletivos, mesmo que não seja no espaço geográfico tradicional, a pesquisa etnográfica pode ser realizada.

Apesar de ter sido desenvolvida como uma maneira de estudar sociedades de pequena escala, tradicionais e iletradas e de reconstruir suas tradições culturais, a etnografia é praticada hoje em todos os tipos de condições sociais (ANGROSINO, 2009, p. 31).

A primeira etapa da análise da dimensão discursiva do senso-comum se deu a partir de uma busca exploratória pelas páginas e grupos²⁷ do *Facebook* utilizando palavras-chave como TDAH, depressão na infância e transtorno mental e transtornos na infância. Nos deparamos com mais de 10 páginas e quase 20 grupos que faziam menção às palavras selecionadas. Num segundo momento solicitamos a permissão para entrarmos nos grupos e, assim, poderemos acompanhar as discussões. Essa etapa foi muito importante, pois nos permitiu permanecer somente nos grupos que atendiam aos interesses de nossas investigações. Dos grupos e páginas existentes, optamos por participar de do grupo “Mães e pais de crianças TDAH” (com 44 mil membros até 2019). O motivo dessa escolha se deve a frequência de postagens, discussões e maior número de participantes. Também passamos a seguir o site e a página no *Facebook* da ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção)²⁸ por ter grande repercussão entre o público – o site tem mais de 200.000 acessos/mensais e a página possui 255.250 mil seguidores até 2019, além de ser largamente citada na grande mídia e, até mesmo, em publicações

²⁷ Existem algumas diferenças entre páginas e grupos dentro da rede social *Facebook*. Os grupos são formados por participantes que não necessariamente precisam ser amigos ou conhecidos, e são voltados para debates e discussões de determinados temas. As páginas são criadas para atender a interesses de empresas e instituições, publicidade ou por figuras públicas.

²⁸ ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção criada em 1999 por pacientes diagnosticados com TDAH. A associação declara em seu site que não tem fins lucrativos e seus objetivos são disseminar informações sobre o TDAH. Maiores informações acessar: <<http://www.tdah.org.br/>>.

científicas. Nos chamou a atenção o fato dessa página apresentar imagens e textos curtos, típicos do modo de comunicação virtual que visa facilitar a comunicação e a compreensão por meio do receptor. De acordo com Angrosino (2009), nas redes sociais virtuais, a comunicação acontece quase que exclusivamente pela palavra escrita ou através de imagens escolhidas manualmente.

A técnica escolhida para coleta de dados foi a de observação não participante ou não intrusiva – quando os informantes não sabem que estão sendo observados. Angrosino (2009, p. 74) diz que “no papel de observador invisível, o etnógrafo fica tão separado quanto possível do cenário em estudo. Os observadores não são vistos nem notados”. Portanto, acompanhamos as discussões e postagens diariamente apenas como uma observadora invisível, sem comentar ou participar das discussões. Mesmo sendo grupos grandes, com muitos membros e situados numa rede social, optou-se por preservar a identidade dos participantes e não divulgar nenhum nome (mãe, pai, criança ou qualquer outro). Os dados coletados se materializam nas postagens, conversações e comentários analisados na pesquisa.

3 O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Debruçar-se sobre um conceito complexo como o de medicalização implica a realização uma análise extensa, concomitantemente interdisciplinar e sociológica, que tenha a capacidade de entrecruzar conceitos e discursos de outros campos. Em última instância, uma análise que contemple a inserção da medicalização numa rede de relações complexas que envolve a medicina e diversas esferas institucionais. Sabemos que nossa análise não irá esgotar o tema, tampouco compreender sua totalidade.

Este capítulo trata do conceito de medicalização em Sociologia e a questão da normalidade com as ciências físicas, os fundamentos teóricos do fenômeno da medicalização derivados do conceito de degeneração e, posteriormente, sua inscrição na infância numa perspectiva foucaultiana. Analisamos alguns dos pontos que consideramos mais relevantes a respeito do DSM e as tentativas de enquadramento da subjetividade em categorias psiquiátricas. A partir de uma investigação história sobre este conceito (ZORZANELLI; ORTEGA; JUNIOR, 2014), analisamos seus desdobramentos teóricos a partir dos trabalhos de Talcot Parsons (1951), Eliot Freidson (1978), Thomas Szasz (1961, 1971), Irving Kenneth Zola (1972), Ivan Illich (1976), Peter Conrad e Joseph W. Schneider (1992) e Michel Foucault. As dimensões do discurso científico - médico e jornalístico foram analisadas paralelamente a análise teórica deste capítulo.

3.1 MEDICALIZAÇÃO E NORMALIDADE: UMA RELAÇÃO COM AS CIÊNCIAS FÍSICAS

De acordo com o dicionário de sociologia (2010)²⁹, conceitos servem para representar, classificar e descrever, na esfera mental e linguística, um objeto concreto ou abstrato. Conceitos vão além das palavras, pretendendo a significação e interpretação das observações e experiências. De maneira simplória, um conceito funciona como um enquadramento das características comuns de uma classe de seres, objetos ou entidades abstratas, estabelecendo sua natureza e significado. São elaborados, desconstruídos e reconstruídos conforme o momento histórico, político e cultural. Dessa maneira, na tentativa de explicar a crescente incorporação de problemas ‘não médicos’ ao campo da medicina, criou-se um conceito e deu-se a ele um nome: medicalização. Comumente, falamos de medicalização como um processo -

²⁹ Acessar: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/praxis/482>>

o que denota sua natureza histórica, já que processo é algo que atravessa o tempo, comporta idas e vindas, construções e reconstruções.

A medicalização não corresponde apenas a mecanismos médicos de controle das epidemias, mas relaciona-se a questões sociopolíticas, históricas e culturais mais amplas e com raízes mais profundas. A distinção entre normalidade e patologia não se circunscreve somente ao saber médico, mas abrange a organização da sociedade. Nesse sentido, a definição do normal e do patológico não reside nas ciências naturais – normal ou normalidade não é um dado natural e irrefutável; mas é corolário de discursos e práticas sociais. O conceito de medicalização está implicitamente relacionado à questão da normalidade. Desde o nascimento da sociologia como disciplina científica, essa questão ocupou uma posição central no campo investigativo. As pesquisas a respeito desses conceitos intercambiáveis – normalidade e patologia – já se encontram entre seus fundadores, como Auguste Comte (1798-1857) e Émile Durkheim (1858-1917).

Etimologicamente, normal provém da palavra latina *normalis*, significando regra, norma. Em geometria, determina uma reta perpendicular a uma superfície ou curva - aquilo que não se desvia, além de se referir ao instrumento conhecido como esquadro. No léxico comum, se refere àquilo que é habitual e se encontra presente na maior parte dos casos, constituindo a média mensurável. No campo científico médico-psicológico, o normal se distingue do patológico, assim como a saúde da doença.

De acordo com Canguilhem (2009), a palavra normal manteve o significado corrente da geometria até a década de 1820, quando Auguste Comte efetuou a primeira mudança semântica, trazendo-lhe uma conotação médica. Comte acreditava que o conhecimento das leis relativas ao estado normal do organismo possibilitaria o estudo da patologia comparada; em outras palavras, o conhecimento do normal poderia definir o patológico. Para Lacerda (2009), a maneira como conhecemos e utilizamos o adjetivo “normal” deriva da intersecção dos saberes sociológico e médico. A junção desses dois saberes e a consequente transformação epistemológica do conceito de norma possibilitaram a construção da ideia de que a norma configura uma média estatística e que o organismo é responsivo de suas variações através de doenças.

O percurso que possibilitou o alcance e os limites dessas ideias é analisado por Canguilhem (2009) nas obras de Comte, Claude Bernard e René Leriche. Segundo Safatle (2011), na tentativa de desnudar o nascimento das premissas que afirmavam ser o estado patológico apenas uma variação quantitativa do estado normal, Canguilhem investiga o alvorecer das ciências do século XIX. Iniciando com Comte, o autor retoma suas ideias por

considerar a significativa influência que estas exerceram sobre os meios médicos, a filosofia, a literatura e as ciências no século XIX, principalmente na área da psicologia, e nos mostra a influência que o positivismo teve tanto na construção de uma visão organicista da sociedade e seus fenômenos, como no próprio processo que generalizou a ideia de normalidade como ideal.

O suporte conceitual sobre o qual Comte se apoiou para elaborar os postulados que influenciaram as ciências de modo geral foi o princípio de Broussais³⁰ *De l'irritation et de la folie*. O mentor do positivismo determinou esse princípio como axioma geral e o adotou para seu próprio uso. Dessa maneira, o positivismo:

[...] se condensa inteiramente nesse princípio universal, que resulta da extensão sistemática do grande aforismo de Broussais: qualquer modificação, artificial ou natural, da ordem real diz respeito somente à intensidade dos fenômenos correspondentes..., apesar das variações de grau, os fenômenos conservam sempre a mesma disposição, já que qualquer mudança de *natureza* propriamente dita, isto é, de classe é, aliás, considerada contraditória (COMTE apud CANGUILHEM, 2009, p. 16).

O princípio de Broussais partia do entendimento de que todas as doenças consistiam em sintomas que indicavam falhas ou alterações nas funções vitais do organismo. Essas falhas ou alterações nada mais seriam do que “excesso ou falta de excitação dos diversos tecidos abaixo ou acima do grau que constitui o estado normal” (CANGUILHEM, 2009, p. 16). Broussais acreditava que o processo da doença se iniciava em virtude de uma irritação que, posteriormente, inflamava o sistema digestivo e afetava outros órgãos do corpo.

A investigação que trata das doenças como indícios de falhas orgânicas, na verdade, teve início com Philippe Pinel³¹, passando por Marie François Xavier Bichat³², posteriormente

³⁰ François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838), médico francês. Se apoiava na ideia de que estímulos externos favoreciam contrações e distensões de fibras, debilitando nervos e cérebros. Nessa perspectiva, Broussais afirmava que a doença era decorrente da movimentação dos tecidos sob estímulos irritantes, e não um fenômeno que se instalava no corpo. Combatia a nosografia de Pinel, a qual perseguia somente os sinais e sintomas das doenças e não as suas causas (SEVALHO, 1993).

³¹ Philippe Pinel (1745-1826), médico francês que consagrou a psiquiatria clássica. Em sua obra *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*, datada de 1809, a herança patológica aparece como um dos múltiplos elementos que compõem a teia explicativa das patologias mentais. Para Pinel, todas as patologias derivavam do mesmo conjunto de causas físicas e morais e todas apresentavam alterações nas funções intelectuais (CAPONI, 2012).

³² Marie François Xavier Bichat (1771-1802), anatomista e fisiologista francês. Seu nome é utilizado em diversos epônimos em anatomia e fisiologia (ligamento de Bichat, fossa de Bichat, fissura de Bichat, protuberância de Bichat, dentre outros). Precursor dos estudos dos tecidos como entidades distintas – considerava o tecido como a unidade morfológica e fisiológica do ser vivo e os órgãos, resultantes da combinação de determinado número de diferentes tecidos. Extremamente interessado em questões de vida e morte, passou metade de sua vida em salas de dissecação onde analisou inúmeros corpos e identificou 21 espécies de tecidos formadores de órgãos do corpo humano. Bichat acreditava que as doenças atacavam os tecidos e não os órgãos do corpo. Maiores informações acessar: <<https://www.britannica.com/biography/Marie-Francois-Xavier-Bichat>>.

chegando a Broussais. No entanto, Canguilhem mostra que Comte atribuiu ao último o mérito por tal afirmação, por considerar que nunca havia se estabelecido de maneira tão acertada a relação entre a patologia e a fisiologia.

O princípio de Broussais, pode ser considerado um divisor de águas no pensamento comteano. De princípio nosológico, tornou-se, pelas mãos de Comte, a racionalidade da teoria positivista, estendendo-se para a esfera social e política. A implantação de preceitos biológicos nos pilares institucionais da sociedade pode ser observada desde os primórdios da sociologia.³³

Além da influência de Auguste Comte, Canguilhem (2009) examinou a repercussão científica dos trabalhos de Claude Bernard (1813-1878), na tentativa de delimitar o que pode ser considerado normal e o seu contrário, ou seja, o que deve ser visto como patológico. Médico e fisiologista francês, Claude Bernard é considerado o criador da medicina experimental. Apesar de nunca mencionar Comte em suas análises a respeito da problemática do normal e patológico, Bernard não ignorava seus trabalhos, como atestam as notas publicadas postumamente por Chevalier em 1938. Canguilhem (2009) mostra, inclusive, que muitos artistas e escritores do século XIX não separaram as ideias e teorias dos dois pensadores e que, de fato, no que tange à definição dos fenômenos patológicos, existe certa confluência de conceitos quantitativos e qualitativos.

Uma das maiores heranças deixadas por Claude Bernard diz respeito não à homogeneidade entre o normal e o patológico, mas apenas a diferenciações graduais – para mais ou para menos entre eles:

³³ A judiciosa observação das doenças institui, para com os seres vivos, uma série de experiências indiretas, muito mais próprias que a maioria das experiências diretas para esclarecer as noções dinâmicas e mesmo estáticas. Meu *Traité philosophique* fez com que fossem bastante apreciados o alcance e a natureza de tal processo, de que emanam realmente as principais aquisições da biologia. Esse tratado baseia-se no grande princípio cuja descoberta tive de atribuir a Broussais, porque sobressai do conjunto de seus trabalhos, embora somente eu tivesse elaborado sua formulação geral e direta. O estado patológico era, até então, relacionado com leis completamente diferentes das que regem o estado normal: de modo que a exploração de um deles não podia decidir nada para o outro. Broussais mostra que os fenômenos da doença coincidem essencialmente com os fenômenos da saúde, da qual só diferem pela intensidade. Esse luminoso princípio tornou-se a base sistemática da patologia, subordinada, assim, ao conjunto da biologia. Aplicado em sentido inverso, explica e aperfeiçoa a grande capacidade da análise patológica para esclarecer as especulações biológicas [...] as luzes que agora lhe devemos só podem dar uma fraca ideia de sua eficácia ulterior. O regime enciclopédico o estenderá sobretudo às funções intelectuais e morais, às quais o princípio de Broussais ainda não foi condignamente aplicado, de modo que suas doenças nos surpreendem ou nos emocionam sem nos esclarecer [...] além de sua eficácia direta para as questões biológicas, ele constituirá, no sistema geral da educação positiva, uma vantajosa preparação lógica aos processos análogos para a ciência final. Pois o organismo coletivo, em virtude de sua complexidade superior, comporta perturbações ainda mais graves, mais variadas e mais frequentes que as do organismo individual. Não tenho medo de assegurar que o princípio de Broussais deve ser estendido até esse ponto, e já o apliquei nesse campo para confirmar ou aperfeiçoar as leis sociológicas. Contudo, a análise das revoluções não poderia esclarecer o estudo positivo da sociedade, sem que haja, a esse respeito, a iniciação lógica resultante dos casos mais simples apresentados pela biologia (COMTE apud CANGUILHEM, 2009, p. 16-17).

A saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente, como talvez tenham pensado os antigos médicos e como ainda pensam alguns. É preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. Isso são velharias médicas. Na realidade, entre essas duas maneiras de ser há apenas diferenças de grau: a exageração, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doentio. Não há um único caso em que a doença tenha feito surgir condições novas, uma mudança completa de cena, produtos novos e especiais (BERNARD apud CANGUILHEM, 2009, p. 26).

Seus trabalhos influenciaram inúmeros estudos sobre o significado e a natureza dos fenômenos patológicos. Através das análises a respeito do diabetes, Claude Bernard contestou os fisiologistas de sua época, os quais acreditavam que as doenças eram entidades extrafisiológicas que se integravam ao organismo. Segundo Canguilhem, pelas lentes de Bernard, o diabetes era uma doença que representava tão somente os distúrbios de uma função normal, pois seus sintomas – principalmente a presença constante de açúcar na urina normal - já preexistiam no organismo, variando apenas em intensidade. Em outras palavras, no caso do diabetes, a glicemia é um fenômeno constante no organismo (o açúcar é um produto do próprio organismo animal), sua carência é que constitui um estado patológico. Com essa afirmação, ele sustentava que o conhecimento total de um fenômeno fisiológico possibilitava a avaliação de suas perturbações no estado patológico:

Toda doença tem uma função normal correspondente da qual ela é apenas a expressão perturbada, exagerada, diminuída ou anulada. Se não podemos, hoje em dia, explicar todos os fenômenos das doenças, é porque a fisiologia ainda não está bastante adiantada e porque ainda há uma quantidade de funções normais que desconhecemos (BERNARD apud CANGUILHEM, 2009, p. 25).

Cabe a Bernard o mérito de objetar oposições entre o mineral e o orgânico, entre o vegetal e o animal. Nessa perspectiva, postulava-se a simetria entre os binômios saúde-doença e vida-morte, ou seja, que a continuidade entre o normal e o patológico era equivalente a ideia de continuidade entre a vida e a morte, a matéria orgânica e a matéria inerte. Para Canguilhem (2009), apesar da genialidade inovadora de Claude Bernard, sua teoria é limitada e esbarra em diversas dificuldades. Ao tratar de continuidade, o fisiologista traz implícita a ideia de homogeneidade. Sendo seu principal legado a caracterização do fenômeno patológico como variação quantitativa do fenômeno normal, Claude Bernard sustentou tal conceito a partir da generalização de casos unilaterais. Ainda que, para Bernard, a fisiologia e a patologia fossem entidades congêneres - implicando atribuir a mesma importância teórica aos fenômenos normais e aos fenômenos patológicos - Canguilhem (2009, p. 33) afirma que seria arriscado concluir daí que “a vida é sempre idêntica a si mesma na saúde e na doença, e que nada aprende

na doença e por meio da doença. A ciência dos contrários é una, dizia Aristóteles. Deve-se concluir daí que os contrários não são contrários?”

Claude Bernard é considerado o teórico da totalidade orgânica; em sua perspectiva, a doença não está fixada em uma única parte do corpo, mas numa relação com o organismo como um todo. O exame fisiológico de funções separadas ignora que a doença é do organismo, cujas funções estão todas alteradas. Nesta perspectiva, a doença traz para o organismo um outro sistema de funcionamento, que não se reduz a todo momento ao prolongamento ou continuidade quantitativa das funções permanentes do organismo. A doença modifica tanto o comportamento do organismo, quanto do sujeito que padece dela. Sendo assim, reduzir a doença a um somatório de sintomas ou desprezar suas implicações no restante do organismo significa, além de abstrair a experiência patológica do próprio sujeito, descontextualizar o próprio fenômeno patológico:

O que é um sintoma, sem contexto, ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ele complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia — isto é, estudo dos mecanismos da doença — porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio (CANGUILHEM, 2009, p. 34).

Do mesmo modo que Claude Bernard, René Leriche (1879-1955), cirurgião especialista em dor, também trabalha com a ideia de continuidade. Segundo Leriche, entre a fisiologia e a patologia não existem fronteiras quantitativamente identificáveis por métodos e objetivos de medida. No entanto, existem diferenças qualitativas provocadas, justamente, pelos efeitos das causas quantitativas, ou seja, “mesmo havendo uma perfeita conservação da estrutura arterial, o espasmo, a longo prazo, tem efeitos patológicos graves: gera a dor, produz necroses localizadas ou difusas; enfim, e sobretudo, determina obstruções capilares e arteriolares na periferia do sistema” (LERICHE apud CANGUILHEM, 2009, p. 36).

A importância capital de Leriche recai em sua tese sobre a dor. Segundo suas análises, os efeitos patológicos não possuem equivalentes fisiológicos porque modificam fisiologicamente as estruturas orgânicas. Dessa maneira, a doença passa a ser definida por seus efeitos, sendo um deles a dor. A dor não expressa uma atividade normal, ela é um estado anormal que representa a doença. E a doença, por sua vez, não se define pela alteração quantitativa de um fenômeno fisiológico ou normal; ela é um estado genuinamente anormal. Diferentemente de seus antecessores, Leriche não via a doença como um fenômeno preexistente

no organismo, consequência do aumento ou redução de uma atividade normal. A doença era uma nova ordem fisiológica e seu tratamento deveria incluir a adaptação do indivíduo a essa nova ordem. Nesta concepção, a dor produz uma conexão global entre doença e doente, pois é um fenômeno individual que atinge e afeta a totalidade deste indivíduo, e não apenas um fato da doença; ela pode ser definida, segundo Canguilhem, como comportamento.

Num primeiro olhar, as ideias de Leriche parecem se aproximar mais das de Comte do que das de Claude Bernard, entretanto elas são marcadas por profundas diferenças. Entre as teses de Comte e Claude Bernard há um “nó positivista”. Um nó que pode ser definido como o raciocínio que parte da ciência para a técnica. Nessa perspectiva, Canguilhem (2009) nos mostra que a patologia deveria ser explicada e tratada com e através da fisiologia, ou seja, primeiro parte-se do conhecimento fisiológico experimental para, posteriormente, precisar os critérios terapêuticos. Leriche, fazendo o caminho inverso, afirmava que o procedimento deveria adotar como ponto de partida a técnica médica e cirúrgica para, então, adentrar o conhecimento fisiológico, já que o prognóstico das doenças não poderia advir das leis fisiológicas. Segundo suas concepções, o estudo do indivíduo normal não seria suficiente para determinar a normalidade a respeito da vida humana. O mais adequado a se fazer era investigar o indivíduo doente para poder compreender a vida normal.

De acordo com Canguilhem, das contribuições e descobertas científicas efetuadas por Leriche, a mais relevante foi a noção da teoria como técnica e, conseqüentemente, da compreensão do engendramento de novas formas de vida decorrentes das doenças. Nesse sentido, a teoria de Leriche é a teoria de uma técnica, ou seja,

[...] uma teoria para a qual a técnica existe, não como uma serva dócil aplicando ordens intangíveis, mas como conselheira e incentivadora, chamando a atenção para os problemas concretos e orientando a pesquisa na direção dos obstáculos sem presumir, antecipadamente, nada acerca das soluções teóricas que lhes serão dadas (CANGUILHEM, 2009, p. 39).

De toda a discussão trazida por Canguilhem (2009), podemos extrair dois pontos importantes. O primeiro diz respeito à adoção do postulado determinista para a compreensão dos fenômenos biológicos que inaugurou a ideia de que a quantidade é o princípio basilar do fisiológico e do patológico. A consequência do princípio determinista no estudo dos seres vivos é a redução da qualidade à quantidade, pois incorpora em sua essência um caráter normativo. O segundo ponto diz respeito ao patológico considerado como uma variação do normal. A partir da instituição do pensamento de que o patológico é apenas uma variação – para mais ou para

menos – do estado fisiológico, o conceito de média passa a ser um equivalente objetivo do conceito de normal.

Prosseguindo em sua defesa contra o determinismo embutido nas ideias de que a doença ou o estado mórbido dos seres vivos seriam resultados de variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos, Canguilhem mostra que as descobertas dos fisiologistas, especificamente as de Claude Bernard, resultaram no conceito de normal como expressão máxima do valor de tipo ideal em dadas condições experimentais. Bernard afirmava que a fisiologia – e toda a ciência experimental – somente poderia se desenvolver no interior de um laboratório. Ali dentro, através da análise experimental, o cientista seria capaz de compreender os fenômenos que observava na natureza. Foi por meio dessas observações e de suas escolhas que o fisiologista instituiu a norma daquilo que é normal – no sentido de saúde – ou do patológico. Ou seja, o desvio da norma fora estabelecido a partir da decisão dos fisiologistas.

Canguilhem vai nos mostrando como o termo normal é ambíguo, pois derivou em dois sentidos, passando a designar simultaneamente um fato e um valor atribuído a esse fato: normal no que diz respeito a como determinada coisa deve ser; e normal no sentido do que se encontra na maior parte dos casos. A tradição filosófica realista, apropriando-se desse equívoco, trouxe a ideia de que toda generalidade é sintoma de uma essência e, conseqüentemente, toda perfeição é a realização de uma essência. Daí resulta que toda generalidade observável evidencia o valor da perfeição realizada, em outras palavras, um traço comum assume um valor de tipo ideal. Esse mesmo equívoco aconteceu na medicina, quando o normal passou a denotar o estado habitual e ideal dos órgãos. Canguilhem chama de equívoco, pois acredita que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível. A vida é polaridade, todos os aparelhos biológicos revelam essa polaridade e, por esse motivo, expressam uma posição inconsciente de valor. Ou seja; a vida é uma atividade normativa, já que a norma é a atividade do próprio organismo. O normal biológico, enquanto conceito de valor, é instituído pela própria vida, e não pela avaliação médica ou por dados estatísticos.

Nenhum fato dito normal, por ter se tornado normal, pode usurpar o prestígio da norma da qual ele é a expressão, a partir do momento em que mudarem as condições dentro das quais ele tomou a norma como referência. Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores — quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida — às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes — no mesmo meio — ou superiores — em outro meio —, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 2009, p. 56).

O cerne epistemológico constituinte das ciências físicas é o de que não há espaço para a patologia. Não existe correspondente patológico ou estado de doença na física, na química ou na mecânica, pois as propriedades físicas jamais perdem seu tipo normal.

Canguilhem explicita que a polaridade dinâmica da vida e sua intrínseca normatividade tornam possíveis a existência da patologia biológica, mas o mesmo não acontece com as ciências físicas. O conhecimento das ciências físicas preconiza que todos os movimentos estão em conformidade às leis da natureza, ou seja, são normais. Uniformemente, o progresso do conhecimento biológico fundamenta-se na unificação das leis da vida natural e da vida patológica. Essa unificação era o maior desejo de Comte e, por outro lado, a conquista que Claude Bernard acreditou ter realizado.

Os desdobramentos teóricos que ocorreram na trajetória das ciências humanas e, especificamente da sociologia, trazem a compreensão de que elas foram fortemente influenciadas pelo conhecimento advindo das ciências físicas. Os trabalhos de seus fundadores, como Comte e Durkheim, ainda estavam carregados das noções e postulados das ciências físicas. Sabemos que a sociologia surge em decorrência das mudanças trazidas pelas Revoluções do século XVIII (Industrial e Francesa), como ciência capaz de organizar a sociedade, as desordens sociais e as crises consequentes desse período. A Revolução Francesa de 1789 impactou profundamente as primeiras convicções científicas do século XIX, época de Auguste Comte, Claude Bernard. A doutrina de Comte e de seus contemporâneos deriva dos acontecimentos que sucederam à Revolução e carrega os postulados das ciências físicas (CANGUILHEM, 2009). Marcada por um caráter monista, as teorias científicas do século XIX desconsideravam as descobertas e inovações que não se encontrassem no território teórico, pragmático e técnico. Para Safatle (2015), elas estavam imbuídas da crença de que a intervenção do homem tanto em sua própria natureza, como no seu entorno, refletia a aplicação da ciência previamente instituída. Paralelamente, havia uma forte contestação ontológica da doença, cuja maior característica identitária era o diferencial quantitativo entre o normal e o patológico. De acordo com Foucault (2001), as ciências humanas do século XIX foram profundamente marcadas pelas ciências biológicas e, ao analisarem a vida de grupos e sociedades, não consideraram a estrutura interna do ser humano, apenas a bipolaridade entre normal e patológico.

Na esteira dessas discussões, encontram-se os trabalhos desenvolvidos por Émile Durkheim (1858-1917). Se a ciência proposta por Comte exibia métodos similares aos das ciências físicas, a teoria durkheimiana é marcada por forte teor normativo e grande ambição de instituir uma ciência social a partir dos postulados das ciências naturais. Uma das forças

motrizes de suas análises também tomava a normalidade como objeto de estudo. O cerne constituinte da ciência, dizia Durkheim (1999, p. 51), era a definição e a delimitação do fenômeno normal e do patológico, pois “tanto para as sociedades como para os indivíduos, a saúde é boa e desejável, enquanto a doença é algo ruim e que deve ser evitado”. A análise científica dos fenômenos normais e patológicos numa sociedade objetivava separar os fenômenos normais dos patológicos, e tratá-los através de alguma reforma social. Ademais, sua teoria da solidariedade orgânica e a definição e distinção do normal e do patológico ressaltam o temor da desagregação social e da anomia que marcaram seu pensamento.

No entanto, ele descartava de suas investigações o percurso que possibilitaria comparar analiticamente os conceitos de saúde e doença em um indivíduo com a sociedade de modo geral, por não comportar precisão e consistência analíticas na relação. Em alguns casos, o sofrimento e a dor poderiam ser indícios de doença; em outros, a sua ausência é que seria indicativo de afecção. Além do mais, dever-se-ia levar em consideração que nem todo estado do organismo está em conformidade com algum estado externo. Ainda que esse critério atuasse como signo da condição de saúde, “ele próprio teria a necessidade de outro critério para poder ser reconhecido; pois seria preciso, em todo caso, que nos dissessem de acordo com qual princípio se pode decidir que tal modo de se adaptar é mais perfeito que outro” (DURKHEIM, 1999, p. 53).

Parece que a inadaptação do organismo ao seu meio, bem como a dor ou sofrimento não poderiam ser representantes legítimos da doença ou de um estado patológico. Durkheim traz vários exemplos comparativos que atestam essa hipótese. O autor discute a reprodução, infância e velhice como fatores que expõem a vida a inúmeros riscos e que, no entanto, não podem ser considerados como fenômenos patológicos. Algumas doenças são fontes de fortalecimento da imunidade do organismo e, por conseguinte, compõem novas formas de vida e de adaptação do indivíduo.

A evidência de adaptação ou indicador seguro de saúde estaria relacionada à sua frequência. Entretanto, Durkheim observa que, se existe a possibilidade aplicativa desse critério no corpo individual, ele é completamente inaplicável ao corpo social, pois não há padrão comparativo externo; não existe outro corpo semelhante para ser utilizado como modelo comparativo, com variações relacionadas a mortalidade média, data de nascimento e morte de uma sociedade etc. Até mesmo acontecimentos históricos que se repetem de maneira semelhante em diferentes sociedades são excessivamente heterogêneos, e não poderiam determinar a medida exata de enfraquecimento do organismo social. Na sociologia, aponta

Durkheim, a classificação dos acontecimentos em normais ou patológicos segue regras diferentes, pois são qualificados de acordo com os sentimentos pessoais de quem os analisa:

Assim, acontece a todo momento que um teórico incrédulo assinala, nos restos de fé que sobrevivem em meio ao desmoronamento geral das crenças religiosas, um fenômeno mórbido, enquanto, para o crente, é a incredulidade mesma que é hoje a grande doença social. Do mesmo modo, para o socialista, a organização econômica atual é um fato de teratologia social, ao passo que, para o economista ortodoxo, as tendências socialistas é que são, por excelência, patológicas (DURKHEIM, 1999, p. 57).

Para Durkheim (1999), ainda que os fenômenos, tanto os sociológicos como os biológicos, possam permanecer os mesmos em sua essência, eles são suscetíveis de assumirem diferentes formas conforme os casos em que se manifestem. Por esse motivo, ele irá classificá-los em dois tipos: os fenômenos que ele denomina de normais, por serem comuns a todas as espécies, ou seja, por incidirem sobre a maioria dos indivíduos apresentando tênues variações; e os fatos excepcionais, denominados de patológicos, justamente por se apresentarem numa minoria e com curta duração. Tais fenômenos são “uma exceção tanto no tempo como no espaço” (DURKHEIM, 1999, p. 58).

A partir dessas duas variedades distintas de fenômenos, Durkheim desenvolve o tipo médio, uma instância que funciona como norma genérica. O tipo médio confunde-se com o tipo normal, pois engloba, numa mesma espécie ou numa mesma individualidade abstrata, as propriedades mais comuns. No entanto, o principal diferencial dessa instância é que ela estabelece o critério entre aquilo que pode ser considerado normal e o seu oposto, o patológico. Todavia, em fisiologia ou em sociologia, o que se estuda são as funções do organismo médio em relação a uma espécie dada. Quanto a esse ponto, Durkheim é categórico: seja em fisiologia ou em sociologia, um fato só pode ser considerado patológico em relação a uma determinada espécie. Não se pode definir as condições de saúde ou doença entre espécies diferentes, pois cada uma tem seu tipo médio.

Apesar das limitações teóricas das análises sociais empreendidas por Durkheim, elas são interessantes para nosso estudo, pois mostram como a questão da normalidade ocupou centralidade investigativa na sociologia desde a sua constituição como ciência. O método durkheimiano, partindo das ciências naturais, especialmente da fisiologia, pretendia analisar, pelo viés da normalidade, todas as questões referentes às sociedades, como “as de saber se o enfraquecimento das crenças religiosas ou se o desenvolvimento dos poderes do Estado são fenômenos normais ou não” (DURKHEIM, 1999, p. 64). Na ocorrência da patologia, ou da anomia no tecido social, caberia à sociologia trabalhar incansavelmente no sentido do

reestabelecimento da normalidade, em outras palavras, da ordem. Durkheim, no despontar da sociologia, transplanta os postulados e o discurso das ciências naturais e estabelece uma intrínseca relação com a medicina:

O dever do homem de Estado não é mais impelir violentamente as sociedades para um ideal que lhe parece sedutor, mas seu papel é o do médico: ele previne a eclosão das doenças mediante uma boa higiene e, quando estas se manifestam, procura curá-las (DURKHEIM, 1999, p. 76).

Dessa maneira, compreendemos a importância da normalidade, desde sua derivação do campo das ciências físicas para o campo das ciências humanas e, especificamente, das ciências sociais, pois ela está diretamente relacionada ao processo de medicalização. Será em relação à norma que a medicalização de comportamentos irá atuar. Para que um comportamento seja diagnosticado e medicalizado, ele deve ser analisado levando em consideração algum parâmetro de normalidade. Desde os degeneracionistas, no século XIX, a ideia de desvio da norma está em curso e tanto a medicina quanto as ciências sociais exploraram os fatores envolvidos na definição dos fenômenos normais e patológicos (MITJAVILA, 2010). A normalidade, ou, como dizia Canguilhem (2009), aquilo que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável, são as constantes classificadas como normais e tudo o que se desvia de seu padrão é considerado patológico. Diversas análises, partindo de um viés naturalista, abordaram o desvio da norma nas questões sociais. Embora utilizem diferentes vocábulos, estão tratando do mesmo tema, ou seja, da ideia de que existe um comportamento adequado para os diferentes indivíduos e grupos e que o seu contrário aponta a existência de um estado anormal. Podemos citar como exemplos os estudos sobre os desvios doentios do tipo normal da humanidade; desvio do tipo originário; desvios de conduta; desvio como estado anormal; desvios comportamentais; desvios patológicos, etc.

O processo de medicalização se apoia em normas ambíguas e pouco claras para denunciar o comportamento patológico e, desde suas primeiras formulações científicas em meados da década de 1960, continua em formulação. Segundo Rozemberg e Minayo (2001), do ponto de vista sociológico, a medicalização pode ser entendida como a passagem do que é social para o campo da ordem médica ou, ampliando seu escopo, a reinterpretação de condições sociais e comportamentais em conceitos patológicos. Nesse sentido, a medicalização coaduna com uma perspectiva normalizadora da própria vida em todas as suas esferas, e tem sua eficácia na redução da subjetividade humana a critérios biológicos e fisicalistas.

De acordo com Safatle (2011), esse reducionismo está estritamente ligado à psiquiatria que, desde seu nascimento, é requisitada para explicar e gerenciar um conjunto significativo de

comportamentos individuais, definidos como ameaçadores à ordem social. Através da construção e reformulação de categorias e instrumentos diagnósticos, o saber psiquiátrico ampliou sua ingerência sobre aspectos que não pertenciam a sua jurisdição, interpretando como doença comportamentos socialmente desviantes. Esse processo sustentou a normatização via medicalização. Tudo o que antes era visto como pertencente ao campo da variabilidade humana passou a ser considerado como anormalidade medicalizável³⁴. Diversas etapas vitais, assim como inúmeros comportamentos traduzidos por um conjunto de sintomas e sinais, se transformam em fatores de risco através do prisma médico.

Em relação ao seu processo histórico, o conceito de medicalização possui uma trajetória em contínua formulação. Conceitualmente ele possui múltiplas definições, principalmente em relação às condições sociais que podem ser codificadas como processos de medicalização. No campo das ciências humanas e sociais, esse conceito é empregado para caracterizar não apenas a expansão do saber médico sobre as diversas esferas da existência, mas para reificar padrões ideológicos e técnicos utilizados pela medicina. O processo de medicalização da vida deve sua gênese ao controle social exercido pela medicina no momento em que condições sociais passaram a ser codificadas em termos de saúde e doença (CONRAD, 2007).

Segundo Mitjavila (2010), a medicina esteve presente em diversos processos medicalizadores de caráter fundacional, como higienização e moralização do proletariado e do espaço urbano; gerenciamento da loucura e da pobreza e na construção social da família. Resulta que os processos medicalizadores podem ser, então, compreendidos tanto pelo viés da medicalização relacionada ao crescimento de uma medicina de caráter preventivo, quanto por aquele vinculado à transferência de problemas de outras jurisdições para o campo da medicina.³⁵

O conceito de medicalização passou a ser extensamente utilizado nas ciências humanas e sociais no fim da segunda guerra, período em que o contexto social e político possibilitou a emergência da medicina.³⁶ Na área farmacológica, o século XIX fora fundamental para o seu

³⁴ Sob o controle da medicina e seus dispositivos de poder, como os diagnósticos médicos e as inúmeras técnicas terapêuticas.

³⁵ De acordo com Freidson (1978), o avanço substancial da medicina em outras jurisdições, como a religião e o direito, possibilitou sua intervenção em um conjunto de comportamentos tidos como desviantes de regras socialmente estabelecidas e seu posterior agrupamento em termos de doenças e anormalidades.

³⁶ De acordo com Giddens (1993), essa época foi um marco na história da medicina e no estabelecimento da indústria farmacêutica, pois trouxe situações particularmente propícias à inovação. Houve largo desenvolvimento de novas técnicas e materiais cirúrgicos, como transfusões e anestésicos. Novas classes de medicamentos, como vacinas e antibióticos (penicilina), possibilitaram a diminuição da taxa de mortalidade e melhoraram os indicadores de saúde, dentre outros avanços. Houve uma verdadeira revolução no campo sexual - não somente cultural e social, mas química e tecnológica. Métodos contraceptivos, como a pílula hormonal e a descoberta dos preservativos de borracha, possibilitaram uma separação ainda maior entre sexualidade e reprodução. Esses

desenvolvimento, principalmente com o avanço de novas tecnologias. Em meados do século XIX a descoberta feita por Claude Bernard de que o organismo possui receptores para as drogas introduz a noção de que a atividade medicamentosa pode ser considerada um fenômeno químico.

Nesse período, surgiu a primeira cadeira de farmacologia no universo acadêmico, na Estônia, e o primeiro instituto de farmacologia a partir de incentivos governamentais, na Alemanha. O apogeu farmacológico se deu no final da segunda guerra mundial. Portanto, esse período testemunhou avanços farmacológicos e terapêuticos sem paralelos na história da medicina, com uma acelerada comercialização de drogas para uso clínico, como anti-histamínicos e drogas utilizadas em quimioterapia (BITTENCOURT; CAPONI; MALUF, 2012). Segundo Whitaker (2017), no que tange aos medicamentos de atuação no sistema nervoso central, a psicofarmacologia inaugura sua entrada triunfal no mundo das ciências e constrói um forte laço com a psiquiatria ao lançar o primeiro psicofármaco. A entrada desse tipo de medicamento na sociedade foi recebida como excelente alternativa não apenas de tratamento, mas de cura dos transtornos e sofrimentos psíquicos em detrimento das psicoterapias que primavam a cura pela palavra. A partir desse momento, a aliança entre o poder médico-farmacológico estrutura o monopólio legítimo para o tratamento dos transtornos mentais. A indústria farmacêutica reivindica o estatuto legítimo da produção química para o tratamento das doenças aliada à entidade com poder de prescrevê-las - ou seja, a psiquiatria.

No campo político e social, Dardot e Laval (2016) dissertam sobre a criação e o fortalecimento de vários organismos intergovernamentais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e, à sua volta, agências especializadas que atuavam em áreas diversas. Na educação, ciência e cultura (Unesco); na agricultura (FAO); no comércio (OMC); no trabalho (OIT); na saúde, (OMS). Por outro lado, os Estados nacionais e seus governos, temendo as crises econômicas e políticas que explodiram na segunda guerra, mobilizaram-se para promover o crescimento de suas economias e, paralelamente, intervir na dinâmica das sociedades a fim de impedir que uma nova eclosão de desequilíbrios desestabilizasse os sistemas nacionais. Para isso, implementaram os chamados “Estados de Bem-Estar Social” (Welfare State), que trouxeram mudanças políticas significativas nos sistemas nacionais de saúde, trabalho, educação e previdência.

Todos esses acontecimentos se refletiram na maneira como os sujeitos passaram a pensar e agenciar suas relações; seu modo de ser e estar no mundo e de lidar com suas próprias

fatores não resolveram a problemática a respeito do controle da fertilidade e, principalmente, da maternidade como escolha feminina, porém, significaram inegável avanço nessa direção.

dores. O pós-guerra alterou todo um modo de subjetivação historicamente situado. As subjetividades são modos de ser e estar no mundo, determinadas histórica, cultural e politicamente, e não no sentido de uma interioridade ou essência como refletem algumas correntes da psicologia. Mais adiante veremos como Foucault (2010b) investiga a produção de uma interioridade reflexiva, ou seja, a construção de subjetividades e suas relações com o público-privado, e a partir de quais práticas discursivas e não-discursivas se deu a produção de subjetividades na sociedade ocidental moderna.

Nessa perspectiva compreende-se que o conceito de medicalização comporta diferentes significados, já que sua genealogia está associada a fortes transformações socioculturais, políticas e científicas, tanto no que diz respeito à incorporação social de normas comportamentais, como à redefinição das experiências humanas em problemas médicos. Há abordagens que se referem ao aumento da produção e comercialização de medicamentos (ILLICH, 1975), outras dizem respeito ao crescimento do número de profissionais e estabelecimentos médicos (CONRAD, 2005), outras, ainda, versam sobre a incorporação de enunciados pela racionalidade médica (CONRAD, 2007). Apesar de ser muito utilizado tanto no meio acadêmico, como na mídia, esse conceito ainda suscita muitos questionamentos e controvérsias. Por um lado, o processo de medicalização não diz respeito unicamente ao saber psiquiátrico, pois os campos e objetos medicalizáveis são diversos: fala-se de medicalização do parto, da beleza, da sexualidade, da velhice, etc.; por outro, a apropriação do processo de medicalização pelos agentes - médicos e profissionais afins, professores, o próprio paciente e sua família, não é uniforme.

Nossa análise se apoia na corrente teórica que define a medicalização como o processo que transforma problemas sociais em problemas médicos. Problemas que, como nos mostra Mitjavila (2016), em outros tempos, pertenciam a outras esferas - como a religiosa/moral, legal/criminal, ou, até mesmo problemas que faziam parte de processos naturais da vida -, atualmente são designados como problemas médicos sob o termo de transtornos. Em outras palavras: problemas sociais passam a ser tomados sob o prisma da medicina. A loucura, homossexualidade, alcoolismo, toxicodependência, obesidade, compulsão por jogos, dificuldades de aprendizagem, sexualidade, parto, desenvolvimento infantil, envelhecimento e morte são algumas das esferas sociais que eram administradas por outras áreas do edifício institucional da sociedade e migraram consideravelmente para o campo da medicina. Condutas consideradas desviantes de normas socialmente estabelecidas são cada vez mais tratadas como questões médicas. O mandato sociopolítico da medicina, em especial da psiquiatria, autoriza e legitima a redefinição médica de questões sociais.

Essa corrente teórica surgiu em meados da década de 1960, quando autores e pesquisadores de diversas áreas começaram a criticar a expansão da jurisdição da profissão médica. O trabalho desses autores foi de suma importância para a construção de um corpo teórico que possibilitou a compreensão do modo de atuação desse processo que procura inscrever o comportamento, o corpo e a própria existência humana numa rede discursiva e num conjunto de práticas médicas. Analisaremos as tentativas da psiquiatria, desde o século XIX, de inscrever a loucura no seio de uma terminologia médica geral, cujos seus sinais pudessem se fixar em alguma parte ou órgão do corpo. Tentativa que se pauta no reducionismo de causas complexas da vida a questões biológicas, deslocando, assim, a procura de soluções políticas e coletivas para o campo das respostas medicalizantes e individuais (MITJAVILA, 2016; CAPONI, 2012).

Para partirmos de um solo norteador, podemos iniciar a discussão dessa tendência em retratar fenômenos sociais e psicológicos como problemas médicos fazendo uma distinção entre os termos medicar e medicamentar. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), medicar se refere à aplicação de produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com fins profiláticos, curativos ou paliativos³⁷, ou seja, aplicação de remédio ou substância similar. Dentro de uma perspectiva sociológica, as considerações são de outra espécie. O primeiro aspecto a ser destacado é o papel que o medicamento ocupa nesse processo: o medicamento é um dos aparatos e tecnologias que acompanham o processo de medicalização, porém sua aplicabilidade nem sempre diz de um processo de medicalização. O processo de medicalização tem relação direta com a norma, ou seja, pretende transformar experiências e comportamentos considerados indesejáveis e perturbadores em objetos do campo da medicina. Feita essa ressalva, compreende-se que o ato de medicar não está necessariamente imbricado ao processo de medicalizar.

Caliman (2016) esclarece que medicalizar está relacionado ao processo de criação de doenças que, outrora, não existiam, ou seja, o processo que transforma problemas não médicos em problemas médicos; e medicamentar diz respeito à utilização de medicamentos para tratar acontecimentos que não eram considerados de ordem médica, ou seja, tratar de situações imbricadas no processo de medicalização. Dessa maneira, o processo de medicamentar pode ser apontado quando “a prescrição de um medicamento passa a ser o foco das ações de cuidado e é vista como a solução mais rápida para conquistar um certo ponto de normalização”

³⁷ Informações obtidas no portal da ANVISA: < <http://portal.anvisa.gov.br>>

(CALIMAN, 2016, p. 48). Portanto, se o processo de medicamentação estiver vinculado com a normalização da existência, ele pode ser entendido como uma tecnologia de poder.

Os processos de medicamentação e medicalização estão ligados a uma psiquiatria cada vez mais biologizante. No entanto, a psiquiatria nem sempre atuou sobre critérios biológicos. Conforme veremos mais adiante, mesmo com a introdução dos primeiros psicofármacos, a psiquiatria da década de 1950 ainda mantinha suas bases em tratamentos psicodinâmicos e psicanalíticos. A partir dos anos 1980, a psiquiatria começou a se afastar da vertente psicanalítica e a atuar em bases fisicalistas, possibilitando a ascensão de uma psiquiatria biológica. Esse percurso se iniciou no século XIX e repercute até o presente momento. É o que veremos na próxima seção.

3.1.2 Normalidade como fio condutor da medicalização: sua gênese na degenerescência

Para compreendermos as condições de possibilidades que permitiram que a psiquiatria atuasse tanto dentro do espaço asilar, como fora dele, não apenas sobre o campo dos delírios e alucinações, mas sobre uma gama complexa de comportamentos e condutas considerados desajustados e ameaçadores, é necessário retroceder historicamente ao ponto em que a norma se tornou mais importante que a própria lei. Foucault (2010c) se propôs a entender a partir de quando e fazendo uso de quais práticas e estratégias teórico-epistemológicas a psiquiatria se transforma nessa instância defensora das sociedades de fatos que configuravam ameaça ou risco, como o crime, o alcoolismo, a loucura ou a degeneração da raça.

A psiquiatria atravessou um momento de separação do terreno do “psi” para o terreno do “bio”, e esse movimento sustentou a normatização via medicalização e patologização do que outrora era considerado normal. No entanto, essa viragem histórica - que fez emergir a chamada psiquiatria biológica - tem raízes muito profundas. Para a elaboração deste tópico, iremos nos apoiar nas análises realizadas por Foucault (2006a) e por Sandra Caponi (2012), pois nos permitirão compreender a evolução do conceito de degeneração, mostrando seu poder como fonte de inspiração para as teorias biopsiquiátricas atuais.

O início dessa psiquiatria ampliada - como dizia Foucault (2006a), desse saber médico que vai pouco a pouco se infiltrando no campo do não patológico - se dá no século XIX com a psiquiatria clássica, representada por Philippe Pinel (1802). Segundo Caponi, ele partia do princípio de que em toda loucura existia um fragmento de razão. A loucura era algo da ordem do delírio e da vontade, do físico e do moral. Uma espécie de emaranhado que englobava tanto os delírios e confusões mentais, como paixões descontroladas, comportamentos inexplicáveis,

moralidades desviadas. O diferencial em Pinel é que a razão era algo que poderia ser recuperado, bastando para isso a utilização de uma terapêutica apropriada. A recuperação da razão se daria num lugar apropriado, longe de influências do meio, como a da família ou da comunidade. O lugar mais apropriado para que essa estratégia terapêutica tivesse êxito e pudesse recuperar a razão perdida do alienado será no asilo, em confinamento absoluto e sob rigorosa vigilância. O tratamento moral proposto por Pinel só poderia encontrar sua eficácia no encarceramento asilar, pois ali o alienado estaria frente a frente com a retidão moral encarnada na figura do alienista; figura esta capaz de estabilizar e conter as paixões desgovernadas do alienado. Somente aqueles que ingressassem no espaço asilar, ou seja, aqueles que tivessem o diagnóstico de louco, é que poderiam receber o tratamento moral. Nessa perspectiva, o tratamento moral (juntamente com o encarceramento psiquiátrico) institui a partição binária entre louco e não louco. O interesse da psiquiatria clássica recaía justamente em saber se o sujeito era ou não louco, se deveria receber ou não o diagnóstico e ingressar no asilo.

Pinel elabora uma nosografia científica das patologias inspirando-se nas ciências físicas, especificamente nas classificações das plantas e animais dos naturalistas. Observando a evolução e transformação das patologias dos internados nos asilos psiquiátricos, ele percebeu que não havia fronteiras precisas separando um tipo de patologia do outro, e que todas as quatro formas de alienação mental (mania, melancolia, demência e idiotismo) poderiam estar associadas e tinham como origem comum causas físicas e morais. Distante da perspectiva da anatomoclínica, suas explicações para as causas da alienação mental partem de um rigoroso exame de características, gestos e comportamentos dos internos. A partir daí, Pinel termina por concluir que a alienação mental se deve a um conjunto complexo de fatores múltiplos e articulados entre lesões da inteligência (físico) e questões da vontade (moral), não fazendo nenhuma referência à lesões anatômicas ou cerebrais. Ao contrário, Pinel se opunha aos autores que acreditavam poder localizar a alienação mental em alguma parte específica do cérebro, justamente por esse tipo de abordagem negligenciar o caráter filosófico da alienação, bem como o conhecimento das causas físicas e morais que a produziram. Vale destacar também que, na psiquiatria clássica, a herança/hereditariedade seria apenas um dos elos causais do desencadeamento da loucura, não ocupando nenhuma posição privilegiada em seu surgimento. Portanto, as causas explicativas da alienação mental no período de Pinel recaíam sobre as paixões descontroladas, fruto de situações como decepções amorosas, problemas familiares, perdas etc., assim como uma vida desregrada, boêmia.

Uma das formas de se reconstruir esse conjunto complexo de fatores múltiplos que possibilitaram o surgimento da alienação, assim como sua variabilidade, eram as entrevistas

com os pacientes. Elas permitiriam o desnudamento das relações familiares imbricadas no transcurso da doença e o tipo de tratamento mais adequado.

Nesse período, o interrogatório era uma peça chave no reconhecimento da própria loucura. Ele possibilitava o estabelecimento da divisão entre normalidade e anormalidade, e atribuía identidade ao doente ao considerá-lo como louco. Segundo Foucault (2006a), o interrogatório, anamnese ou confissão produz a loucura por meio de quatro procedimentos. O primeiro deles é a pesquisa de antecedentes, ou seja, a pesquisa que vai ao passado do doente em busca de diferentes doenças que seus familiares tiveram. Esta seria uma maneira de suprir a ausência do corpo da anatomia patológica que existe na psiquiatria:

Já que não se pode e não se sabe encontrar no doente um substrato orgânico para a sua doença, trata-se então de encontrar no nível de sua família certo número de acontecimentos patológicos que serão tais que, qualquer que seja sua natureza, eles se referirão à comunicação e, por conseguinte, à existência de certo substrato material patológico [...] O corpo do doente no interrogatório da loucura, esse corpo doente que se apalpa, que se toca, que se percute, que se ausculta e em que se pretende encontrar sinais patológicos, esse corpo é na realidade, o corpo da família inteira; melhor dizendo, é o corpo constituído pela família e a hereditariedade familiar (FOUCAULT, 2002, p. 352).

O segundo procedimento seria a constituição de um horizonte de anomalias, ou seja, situar a loucura dentro do tecido geral de anomalias. Essa operação se efetua na medida em que a loucura é disposta no contexto individual do doente; em seu passado individual. O interrogatório visa procurar algum sinal, lembrança, marca ou experiência que pudesse se caracterizar como prenúncio de uma loucura. Não se trata de encontrar sinais internos da doença - o que significaria encontrar elementos efetivos da doença -, mas sim, sinais anunciadores, disposições de uma doença, com o objetivo de transformá-los em sintomas patológicos. O terceiro procedimento do interrogatório apresentado por Foucault seria o cruzamento entre a responsabilidade e a subjetividade. A assunção, por parte do doente, de que as causas que o levaram ao psiquiatra existem de fato, e existem como sintomas de uma patologia. Em outras palavras, seria transformar em sintomas todos os motivos e queixas que levaram o indivíduo ao psiquiatra. Por fim, a quarta função do interrogatório psiquiátrico seria o reconhecimento e a atualização³⁸ da loucura. O sujeito interrogado reconhece e confessa seu foco delirante (ou, caso não se chegue nesse ponto, pode-se suscitar a manifestação de seus sintomas).

³⁸ De acordo com Foucault (2006), essa atualização pode se dar através da confissão – momento em que o interrogado assume seus delírios ou mal-estares, ou mesmo pela provocação de uma crise histérica ou de uma alucinação.

A técnica do interrogatório na psiquiatria do século XIX era uma superposição entre o poder do médico e a assunção do interrogado. O interrogatório era revestido de função disciplinar, ao mesmo tempo que funcionava como uma tentativa de reconstrução de um corpo – dar um corpo a uma doença que não tinha corpo - caracterizado pela hereditariedade e, também, como reconhecimento do poder médico através da extração da confissão da loucura pelo doente.

Aliado ao interrogatório, o tratamento proposto por Pinel fugia dos antigos procedimentos aplicados nos pacientes dos asilos. Pinel rompeu não apenas as correntes reais que prendiam os loucos encarcerados em Salpêtrière (como podemos ver na figura abaixo), mas também rompeu com as técnicas de aprisionamento, tortura, agressões, sangrias, choques térmicos em águas geladas. Seu propósito era a recuperação da razão por intermédio de tratamentos morais.

Figura 1 - Phillipe Pinel manda libertar os doentes do Hopital Salpêtrière em 1794



Fonte: <https://www.sciencephoto.com/>

A recuperação da razão capturada pela loucura somente seria possível num ambiente social não patogênico e com acompanhamento intensivo e contínuo da figura do médico. É por meio dessas estratégias que se admite as fundações dos asilos psiquiátricos. Como afirma Caponi (2012, p. 40), “o manicômio permite que se articulem magistralmente dois problemas sociais: a garantia de harmonia da ordem social (que demanda proteção contra ameaças e desordens) e a suposta eficácia terapêutica do isolamento”. Pinel elabora uma série de

estratégias disciplinares que passarão a reger os asilos. Seu esquema prescritivo de regularidades passa pela reorganização do espaço interno dos asilos, distribuição dos doentes em espaços diferenciados de acordo com a espécie de patologia, organização do controle do tempo das atividades e dos tipos de tratamento para cada doença. Dessa forma, “a condição da relação com o objeto e da objetividade do conhecimento médico, e a condição da operação terapêutica são as mesmas: a ordem disciplinar” (FOUCAULT, 2006a, p. 5). Dentro dessa estrutura disciplinar e sendo permanentemente acompanhado pela retidão moral encarnada na figura do médico, o doente poderia ter suas paixões normalizadas.

No entanto, como veremos com Caponi, esse modo de observação diagnóstica logo será substituído. Se, para a psiquiatria clássica, os sintomas e sinais observados no doente são apenas enunciadores de uma alienação que pode ou não surgir, para os teóricos da degeneração eles são um claro indicio de patologias já existentes.

No ano de 1802, Jean Pierre George Cabanis, discípulo de Pinel, publica *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme*, que marcaria o ponto de virada da história da psiquiatria, articulando o saber médico às questões sociais³⁹. Ele afirmava que os estudos da medicina (fisiologia), dos comportamentos (moral) e dos pensamentos (ideias) eram ramificações de um mesmo arcabouço científico, que poderia ser chamado de ciência do homem. O *Rapports* possibilitou o ingresso da medicina no campo de explicação das condutas humanas, e introduziu o cérebro e o sistema nervoso no centro das discussões sobre a moralidade.

Cabanis e Pinel partilhavam das mesmas ideias sobre o ‘tratamento moral’ e a questão da moralidade, que não se referia à esfera religiosa, mas era da ordem das paixões, dos comportamentos e da volição. O ponto divergente entre os dois eram as questões relacionadas a cérebro e pensamento. Enquanto Pinel não via a menor utilidade nos estudos anatômicos que pretendiam relacionar o físico e o moral (conformação do cérebro e vícios/comportamentos), Cabanis partia do pressuposto de que o pensamento era completamente dependente das funções cerebrais; mais ainda, ele considerava o cérebro como o segundo homem dentro do homem, uma espécie de ‘alma do homem’. O cérebro seria o produtor de pensamentos, e todo seu processo de desenvolvimento influenciaria a esfera moral do indivíduo. Ele começa a esboçar o que podemos chamar de modelo localizacionista de explicação das doenças mentais. Os estudos de Cabanis articularam epistemologicamente o discurso médico anatomopatológico aos estudos dos naturalistas do século XVIII, que versavam sobre as influências climáticas e a

³⁹ De acordo com Caponi (2012), o *Rapports* de Cabanis influenciou aquilo que mais tarde seria desenvolvido pelos programas eugênicos de purificação de raças, assim como serviu de base para as teses dos degeneracionistas que buscavam explicações médicas e biológicas para as mais diversas condutas humanas.

degeneração dos animais. Dessa maneira, Cabanis abriu passagem para que as teorias sobre a degeneração - desenvolvidas pelos naturalistas – ingressassem, pouco a pouco, no domínio do saber médico e psiquiátrico, consolidando-se com Morel, em 1857 (CAPONI, 2012).

A ideia de que as condições externas, como a umidade e os diferentes climas, podem influenciar e até mesmo alterar os organismos vem dos estudos de Buffon (1776), especificamente do texto *De la Génération des Animaux*. Cabanis retoma tais teses em uma nova estrutura discursiva e as aplica nos estudos dos corpos e condutas humanas. Em sua leitura, Cabanis aponta as condições climáticas, como o frio ou calor extremo, como principais responsáveis pelo processo de degradação não só de todo ser vivo, homem e animais, mas também das sociedades humanas. Ele também compartilhava da ideia de Buffon, de que existiria um tipo humano originário e ideal. Esses grupos habitariam regiões temperadas e teriam pele clara. Porém, ainda que o clima pudesse ser considerado como fator preponderante no desenvolvimento do tipo ideal, os hábitos de vida nocivos também teriam peso considerável, já que são responsáveis pela degradação dos indivíduos.

Assim, os hábitos de preguiça e indolência pertencem aos povos e raças que habitam países quentes, pois o clima determina esses hábitos quase imperiosamente, enquanto os hábitos de atividade e perseverança no trabalho são característicos das raças que habitam os países temperados. Algo semelhante ocorre com doenças como a melancolia, que Cabanis considera diretamente relacionada ao clima. (CAPONI, 2012, p. 66)

Cabanis encontrará nos tratados hipocráticos uma forte articulação entre as características físicas e as faculdades mentais, principalmente na teoria dos humores e da influência do clima sobre a moralidade e condutas. Ele irá além da teoria hipocrática sobre os humores, já que os gregos eram contrários à dissecação humana e, por isso, pouco sabiam sobre anatomia ou fisiologia. Ancorado nas descobertas a respeito do interior dos corpos que a anatomia e a patologia do final do século XVIII traziam, ele atualiza a leitura dos humores classificando-os em seis tipos, e aponta os órgãos e tecidos, e não os fluidos do corpo, como chave explicativa para as diferenças entre saúde e doença. Os estudos de anatomia e patologia trazem à tona a possibilidade de observar tamanho, cor e formato do cérebro, e compará-lo com outros. Esse evento permite um olhar não mais superficial sobre os corpos, mas um olhar que vasculha o interior do organismo. O olhar anatomopatológico será o fio condutor das proposições de Cabanis a respeito da relação entre o físico (organismo) e os temperamentos desejáveis ou degradados.

Portanto, em Cabanis, o clima teria um papel relevante no desenvolvimento físico e moral, assim como as doenças relativas ao mal funcionamento dos órgãos afetariam os comportamentos, já que os órgãos encontram-se articulados diretamente ao cérebro, ou seja, órgãos desproporcionais em tamanhos e funções afetam o equilíbrio físico e moral. Nessa perspectiva, a saúde representa a um só tempo bem estar físico e moral. Nesse período, o crime ocupava o mesmo patamar de enfermidade que a loucura; portanto, restituir a moralidade ou a racionalidade perdida equivaleria a uma restituição no campo da saúde física, tarefa que caberia à medicina, especificamente às medidas de profilaxia e higiene públicas. Daí por diante, abre-se o caminho para que o discurso médico atue através de ideários de restituição/regeneração e aperfeiçoamento/melhoramento da saúde e da moralidade humanas.

Para Serpa (2010), esse cenário se consolida particularmente na segunda metade do século XIX. Com os asilos cada vez mais lotados de alienados, os tratamentos e teorias propostos por Pinel e Esquirol começam a demonstrar suas falhas e incapacidades para dar conta daquela situação crescente na população. Nesse contexto, surge uma teoria contrária as teses naturalistas que vinculavam as condições climáticas ou variações do meio externo às afecções morais. Desempenhando o mesmo eixo articulador entre os aspectos físicos e morais postulados por Cabanis, o cérebro e o sistema nervoso têm nessa nova estrutura narrativa uma importância capital. No tocante à rede causal das degenerações, essa teoria aventava a possibilidade de classificações etiológicas sólidas para as patologias mentais que não se baseassem apenas em sintomas ou estigmas.

Fomentando tais possibilidades explicativas, o Tratado de Morel parte de um fundamento organicista, tornando-se um marco da teoria da degeneração. De acordo com Caponi, para seu fundador, Bénédict Augustin Morel, as condições climáticas não poderiam ser apontadas como as principais causas desencadeadoras das patologias mentais. Compartilhando do pensamento de Cabanis, Morel acredita que o cérebro e o sistema nervoso ocupam posição singular no desencadeamento das degenerações. Nem mesmo as forças espirituais (ou alma) do indivíduo poderiam ultrapassar os limites impostos por ele. De igual modo, seria responsabilidade desse órgão induzir os indivíduos a agir e pensar de determinadas maneiras. Algumas de suas limitações se manifestam na infância, através de deformações cranianas e atrofia interna; outras, surgem na idade adulta em decorrência de fatores hereditários ou de condições externas.

Dificilmente um 'degenerado' poderia ter seu estado normal restituído, como acreditava Pinel. Ao contrário, um indivíduo que se afastar do 'tipo normal da humanidade', ou seja, um degenerado, carregará em si influências nocivas, sem nunca se libertar completamente delas e,

o que é mais grave, poderá transmiti-las a seus descendentes. Esse seria um dos pontos mais importantes dessa teoria. Morel acreditava que o fracasso dos tratamentos anteriores se devia à falta de compreensão desse fator, a herança, pois o indivíduo que portasse traços mórbidos da degenerescência⁴⁰, inevitavelmente iria transmiti-los às gerações futuras e, após várias gerações de alienados, a degeneração se instalaria a tal ponto de se tornar incurável.

Caponi nos mostra que a degeneração aconteceria em decorrência de seis fatores: 1) intoxicações, tanto climáticas quanto as resultantes do uso excessivo de álcool; 2) meio social, através da miséria e de atividades insalubres; 3) influências mórbidas advindas de comportamentos doentios; 4) imoralidade, oriunda especificamente de males morais; 5) doenças congênitas ou da infância, como o retardo mental e o idiotismo, a surdez e a mudez; 6) hereditariedade, sendo esta a causa mais geral e universal presente em todas as formas de degeneração.

Todas essas causas (causas mistas como foram denominadas por Morel) afetam o indivíduo conjuntamente, tornando as afecções morais e as doenças dos órgãos e sistemas as responsáveis pelas diferentes classes dos degenerados. Não seria possível realizar um estudo que separasse as causas físicas das morais. Tampouco a explicação e solução para a questão das degenerações poderia ser encontrada em outros campos de saber, que não o campo médico. As teorias da Economia da época, que apregoavam soluções através de modificações do meio externo, ou seja, das condições materiais de existência, eram completamente rejeitadas por Morel. Apenas o saber médico seria capaz de responder e solucionar essa complexa rede causal de fatores sociais, econômicos e morais. Os estudos anatomopatológicos eram os principais instrumentos em que Morel se baseou para defender ferreamente sua posição.

De acordo com Caponi, a conexão entre doença nervosa e hereditariedade é a maior marca no Tratado de Morel. Diferentemente das outras concepções de herança clássica que se interessavam pela transmissão de patologias semelhantes, Morel se preocupa com a herança mutável, com ciclos de predisposições prováveis. Ele estabelece três noções explicativas como causas das degenerações: a predisposição, as causas predisponentes e as causas determinantes. Sem nos atermos nesse ponto, podemos dizer que os fatores morais ou físicos seriam as causas predisponentes capazes de provocar patologias mentais que seriam transmitidas via hereditariedade. Estes herdeiros teriam grande predisposição de desencadear doenças mentais

⁴⁰ Esses traços se encontram nas condições exteriores, no físico, como baixa estatura, conformação defeituosa da cabeça, temperamentos doentios, infertilidade, deformidades e anomalias, como também, nas condições interiores, na moral em comportamentos aberrantes, cretinismo, mau uso das faculdades intelectuais (CAPONI, 2012).

frente a uma causa determinante (interna ou externa, física ou moral) que, por sua vez, transmitiriam aos seus descendentes e assim sucessivamente.

A transmissão via hereditariedade inaugura o estudo das histórias patológicas de cada uma das gerações pertencentes às diferentes famílias de degenerados, não limitando as observações apenas ao campo da anatomia. Dessa maneira, foi possível estabelecer categorias de indivíduos degenerados de acordo com semelhanças patológicas internas (advindas de lesões e predisposições hereditárias) e externas (advindas de estigmas que seriam marcas ou signos de degeneração).

O abismo que separava o alienismo clássico e a degenerescência era justamente a questão que tangenciava a cura. Enquanto, para o alienismo clássico, a doença mental era proveniente de um misto de causas que não imputavam primazia à hereditariedade ou ao cérebro, para os teóricos da degenerescência a doença mental era o último estágio a que o indivíduo poderia chegar, e raramente viria a sair dele. A alienação mental, uma vez instalada, não poderia ser curada. Seria necessário estar atento aos pequenos sinais, aos indícios de uma doença mental que poderia se manifestar num futuro próximo; caso contrário, as possibilidades de reversão seriam mínimas, ou nulas. Dessa maneira, a terapêutica de Morel passa a atuar de forma preventiva através de uma higiene moral diferentemente da proposta dos alienistas, que atuavam no momento da crise. Morel propõe inscrever a patologia mental numa perspectiva mais ampla, que contemple tanto o momento de crise da doença, quanto o período do nascimento até a própria genealogia das famílias acometidas por diferentes anormalidades.

A ampliação do entendimento do termo degeneração para além do âmbito das alienações e delírios teve como consequência direta a expansão de categorias nosológicas, permitindo o confinamento de uma imensa massa de indivíduos com as mais diversas formas de patologias, desde aquelas consideradas mais amenas até as formas mais graves de degeneração. Os asilos passaram a abrigar os indivíduos considerados idiotas, imbecis, portadores de paralisias, mania, melancolia, tristeza ou demência.

O confinamento representava a salvaguarda das possíveis ameaças que os doentes ofereciam em duas vertentes - para a família do doente e a sociedade ao seu redor. Segundo Caponi, a proposta de higienização de Morel não se restringia apenas ao espaço interno dos asilos. Além da profilaxia hospitalar, outras duas frentes terapêuticas ultrapassavam o espaço asilar: o tratamento do estado agudo e o tratamento moral. A primeira frente atuava sobre as mais variadas doenças físicas, desde as paralisias e lesões cerebrais, àquelas decorrentes de intoxicações e contaminações. A segunda, quando aplicada no exterior do asilo, recaía sobre as populações. E justamente aqui é que reside o núcleo do tratamento que Morel, denominava de

‘moralização das massas’. A higiene moral que avança sobre a sociedade visava normalizar o comportamento dos indivíduos através de uma série de regras de condutas intelectuais, sociais e morais. A teoria da degeneração foi a estratégia discursiva que possibilitou a saída da psiquiatria do interior dos asilos e sua larga atuação sobre o tecido social a partir das premissas da prevenção e antecipação da loucura.

Após a morte de Morel, em 1873, psiquiatras franceses passaram a discutir a possibilidade de criação de uma classificação de doenças mentais que fosse aceita universalmente pela psiquiatria. Médicos, neurologistas e psiquiatras de diversas partes do mundo se dedicaram à pesquisa e publicação de inúmeros artigos sobre a problemática das degenerações hereditárias, resultando num quadro gigantesco de novas patologias que a tinham como pano de fundo. Um dos principais representantes desse debate foi Valentin Magnan, discípulo de Morel que, assim como seu mestre, inicia suas reflexões sobre a degeneração a partir dos estudos sobre o alcoolismo, classificando-o como uma patologia hereditária. Para Magnan, o alcoolismo era um dos grandes problemas sociais, que afetava física e moralmente o sujeito que bebia e seus descendentes (CAMARA, 2007).

Para Caponi, o ponto divergente entre Morel e Magnan era a clínica. Enquanto o trabalho de Morel era mais teórico, Magnan caminhava na direção do trabalho empírico e clínico procurando estabelecer a teoria da degeneração no campo da anatomia patológica, localizar o espaço social do degenerado e construir uma classificação universal das patologias mentais. A partir de pesquisas clínicas, Magnan cria uma espécie de categoria hierárquica das patologias mentais e coloca o idiotismo como o primeiro e mais severo grau de degeneração, seguido pelo imbecil, depois o débil mental. O último grupo seria o dos loucos morais, composto por sujeitos impulsivos, acometidos por manias de excitação, melancolia, delírios.⁴¹

Magnan não trabalhava com a ideia de um tipo normal da humanidade, criado por Deus e que teria se degradado. O tipo normal seria aquele capaz de controlar seus impulsos e agir de acordo com as normas socialmente estabelecidas. Essa capacidade de não se submeter aos próprios impulsos e desejos involuntários e violentos era sinônimo de equilíbrio mental. Os degenerados eram desprovidos dessa faculdade, já que sua imensa variedade sintomática (estigmas físicos, psíquicos e delírios) tinham como causa principal o desequilíbrio mental. A ideia de desequilíbrio trazida por Magnan substitui, pouco a pouco, a concepção de localização de lesão cerebral. O desequilíbrio ou desarmonia ocorre quando as funções cerebrais não

⁴¹ No idiotismo, o sujeito está como que “desligado” do mundo. A partir de lesões no córtex cerebral, decorrentes da hereditariedade ou de doenças na primeira infância, seu sistema nervoso central não se articula corretamente com o aparelho sensorial. No caso da demência, o sujeito padece de debilidade de memória (CAPONI, 2012).

funcionam corretamente devido a falhas na conexão dos centros cerebrais com a medula espinhal. O conjunto de sintomas passa a ser denominado de síndromes, uma espécie de canal por onde escoia a loucura. As síndromes possuiriam um eixo articulador e um denominador comum entre elas. O eixo articulador entre as síndromes seria a repetição sintomática nas famílias dos degenerados, podendo variar em grau de intensidade ou vir associada a outros sintomas; e o ponto comum é que todas seriam evolutivas e irreversíveis.

O campo da sexualidade teve importância capital com Magnan. Os comportamentos sexuais passaram a ser observados sob a ótica patológica da clínica, que categorizou uma ampla gama de síndromes, iniciando uma verdadeira patologização dos comportamentos humanos. Ainda que a linha divisória entre um pequeno desvio e a alienação mental fosse abstrata e imprecisa, a busca pela localização cerebral das síndromes não tivesse sido fecunda, e a chamada predisposição mórbida conclamasse uma série infinita de comportamentos como gérmenes da degeneração, a psiquiatria continuou avançando sobre a diversidade de condutas humanas, criando novas categorias de doenças mentais para cada espécie de comportamento que considerasse anormal. Como mostra Caponi (2012, p. 117), “a teoria da degeneração é solidária dessa duplicidade e ambiguidade que caracteriza os conceitos de norma e normalidade”. A degeneração física estava intrinsecamente ligada à degeneração moral, pois os desvios da normalidade que se manifestavam através dos estigmas físicos (desvios-padrão de altura, peso, formato do rosto, cabeça, orelhas e etc.) eram prenúncios de anormalidades morais que se revelavam pela criminalidade ou por aberrações sexuais, loucura do raciocínio, onomatomanias. Segundo Foucault (2010c), essa lógica permitiu que o perigo social passasse a ser codificado pela psiquiatria como doença.

Ainda que uma determinada síndrome não apresentasse os sinais mais comuns referentes ao quadro sintomatológico mais severo da doença mental, o fato de toda síndrome ter como principais características o seu processo mórbido evolutivo e a impossibilidade de reversibilidade, tornava o fenômeno da loucura algo sempre iminente. Essa probabilidade leva a psiquiatria a adotar um caráter extremamente preventivo, como mostra Foucault:

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou[...] Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura (FOUCAULT, 2010e, p. 101).

As bases teóricas e epistemológicas em que a psiquiatria ampliada se apoiava para vincular as condutas cotidianas, os estigmas físicos e psíquicos e os pequenos delírios como signos de patologias hereditárias a despontar num futuro próximo incomodavam alguns membros da Sociedade Médico-Psicológica de Paris, especialmente um deles, Jules Falret, em 1864. No entanto, todas as críticas levantadas sobre a teoria da degeneração foram rechaçadas por Magnan e a psiquiatria seguiu caminhando com seu programa preventivo e sua busca pela localização cerebral.

Na segunda metade do século XIX, com o fundador da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin, a teoria da degeneração é retomada. Com Kraepelin, as teses levantadas por Morel são destituídas de seus enunciados religiosos e metafísicos para integrar um quadro nosológico fundado em bases empíricas e reconhecido pela comunidade científica internacional. Segundo Caponi (2012), as cinco décadas que separam Morel de Kraepelin não modificaram a matriz explicativa da teoria da degeneração. Ela ressurgiu com seu *corpus* epistemológico praticamente intacto. Mesmo divergindo de Morel em vários pontos a respeito das doenças mentais, Kraepelin retoma as principais proposições de sua teoria sem mencioná-lo e as coloca no cerne da cientificidade, de modo que suas premissas fossem legitimadas pela comunidade desse campo. Utilizando-se das mesmas ferramentas metodológicas que Morel, ele lança mão de estudos estatísticos e comparativos de doenças mentais, segue na busca pelas alterações biológicas como causa das doenças mentais, e tenta estabelecer vínculos entre fatos sociais e transformações biológicas. Foucault (2006a) dirá que a utilização dessas ferramentas metodológicas foi uma estratégia da psiquiatria; ou seja, na ausência de relação entre a prática psiquiátrica e os discursos de verdade, a psiquiatria vai se utilizar do discurso clínico ou classificatório (nosológico) e do discurso anatomopatológico. Do primeiro, ela se apropria do discurso médico clínico para descrever a loucura como uma série de quadros de doenças mentais, cada qual com sua sintomatologia, sua própria evolução, seus diagnósticos e prognósticos peculiares como uma tentativa de constituir uma espécie de correlação com a verdade médica. O segundo discurso científico de que a psiquiatria se apropria, o discurso anatomopatológico, traz para a cena a questão do substrato ou dos correlativos orgânicos da loucura através da busca por lesões cerebrais e sua relação com a loucura mesma.

Kraepelin, manipulando as mesmas estratégias utilizadas por Morel, irá mais longe e avançará por sobre o tecido social, procurando estabelecer correlações entre fenômenos sociais e patologias psiquiátricas. Ele irá afirmar que os grandes centros urbanos impactavam negativamente a saúde mental dos indivíduos com tal predisposição. Para Caponi, devido à impossibilidade de identificar as causas das doenças mentais com a mesma precisão que a

medicina faz com as doenças infecciosas, Kraepelin utiliza o contexto social como estratégia explicativa dos desvios mórbidos. No entanto, ele não foi o primeiro a tentar estabelecer esse tipo de vínculo; alguns médicos e psiquiatras contemporâneos a ele já tinham cogitado essa questão. O diferencial é que as relações que ele estabelece retomam os axiomas da teoria da degeneração do século XIX, na medida em que a constituição biológica do indivíduo será determinante para o aparecimento da doença mental. Em outras palavras, os fenômenos sociais só poderão impactar negativamente o indivíduo ao ponto de desencadear uma patologia mental se nele houver predisposição hereditária. “Para determinar a etiologia da doença, é frequentemente decisivo analisar o papel das predisposições naturais, especialmente aquelas definidas por herança” (KRAEPELIN *apud* CAPONI, 2012).

A teoria da degeneração ganha um novo patamar a partir de Kraepelin. Com viés neolamarckiano, que acreditava que os caracteres adquiridos num ambiente insano se convertiam em caracteres hereditários, suas teses partiam do pressuposto de que as experiências sociais⁴² vividas pelos indivíduos deixavam marcas nas células germinais que, além de afetar o corpo como um todo, seriam transmitidas para as futuras gerações. No entanto, devido às dificuldades em se comprovar cientificamente os postulados neolamarckianos em laboratório, Kraepelin vai na direção dos estudos estatísticos longitudinais de grande escala em diversos lugares do mundo. Serão os estudos epidemiológicos que conferirão a validação científica que ele precisava para que sua teoria fosse aceita. Suas pesquisas passam a englobar taxas de natalidade e mortalidade, aptidões militares, taxas de criminalidade, prostituição, alcoolismo, sífilis, até patologias mentais como idiotia, psicopatia e epilepsia. Dessa maneira, as estatísticas conferiam à psiquiatria não só poder para explicar as patologias mentais, como para intervir sobre o tecido social (CAPONI, 2012).

Por intermédio das estatísticas, Kraepelin inaugura uma metodologia quantitativa para a pesquisa das patologias mentais. Ele cria um instrumento de análise chamado *Zählkarten*, uma espécie de questionário que tinha como objetivo a coleta e o armazenamento de dados sobre as doenças de determinado paciente. Esse método permitia a categorização de nosologias afins, formando uma grande base de dados quantitativos e comparativos. Foi a estratégia que ele utilizou para “fundamentar de maneira objetiva as classificações nosológicas e as loucuras da degeneração” (CAPONI, 2012, p. 144), tornando-se uma referência no campo da psiquiatria até hoje.

⁴² As experiências sociais a que Kraepelin se referia eram das mais variadas; passavam pela ingestão de tóxicos às exigências impostas pela sociedade moderna (CAPONI, 2012).

A intervenção preventiva também será uma das estratégias por onde a psiquiatria poderá escalonar um número cada vez maior de patologias mentais. Segundo Caponi, a perspectiva de Kraepelin será marcada pela ideia de antecipação e prevenção da loucura, sustentada por dois fundamentos: a hereditariedade de determinadas patologias e seu caráter evolutivo. Aliando os estudos estatísticos aos estudos de anatomopatologia, de neurologia e localização cerebral, a psiquiatria moderna inaugurada por Kraepelin ampliou o olhar médico sobre as dores emocionais, colocando o relato, a história de vida e o discurso do paciente cada vez mais à margem do diagnóstico. Dessa maneira, a herança mórbida como explicação para as causas das doenças mentais se sobrepôs à abordagem psicanalítica. A psiquiatria deixada por Kraepelin escamoteou o espaço de fala do paciente, constituindo não a escuta atenta à fala do outro, mas o diagnóstico como a primeira etapa do tratamento.

Outra marca deixada por Kraepelin foi a divisão das patologias psiquiátricas em dois grandes blocos. No grupo da loucura maníaco-depressiva estavam as doenças com possibilidades de cura, como a melancolia, os delírios, as manias. No grupo da demência precoce – mais tarde chamado de esquizofrenia – estavam as doenças incuráveis. Essa classificação nosológica acompanhará a psiquiatria moderna até os dias atuais. Quase cinquenta anos após a morte de Kraepelin, um grupo de psiquiatras americanos autointitulado ‘Neokraepelianos’ retomam suas teses, mudando radicalmente as bases da psiquiatria. A conexão com outros campos do saber (como a psicanálise, a sociologia ou a psicologia) foi drasticamente subtraída. A classificação de diagnósticos passou a ser elaborada pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) e incorporada ao DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), que viria a ser a referência enciclopédica dos transtornos mentais mais consultada pelos profissionais da área da saúde (CAPONI, 2011, 2012).

Foi a partir do DSM III, em 1980, que as fronteiras entre o normal e o patológico ficaram muito mais demarcadas, e o rompimento com a abordagem psicanalítica – que imperava no âmbito da psiquiatria norte-americana – se deu por completo (WHITAKER, 2017). O DSM-III trouxe modificações em sua estrutura e metodologia que foram preservadas até sua última edição, o DSM-5 em 2013. Os transtornos mentais passaram, a partir de então, a ser trabalhados numa perspectiva extremamente fisicalista, o que possibilitou a “ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465). O DSM teve sua primeira edição em 1952 pela APA. A segunda edição veio em 1968, avançando um pouco mais rumo a uma epistemologia de cunho mais reducionista e fisicalista, consolidando-se no DSM-III.

Um fato notório e curioso é a similaridade existente entre as duas obras que são consideradas o legado de Kraepelin e a referência na formação de psiquiatras do mundo todo, o *Manual de Psiquiatria* e o DSM. Segundo Caponi (2011), assim como o DSM dos nossos tempos, o *Manual de Psiquiatria* de Kraepelin propunha uma nomenclatura única e uma única lógica classificatória das patologias psiquiátricas, lançou várias edições, sendo que cada uma delas, na medida em que avançava na direção da neurologia, da patologia cerebral e dos estudos estatísticos, reatualizava a temática da degeneração e acrescia novas patologias.

Nessa obra (*Manual de Psiquiatria*), Kraepelin organizou um método unificado para examinar os pacientes que funcionava como uma bússola para todo estudante de psiquiatria e que vigora até hoje, pois mantém como referência primordial a teoria da degeneração. Ele orientava que as anamneses não poderiam se reduzir a perguntas gerais sobre os episódios de patologias, mas que o procedimento deveria ser o mais minucioso possível, rastreando a herança patológica familiar e observando o desenvolvimento da doença. Para isso, deveria ser feita uma investigação aprofundada sobre as doenças e os comportamentos dos familiares diretos do indivíduo. Uma espécie de levantamento da infância do indivíduo desde o seu nascimento, as doenças e traumas que sofreu, as dificuldades de aprendizagem, motoras e de linguagem, os impulsos sexuais até a progressão de síndromes ao longo de sua vida, seus hábitos alimentares, ingestão de álcool, tóxicos, ocupação profissional. Em seguida, seriam observadas as condições físicas que comportam os estigmas físicos de degeneração (mús formações) e as medições cranianas a fim de encontrar vestígios de demência precoce ou psicose maníaco-depressiva (CAPOPNI, 2011, 2012).

Em ambos os Manuais, tanto o DSM de nossa atualidade, quanto o *Manual de Psiquiatria* elaborado por Kraepelin trazem os mesmos percursos metodológicos de investigação e construção da etiologia dos transtornos mentais fundamentados na teoria da degeneração. Assim como Foucault (2010e) nos mostrou, a psiquiatria precisa construir uma análise da loucura que se desloque em relação à análise tradicional para que possa aparecer o caráter de sua irreduzibilidade. Dessa maneira, o foco de suas preocupações irá circular em torno da hereditariedade familiar, da gestação, do nascimento, da infância e do desenvolvimento sexual da criança, especificamente o onanismo, e da busca por estigmas físicos de degeneração. A partir disso, a loucura pode ser percebida como um risco iminente, um perigo que precisa ser identificado previamente e combatido desde a sua raiz. De acordo com Kraepelin:

A profilaxia é da maior importância. Pessoas defeituosas (com traços de degeneração) devem ser dissuadidas de se casarem umas com as outras. Influências nocivas devem ser combatidas, o alcoolismo principalmente. Quando crianças, os pais devem ter atenção especial com a educação, que deve se referir tanto ao corpo quanto à alma. O desenvolvimento mental deve ser atrasado se existem sinais de precocidade (KRAEPELIN *apud* CAPONI, 2021, p. 158).

A psiquiatria adota um caráter preventivo, atuando de forma a identificar precocemente as possíveis situações de risco. As predisposições herdadas juntamente com as influências do meio e a localização cerebral foram e continuam sendo desde Morel, passando por Magnan, Kraepelin e se reatualizando nos dias de hoje, as bases explicativas para as patologias mentais.

A recuperação e atualização dos postulados da psiquiatria biológica de Kraepelin se deu por intermédio do grupo de psiquiatras americanos que abordamos anteriormente, os neokraepelinianos. Caponi afirma que muitas das premissas de Kraepelin foram retomadas pelos neokraepelinianos, com exceção das pesquisas etiológicas, pois eles estavam interessados na objetividade empírica de pesquisas científicas com enfoque biológico, e as perguntas etiológicas poderiam trazer confusões diagnósticas. Portanto, os critérios metodológicos que orientariam a psiquiatria desde os neokraepelinianos até o momento presente seriam aqueles com enfoque biologicista, localizacionista e descritivo, ou seja, aqueles que priorizam a perspectiva biológica dos transtornos mentais, centrando suas pesquisas na localização cerebral e na descrição dos sintomas.

Conforme Caponi (2012) nos mostrou, o discurso atual da psiquiatria não dialoga diretamente com as mesmas questões que motivaram Cabanis, Morel e Magnan, ou seja, com o homem perfeito criado por Deus e aquele que se desviou dele, ou com os estigmas e síndromes de degeneração e muito menos com a relação intrincada entre o físico e o moral. Apesar disso, essas questões formaram os alicerces para as premissas dos degeneracionistas e, posteriormente, dos kraepelinianos, possibilitando a emergência dos constructos que mobilizam a psiquiatria atual.

Desde os teóricos da degeneração, passando por Kraepelin e reaparecendo com os neokraepelinianos, a psiquiatria busca investigar e classificar os transtornos mentais de acordo com os seguintes critérios: utilizar os mesmos procedimentos da anatomoclínica como parâmetros de construção de saber e de construção diagnóstica, partir de uma investigação biológica a respeito da matriz genealógica dos pacientes e integrar os estudos realizados com as últimas descobertas dos campos da biomedicina, da genética e da neurologia. Portanto, os degeneracionistas se debruçaram sobre os estudos da herança mórbida; Kraepelin investigou a

herança mórbida (mas partindo de uma vertente biológica), e os neokraepelinianos articularam suas pesquisas às descobertas no campo da genética.

Esses estudos sempre procuraram estabelecer uma linguagem técnica que vinculasse os estados mentais à estrutura física, especificamente a neurológica. Essa interpelação fisicalista dos transtornos mentais acompanha a psiquiatria desde o século XIX. Porém, é certo que os teóricos da degeneração tinham consciência dos limites de suas investigações, mas guardavam esperanças num futuro promissor, onde as descobertas biológicas conseguiriam, finalmente, compreender os mecanismos de funcionamento cerebral e encontrar as causas das patologias psíquicas. Porém, como afirma Caponi (2014), até o presente momento, esse futuro promissor não despontou no horizonte da ciência. O que presenciamos é a continuidade de interpelações fisicalistas dos problemas, que pouco avançou na direção de suas causas. As fronteiras entre normalidade e patologia continuam frágeis, já que se apoiam em conjuntos de sintomas que, ao mesmo tempo que oriundos da esfera médica, têm uma face social e, por isso mesmo, são suscetíveis a variações dependendo do contexto histórico, político e social. Nem os avanços das neurociências ou da genética conseguiram construir um fundamento sólido que explicasse as causas e apontasse as soluções para as patologias mentais. Nem mesmo o aperfeiçoamento tecnológico de PET-scans (aparelho de produção de imagens cerebrais) e ressonâncias magnéticas, o sequenciamento do genoma humano ou os psicofármacos trouxeram resultados contundentes sobre o problema.

Para finalizar essa seção, o que vemos atualmente é que, assim como os degeneracionistas, que procuravam o deciframento das doenças mentais em um correlato material cerebral, as neurociências avançam para o âmbito das emoções, dos comportamentos sociais e sentimentos morais. Diversas áreas de pensamento surgiram a partir das neurociências, como a neuroética, a neuroeconomia, a neuropolítica, a neuroarte (BEZERRA JR., ORTEGA, 2006).

Diante de todo o cenário apresentado, faz-se necessário problematizar as consequências que os usos e as transformações do conceito de degeneração tiveram na construção de um discurso psiquiátrico que procura compreender a dimensão humana com base numa concepção organicista e fisicalista, especificamente em torno do cérebro. Essa ênfase dada ao cérebro - como órgão basilar responsável pelas doenças e sofrimentos psíquicos - chamada de cerebralismo, ou uma faceta específica do fisicalismo (AZIZE, 2010), solapa nossa subjetividade, mitigando nossas singularidades. Como disse Ehrenberg (2004), vivemos um retorno da ideia redutora de que os fenômenos psíquicos estão no cérebro. Esse discurso se encontra vivo e presente no cenário atual, contribuindo diretamente para o fortalecimento do

processo de medicalização em um de seus grandes alvos, a dimensão infantil. A infância é um grande campo de atuação da medicalização e dos diagnósticos descritivos. O contexto atual nos mostra que as problemáticas infantis vêm sendo capturadas pelo discurso psiquiátrico e transformadas em patologias medicalizáveis. A justificativa oferecida pela psiquiatria é a de que os primeiros anos de vida são um dos momentos mais importantes do ser humano, e também um dos mais delicados - período crucial em que a “herança mórbida” pode vir à tona.

3.2 QUANDO A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SE INSCREVE NA INFÂNCIA: UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

[...] a psiquiatria diz: deixem vir a mim as criancinhas loucas. Ou: não se é jamais demasiado jovem para ser louco. Ou ainda: não esperem ficar maiores ou adultos para serem loucos (FOUCAULT, 2006a, p. 155).

Vimos anteriormente que o predomínio da perspectiva quantitativa provém do modelo positivista de Comte, para o qual os fenômenos patológicos são variações quantitativas dos fenômenos normais (SAFATLE, 2011). Séculos depois, a concepção quantitativa adentra as esferas da psiquiatria e ganha, com Kraepelin, status de confiabilidade e objetividade, passando a ser bússola do modelo de pesquisa na área da psiquiatria. Canguilhem nos advertiu quanto à tentativa de quantificar a dimensão humana, ou seja, de tratá-la no âmbito da realidade estatística:

Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada. Não se ditam normas à vida, cientificamente (CANGUILHEM, 2009, p. 90).

A norma, e não o normal, é sempre individual, dizia Canguilhem (desse modo, refere-se ao indivíduo e cada indivíduo é detentor de sua própria concepção subjetiva do que seria normal para si). Portanto, tratar a dimensão humana em termos quantitativos, extraindo a média-normal, significa encapsular a saúde a uma norma e encaixá-la em modelos predefinidos, descontextualizando o indivíduo da esfera social, histórica e política. Nessa mesma perspectiva, Benoit (1989) diz que a ordem vital é regida por três normas: a anatômica, a social e a íntima. A biomedicina pauta-se apenas pela norma anatômica. Já a norma social, nos mostra Canguilhem, trabalha com a ideia de que os conflitos intrínsecos à própria condição humana e suas configurações sociais não podem ser considerados doenças, pois são arranjos de vida e cada sociedade tem os seus. A terceira norma, a íntima, representa um *modus vivendi* e permeia

tanto o mundo externo (mundo das palavras e das imagens), quanto o mundo interno (orgânico); nessa dimensão, nem a saúde ou a doença podem ser normatizadas exclusivamente pela referência do corpo maquínico.

Considerar os critérios sociais, históricos e políticos que atravessam os indivíduos não significa abandonar as dimensões quantitativas de qualquer tipo de análise; ao contrário, uma análise precisa levar em conta as diversas dimensões que circunscrevem a questão. O problema está na retomada da matriz positivista quando se estabelecem padrões universais, com uma redução do qualitativo ao quantitativo. O estabelecimento de padrões universais de normalidade e patologia na esfera da saúde mental visa a confiabilidade e objetividade, e, com isso, evitar os riscos da subjetividade. A esse respeito, recorreremos mais uma vez a Canguilhem (2009), que já havia discutido sobre a impossibilidade de existência de uma patologia objetiva. Dizia ele que uma análise pode partir do solo objetivo, metódico, crítico e experimental, mas seu objeto não é um fato e, sim, um valor. Uma análise sobre saúde mental e seus aspectos principais - como comportamentos, pensamentos e cognição - não pode se calcar no paradigma cartesiano, pois ele não será capaz de interpretar a complexidade desse campo. A dimensão humana, com seus sofrimentos, dificuldades, contingências e vicissitudes, é impossível de ser quantificada. Mais ainda é a singularidade de cada um: esta passa ao largo de modelos preestabelecidos que ditam o que é normal ou patológico.

De acordo com Silva (2001), são inúmeras as tentativas de enquadramento da dimensão humana em modelos normativos, quantitativos e objetivos, como se em algum futuro não muito distante fosse possível transformar a subjetividade em alguma matéria orgânica passível de modificações cirúrgicas. Nesse sentido, a infância tem sido um alvo privilegiado das investidas da psiquiatria e das neurociências. O interesse pelo desenvolvimento infantil não mais segue uma perspectiva assistencial, psicológica ou educativa, mas médico-psiquiátrica. Comportamentos e habilidades são calculados quase que matematicamente. Em determinada fase da vida a criança tem que balbuciar um número 'x' de sons; deve rolar, rastejar e engatinhar; tem que andar e se comunicar de forma compreensível; deve interagir com os coleguinhas na escola; permanecer quieta e atenta em sala de aula; não pode bater ou demonstrar qualquer tipo de agressividade e tampouco contrariar as normas impostas pela escola ou pelos familiares. Esses são apenas alguns critérios de um desenvolvimento esperado, ou seja, normal de acordo com o DSM. Mas o que acontece quando o comportamento exigido de uma criança normal não corresponde aos padrões estabelecidos? Toda a criança que siga o seu próprio modo de ser, sentir e estar no mundo, ou seja, de descobrir a vida e com ela formar um laço que escape

aos padrões estabelecidos socialmente, corre o risco de ser rotulada como portadora de algum transtorno mental.

Cada sociedade tem seu próprio modo de compreensão e sua própria convenção do que seja uma infância saudável (ZORZANELLI; CRUZ, 2018). Foucault irá dizer que foi justamente ao lado da elaboração do conceito de “normal” que se fez a difusão do poder psiquiátrico. Em nome do normal, a sociedade ocidental contemporânea psiquiatrizou o discurso e adotou o olhar médico para esquadrihar a infância, para diagnosticá-la e encontrar a loucura do adulto na criança. Na sociedade ocidental,

[...] a infância tornou-se objeto de disputa de poderes, configurada como uma zona limítrofe de confronto entre o público e o privado, gerando novos saberes e modalidades de controle. O cuidado com as crianças ultrapassou família e escola, sendo abarcado pelo discurso médico sobre a infância (VORCARO, 2011, p. 220).

Foucault (2006a) demarcou a trajetória que levou o saber médico-psiquiátrico a reduzir sua atuação a um diagnóstico de desvio comportamental e sua tentativa de normatização, via medicação. Ele mostrou que, entre 1860-1880, houve uma mudança radical no interior da medicina orgânica clássica que trouxe uma nova realidade do corpo para além dos órgãos e tecidos; uma realidade que contemplava suas funções, desempenhos e comportamentos, que ele chamou de corpo neurológico. A partir de então, a psiquiatria tentaria inscrever a loucura no interior de uma sintomatologia médica geral. Foucault nos alertou quanto ao fracasso dessa tentativa, pois não se pode localizar a loucura assim como se localiza uma doença renal, por exemplo, dado que o corpo neurológico escapa aos domínios da psiquiatria. Restaria à psiquiatria a tentativa de realizar a doença, ou seja, de materializá-la através de três técnicas vigentes até hoje: o interrogatório, a hipnose e as drogas.

Contudo, nem sempre a infância foi alvo da psiquiatria. Na psiquiatria clássica, o interrogatório não tinha como objetivo encontrar na infância as razões para a loucura do adulto, mas apreender evidências que atestassem a predisposição hereditária da doença. De acordo com Foucault (2006a), a psiquiatrização da infância teve início no século XIX, partindo de uma junção de interesses econômicos e políticos. O grande objetivo da época era ajustar uma multiplicidade de indivíduos aos aparelhos de Estado que os controlavam, ou ainda, ajustar uma grande quantidade de pessoas aos aparelhos de produção - à acumulação de capital. Esse ajustamento foi possível no âmbito limitado de instituições que tinham caráter normalizador, como o quartel, a escola, o hospital, a oficina, etc. No entanto, seu efeito normalizador era dicotômico, pois, se por um lado ajustava, por outro produzia uma série de anomalias,

ilegalismos e irregularidades. Segundo Santos (2009), foi exatamente nessa produção “excedente” que o sistema econômico e político da burguesia encontrou sua fonte de lucro e fortalecimento.

Essa disciplinarização penetrou o interior das famílias burguesas objetivando - da mesma forma - lucros sobre as anomalias. As casas de saúde particulares que atendiam a burguesia eram estruturadas conforme o modelo familiar numa espécie de tripé edipiano, com pai, mãe e filhos, e disso dependia a recuperação do doente. Progressivamente o olhar psiquiátrico, que operava dentro da casa de saúde, atravessou seus muros e foi incorporado pelas famílias. A família passou a atuar segundo os moldes disciplinares e a designar o normal e o anormal dentre seus membros, aquilo que Foucault chamou de junção asilo-família. Esse contexto caracteriza o início da vigilância sobre a criança, o momento em que a psiquiatria passa a operar na vida privada com e através da família.

A criança passou a ser controlada e vigiada em sua própria casa, por seus próprios familiares. Toda sua dimensão comportamental, seu caráter e sua sexualidade se tornaram objetos da psiquiatria. Foucault nos mostra que a psiquiatria foi adentrando o universo infantil por duas frentes, pela via do lucro e pela via do poder. A partir do momento em que a família lhe confia a criança, ela adquire o monopólio financeiro, ou seja, entra pela via do lucro. A segunda porta de entrada se faz a partir do momento que a psiquiatria passa a investigar na infância do adulto os fatos que podem ter desencadeado a loucura.

No entanto, ao mesmo tempo que as disciplinas familiares e escolares foram se tornando mais rígidas, e a própria família passou a controlar a normalidade e a anormalidade - funcionando como uma extensão do corpo psiquiátrico, essa não pode ser apontada como a causa da psiquiatrização da infância. Tampouco o interesse da psiquiatria pela infância se deu por intermédio da criança louca ou pela loucura da infância.

A psiquiatrização da infância entrou em cena por intermédio da criança não-louca. Foucault (2006a) nos mostra que até o final do século XVIII, época em que a loucura era precisamente caracterizada pelo delírio, o que se chamava de imbecilidade, estupidez e idiotia eram entendidos como uma espécie de loucura, não se distinguindo da categoria geral da loucura. A categoria geral poderia ser dividida em duas subcategorias, uma loucura em forma de mais e uma loucura em forma de menos. A subcategoria mais comportava o rompante da cólera, do furor contra objetos ou pessoas, da agitação temporária, euforia, ou seja, os paroxismos do delírio. Já a loucura menos é marcada pelo abatimento, pela inércia, pela não-

agitação caracterizando o que se chamava de demência, imbecilidade ou estupidez.⁴³ Em outras referências, a estupidez e a imbecilidade eram definidas como uma classe pertencente ao quadro nosográfico da mania, da melancolia, da demência. Há, também, indicações de que a idiotia apareceria na infância e a demência, sua equivalente, apenas depois de certa idade. De todo modo, nesse período o idiotismo figura no interior da loucura como sua máxima expressão, como o eclipse da razão. Todo pensamento, ação, percepção e sentimentos aparecem obnubilados na idiotia, e por isso ela se configura como uma categoria do delírio.

No início do século XIX, surge um novo conceito de idiotia. Num primeiro momento, Esquirol e Jacques Étienne Belhomme⁴⁴ diferenciam a idiotia da loucura e introduzem a noção de desenvolvimento. A idiotia não estaria mais no quadro geral da loucura, mas no quadro das monstruosidades⁴⁵ ou enfermidades, portanto não seria mais considerada doença ou delírio, mas ausência de desenvolvimento das faculdades intelectuais. Ela é estável e não evolui e aparece nos primeiros anos de vida ao contrário da demência, que surge próximo da puberdade e pode se agravar conforme os anos ou, em alguns casos, pode até ser extinta. Por aparecer tardiamente, a demência não rouba totalmente as capacidades intelectuais do indivíduo, e mesmo após seu surgimento subsistem restos de inteligência. A idiotia é marcada pela ausência de passado, pela inexistência de memória de qualquer vestígio de inteligência.

Num segundo momento, Édouard Seguin (1812-1880) introduz a noção de desenvolvimento não mais como uma faculdade ou qualidade da qual somos dotados ou privados, mas como um processo que afeta a vida orgânica e a vida psicológica. Ele distingue conceitualmente a idiotia e o retardo mental. A idiotia é caracterizada não mais pela ausência, mas pela interrupção de desenvolvimento fisiológico e psicológico. No retardo mental, como o próprio nome sugere, não há interrupção de desenvolvimento, mas lentidão em seu ritmo; a criança retardada seria aquela que ficaria aquém de outras da mesma idade. Segundo Foucault (2006a), a noção de desenvolvimento de Seguin contém uma dimensão temporal, onde o idiota seria aquele que parou muito cedo em algum estágio dessa escala e a criança retardada, aquela

⁴³ Sobre a demência, estupidez e imbecilidade, Foucault (2006a) afirma que em Étienne-Jean Georget, o furor está relacionado com a exaltação das forças nervosas e musculares, estimulada por sentimentos ou ideias errôneas, ou seja, é o tipo máximo do delírio. Por outro lado, Joseph Daquin estabelece uma diferença entre loucura extravagante e loucura estúpida: o louco extravagante é incauto e vive uma agitação corporal contínua. Já o louco imbecil age sem discernimento, como se seus órgãos intelectuais não existissem. A demência é considerada por William Cullen como inabilidade de julgamento moral entre o certo e o errado; o bom e o ruim. François Fodéré via semelhanças entre a demência e a idiotia, caracterizada pela inexistência total ou parcial das faculdades intelectuais e afetivas.

⁴⁴ Jacques Étienne Belhomme era agregado da seção dos idiotas no serviço de Esquirol, no Hospital de Salpêtrière (FOUCAULT, 2006a).

⁴⁵ Étienne Georget considerava a idiotia um defeito originário de desenvolvimento. Do ponto de vista intelectual, os idiotas eram monstros (FOUCAULT, 2006a).

que percorre essa escala numa velocidade muito inferior comparada às outras. Portanto, o desenvolvimento é análogo à norma na qual os indivíduos se situam. A norma da idiotia será demarcada pelo adulto; ele será o modelo final de desenvolvimento. Já a lentidão do retardo mental terá nas outras crianças a sua referência normativa de desenvolvimento.

Com Seguin, o estatuto de doença da idiotia e do retardo passa por uma alteração que repercute em várias instâncias, desde a maneira de se lidar com esses indivíduos, a terapêutica, até própria pedagogia. O idiota e o retardado não podem ser considerados doentes, pois não saíram da normalidade, apenas sofreram uma parada no estágio de desenvolvimento ou uma diminuição de sua velocidade. Não têm sintomas de doença, mas instintos descontrolados, liberados e anárquicos que precisam ser controlados e reprimidos. Esses indivíduos passam a ocupar um lugar dentro de uma nova categoria, a categoria de anomalia, que é distinta da doença. Portanto, são considerados anormais.

Simultaneamente à mudança de estatuto médico da idiotia e do retardo mental à categoria de anomalia, ocorria um processo de cooptação dessas duas enfermidades por parte da psiquiatria. Esse movimento se principia ao final do século XVIII quando a idiotia e o retardo mental se desligaram da loucura. Primeiramente se deu o afastamento desses indivíduos do resto da sociedade para o interior de instituições pedagógicas de surdos-mudos. Subentendia-se que estes pertenciam à infância, pois, de certo modo, eram crianças cujo desenvolvimento ocorria em outra dimensão temporal. Por esse motivo, necessitavam de uma terapêutica pedagógica rígida e radical. O segundo passo do movimento de confisco da categoria de anomalia por parte da medicina se deu com o regresso desses indivíduos para o interior do espaço asilar, em alas especializadas para crianças débeis, idiotas, histéricas e epiléticas. Ao final, a psiquiatrização desses indivíduos se concretiza através de uma decisão do ministro do Interior francês em 1840, que decretava que os idiotas deveriam ser internados da mesma maneira que os alienados, ou seja, a idiotia passa a ser uma variação da categoria de alienados. Portanto, a noção de alienação mental passa a abranger todas as formas de loucura, mais a idiotia e a imbecilidade.

A partir de então, as crianças que sofriam de idiotia ou retardo mental não poderiam frequentar outro estabelecimento senão o asilo de alienados. Nesse contexto, a instituição escolar funcionará como uma instância de circulação do poder psiquiátrico, atuando em duas vertentes. Ela se tornará o espaço de seleção daqueles indivíduos com condições de frequentá-la, e funcionará como uma espécie de laboratório de pesquisas onde serão desenvolvidos diversos trabalhos sobre a debilidade mental. O conjunto de professores passará a se

responsabilizar pela identificação dos alunos com dificuldades pedagógicas e comportamentais ou daqueles que sequer podem frequentar a escola.

Portanto, a flexibilização do conceito de alienação mental anulou a distinção entre idiotia e doença mental, e viabilizou a intervenção e o asilamento psiquiátrico das crianças idiotas. Através do *Tratamento moral dos idiotas*, Édouard Seguin elaborou a pedagogia a ser aplicada aos idiotas dentro do espaço asilar aos mesmos moldes do poder psiquiátrico. Traçou uma série de orientações para o mestre que conduziria a educação dessas crianças, abordando desde suas vestimentas, até sua postura e comportamento. Nessa nova concepção pedagógica, o corpo do mestre era o vetor do poder psiquiátrico, “precisamente aquilo por que deve passar a própria realidade do conteúdo pedagógico” (FOUCAULT, 2006a, p. 274). Toda a organização educacional dos idiotas, que tem sua pedra angular na figura do mestre, foi planejada segundo os parâmetros do poder psiquiátrico, que da mesma forma se estrutura em torno e a partir do corpo do psiquiatra. Até mesmo a rotina e o funcionamento das alas psiquiátricas destinadas às crianças idiotas se articulavam aos mecanismos disciplinares do asilo, com a mesma distribuição linear de corpos, e internos mantidos ocupados durante todo tempo.

Dessa maneira, compreende-se como a noção de instinto se vinculou à prática psiquiátrica, possibilitando a inauguração da categoria de anomalia. A fundação dessa categoria afetou diretamente a criança, não o adulto. Até então, a criança louca não existia, apenas o adulto era considerado louco. No entanto, toda a família que foi se formando em torno da idiotia - desde o mentiroso ao envenenador, passando pelo pederasta, incendiário e onanista constituía o campo geral da anomalia, tendo a criança retardada, a criança débil e a idiota como membros essenciais na composição da infância anormal (CAPONI, 2009).

Para Foucault (2006a), foi precisamente a caracterização da idiotia e seu controle pelo poder psiquiátrico que possibilitaram o início da medicalização da infância, na medida em que as noções de instinto e de degenerescência se articularam em torno da criança anormal. Se o instinto opera como uma espécie de pulsão desgovernada que precisa ser controlada através da educação, a degenerescência é consequência de anomalia transmitida dos pais para a criança que, dependendo da situação, pode desencadear a loucura no adulto. Como Foucault sintetizou, a anomalia conduz à loucura e a loucura produz a anomalia.

A partir dessa trajetória, a medicina se estabeleceu como dispositivo regulador do normal e do patológico na infância (MACHADO, 2009). Através do controle da família⁴⁶ e de

⁴⁶ Segundo Foucault (2006), a noção de degenerescência vai demarcar o território da família e de seus ascendentes. A família será o berço da anomalia e da loucura, e por esta razão se tornará objeto de controle por parte do poder psiquiátrico.

práticas higienistas, a criança passou a ser vigiada e a infância se tornou uma modalidade de controle. Com o tempo, a infância foi capturada pelo poder médico-psiquiátrico que descartou a narrativa de vida dos familiares e da própria criança, considerando apenas as sintomatologias, o funcionamento cerebral e neuroquímico.

3.2.1 Quais são os alvos da medicalização na infância: disfunções neuroquímicas ou comportamentos indesejados?

Vimos que, após o lançamento do DSM-III, os problemas de ordem psíquica foram deslocados para o campo dos transtornos e, dessa forma, passaram a ser tratados como genéticos e neurobiológicos. O sujeito, em sua maneira singular de desenvolvimento psíquico e pertença à esfera social, histórica e cultural, foi sendo escamoteado por questões de ordem biológica. Em se tratando da infância, ainda que ela seja um conceito transversal, abordado por diferentes áreas desde a saúde, passando pelas ciências sociais e educacionais, a interpelação médico-psiquiátrica tem sido fator dominante nas questões que lhe são endereçadas.

O estudo *“Behavioral Management for Children and Adolescents: Assessing the Evidence”* (Gestão comportamental para crianças e adolescentes: avaliando as evidências)⁴⁷ exemplifica como os comportamentos considerados inadequados – diante do que se convencionou chamar de “normal” - são tratados em termos médicos por psiquiatras e especialistas da saúde. Publicado em 2014 por pesquisadores da Universidade do Sul da Flórida, a pesquisa examinou a eficácia das intervenções e gerenciamentos dos comportamentos infantis na literatura do Centro de Informações sobre Recursos Educacionais e Índice Cumulativo de Literatura em Enfermagem e Saúde. De acordo com a pesquisa, o comportamento problemático no início da vida pode estar relacionado ao futuro abandono escolar, problemas acadêmicos, violência, delinquência e uso de substâncias; além disso, o comportamento delinquente na primeira infância está relacionado com atividade criminosa na idade adulta. Dessa forma, as intervenções comportamentais são importantes para a criança e para a sociedade em geral.

A pesquisa analisou o gerenciamento comportamental da Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (SAMHSA), serviço projetado para ajudar crianças e adolescentes a desenvolver ou manter comportamentos pró-sociais em casa, na escola ou na comunidade. Os comportamentos a serem gerenciados e modelados incluem demonstrar relações positivas e não agressivas com pais, professores e colegas; demonstrar empatia e

⁴⁷ Para acessar o estudo na íntegra: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300253>>.

preocupação pelos outros, cumprir regras e respeitar figuras de autoridade. A análise do comportamento aplicada usa princípios gerais de aprendizagem, observação direta, medição objetiva e avaliação analítica para moldar o comportamento e resolver problemas clinicamente significativos para o indivíduo ou a família. Através dessa pesquisa podemos observar a ingerência da medicina em todas as esferas da vida da criança, uma vez que as intervenções comportamentais incidem na família e na escola.

A conjunção de que os comportamentos infantis que se desviam daquilo que fora acordado como “média” serem classificados como patológicos, não é algo novo. Ao longo dos anos, muitos termos foram utilizados para nomear as crianças que apresentavam um padrão comportamental caracterizado por hiperatividade, desatenção ou impulsividade acima do esperado ou de determinada faixa etária de desenvolvimento. Dentre os diversos transtornos que se encontram na esfera infantil, o TDAH é o que mais se destaca tanto nas taxas crescentes de diagnósticos⁴⁸, quanto nos meios de comunicação e mídias sociais.

A denominação Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) passou a ser aceita mundialmente a partir do DSM-III. Na mídia tradicional (jornais, noticiários televisivos e boletins informativos) e nas plataformas virtuais como o *Facebook*, facilmente encontramos a descrição do TDAH como um transtorno comportamental. Nos meios científicos, o TDAH carrega como prefixo o morfema “neuro”, sendo descrito como um transtorno neurobiológico ou do neurodesenvolvimento, ainda que nenhum marcador biológico tenha sido encontrado para sustentar tal afirmação. De todo modo, o diagnóstico do TDAH é realizado a partir de um quadro sintomático, ou em outras palavras, de um quadro comportamental.

A prescrição de remédios psiquiátricos para crianças, especialmente àquelas diagnosticadas com TDAH, tem se tornado algo comum, quase que uma rotina dentro dos consultórios de psiquiatria infantil e neuropediatria. Os motivos são os mais variados, sempre partindo de um quadro comportamental: agressividade, agitação, falta de concentração, timidez, falta de rendimento escolar, desobediência, alterações de humor e etc. Será que esses comportamentos são indicativos de uma patologia mental? Ou fases comuns do desenvolvimento infantil? No momento do encaminhamento psiquiátrico e da prescrição médica, o contexto sociofamiliar dessas crianças é levado em consideração?

O maior objetivo da psiquiatria do século XIX era classificar o comportamento indesejado socialmente como anormal. Seus propósitos sempre giraram em torno da prevenção

⁴⁸ Segundo a OMS, 4% da população mundial têm o TDAH; só no Brasil aproximadamente 2 milhões de pessoas têm o transtorno < <https://www.paho.org/bra>>.

de falhas comportamentais, entendidas como provenientes de questões biológicas. Aliada à teoria degeneracionista do caráter hereditário e evolutivo das patologias, a psiquiatria passou a diagnosticar pequenos desvios de conduta, estados alterados de humor ou sofrimentos relacionados às mazelas da vida, como síndromes ou transtornos mentais. Atualmente, a psiquiatrização da infância procura os primeiros vestígios de anormalidade já no início do desenvolvimento, valendo-se de uma lista de sintomas ambíguos e subjetivos (GIUSTI, 2016). Todo e qualquer desvio daquilo que se manifesta na infância se configura como vestígio de anormalidade e passa a ser classificado como patologia mental. No DSM-IV, os transtornos mais diagnosticados na infância são categorizados como:

- globais de desenvolvimento (TGD);
- disruptivos ou externalizantes e
- emocionais ou internalizantes.

De acordo com os quadros clínicos que compõem os transtornos mentais da infância nessa edição do manual, o conjunto de desordens intelectuais é denominado de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Esse conjunto engloba os diferentes transtornos do espectro autista (TEA), as psicoses infantis, a síndrome de Asperger, a síndrome de Kanner (autismo) e a síndrome de Rett. Eles interferem diretamente nas interações sociais, afetam o interesse das crianças em determinadas atividades, o contato visual, o humor, a coordenação motora e são marcados pelos padrões de comunicação repetitivos e reduzidos (PARANÁ, 2016).

Dentre os transtornos do comportamento disruptivo ou externalizantes, os mais diagnosticados na infância são o transtorno de comportamento e transtorno de conduta (TC), transtorno opositivo desafiador (TOD) e o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Os transtornos emocionais ou internalizantes mais comuns na infância são os depressivos e os transtornos bipolares, seguidos pelos transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade de separação (TAS), a síndrome de pânico, o transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Os transtornos alimentares também se encontram nessa categoria e incluem a anorexia nervosa e a bulimia (PARANÁ, 2016).

No entanto, nem a categorização e nem os contornos desses transtornos são fixos. Segundo os próprios membros da força-tarefa do DSM-5, o manual não consegue capturar integralmente a complexidade e a heterogeneidade dos transtornos mentais. E, na medida em que novas descobertas são realizadas, as demarcações existentes podem ser modificadas. Do ponto de vista sociológico, a dinâmica dessas categorias não só reflete o sofrimento e as queixas

dos indivíduos, mas obedece a exigências normativas, e estas se modificam ao longo do tempo e de acordo com os contextos sociais.

Para além da instabilidade das categorizações e demarcações das fronteiras dos transtornos, observamos um aumento crescente no número de casos diagnosticados na infância e adolescência. As informações divulgadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴⁹ em abril de 2018 atestam que os transtornos mentais na infância e adolescência trazem grande impacto para a saúde, acompanhados de severas consequências sociais e econômicas em todo mundo. Estima-se que 16% da população de crianças e adolescentes têm algum diagnóstico de transtorno mental. As condições mais problemáticas costumam se manifestar por volta dos 14 anos, mas a maioria dos casos não é detectada e nem tratada.

Dos programas realizados pela OPAS, constatamos alguns projetos destinados à prevenção e tratamento de transtornos mentais na infância. A abordagem adotada pela organização compreende a questão de maneira abrangente, e parece não adotar a via medicamentosa como maior ou única aliada terapêutica. De acordo com a organização, os determinantes da saúde mental não recaem apenas sobre os indivíduos, mas dizem respeito aos fatores sociais, culturais, ao padrão de vida, às condições de trabalho e ao apoio comunitário. A linha de tratamento desenvolvida pela OPAS e pela OMS propõe terapias que se utilizam do diálogo, como a cognitivo-comportamental e a psicoterapia. Ainda que um sujeito diagnosticado com transtorno mental - como a depressão, por exemplo - venha a fazer uso de psicofármacos, essa não é a primeira opção de tratamento indicada, muito menos em crianças ou adolescentes. O tratamento deve incluir aspectos psicossociais e contemplar o que eles denominam de fatores de estresse, como problemas de ordem financeira, dificuldades no trabalho ou abuso físico/mental e, também, identificar possíveis fontes de apoio, como familiares e amigos.

Cientes da precariedade do tratamento e atenção dirigida à questão da saúde mental na infância e adolescência, a organização diz que os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à alta demanda em saúde mental, o que traz uma lacuna entre a necessidade de tratamento e a sua oferta. Nos países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das

⁴⁹ A OPAS foi fundada em 1902, sendo uma das organizações internacionais de saúde mais antigas do mundo. Ela coopera tecnicamente para aprimorar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. Maiores informações no site: <<https://www.paho.org/bra/>>

pessoas com transtornos mentais também se encontram à deriva nessa questão, pois, além do apoio dos serviços de saúde, esses indivíduos necessitam de assistência e cuidados sociais.

De acordo com o levantamento sobre a taxa global de transtornos mentais realizado pela OMS em 2017 (Mental Health Atlas 2017), mesmo com progressos na formulação e planejamento de políticas de saúde mental, ainda faltam profissionais de saúde e investimentos nessa área em todo o mundo. Esse documento toma como base os dados fornecidos por 177 Estados Membros da Organização, o que representa 97% da população mundial. O documento aponta diretrizes para o desenvolvimento e implementação de políticas e programas de saúde para a infância, afirmando que compete aos governos a adoção de medidas de promoção de saúde e medidas preventivas contra os transtornos mentais em todas as fases da vida, principalmente na infância, ou seja, antes dos 14 anos de idade. No entanto, a recomendação de tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais não deve ser de natureza farmacológica e, sim, psicossocial evitando a institucionalização e a medicalização. Ademais, o item 70 do documento diz claramente que todos os setores e administrações governamentais são responsáveis pela promoção da saúde e prevenção dos transtornos mentais nessa fase da vida, pois

[...] los problemas de salud mental vienen muy influidos por toda una panóplia de determinantes sociales y económicos, por ejemplo el nivel de ingresos, la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones materiales de vida, el estado de salud física, la cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles. Los niños y adolescentes expuestos a catástrofes naturales o a conflictos o disturbios civiles, sobre todo los que han participado en fuerzas o grupos armados, tienen enormes necesidades en materia de salud mental y requieren especial atención (OMS/WHO, 2013, p. 20).

Essa mesma perspectiva está presente no Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020⁵⁰ da OMS. Ele não faz referência a questões genéticas ou hereditárias, tampouco a disfunções neuroquímicas relacionadas aos transtornos mentais na infância. Ao contrário, ainda que aponte a singularidade de cada um como fator relevante, o documento entende o desencadeamento dos transtornos mentais na infância muito mais ligado a problemáticas de ordem social e econômica (meio ambiente) do que biológico-hereditárias, e alerta para que o tratamento realizado com crianças em desenvolvimento não seja de ordem química.

No entanto, os rumos da psiquiatria e seu *modus operandi* parecem avançar em outra direção. Desde que iniciamos nossa pesquisa, dispomos de uma ferramenta *online* que nos alerta

⁵⁰ Acessar documento na íntegra: < https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>.

sobre transtornos mentais na infância em *sites*, jornais, revistas e *blogs*. Todos os dias recebemos em média 3 a 5 notícias sobre o crescimento das taxas de transtornos mentais na infância a nível global, especialmente TDAH, e a publicação de diversos estudos que visam compreender suas causas e descobrir suas origens dentro da esfera genética. Com efeito, não há um dia sequer em que a sigla “TDAH”, ou expressão “transtornos mentais” deixem de ser repetidas por um meio de comunicação brasileiro. A maior parte das matérias faz menção a estudos científicos que reafirmam a tese de que os transtornos mentais na infância são uma doença cerebral de origem genética. Muitas delas mostram dados alarmantes sobre as taxas de prevalência dos transtornos mentais na infância, mas nenhuma evidência científica a respeito de sua etiologia. Um exemplo disso pode ser encontrado dentro do próprio site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), muito citado no grupo do *Facebook* de nossa pesquisa. Essa associação é uma entidade que segundo sua carta de princípios, tem como missão divulgar informações científicas sobre TDAH, capacitar profissionais da saúde e da educação e dar suporte e orientação às pessoas diagnosticadas com TDAH e seus familiares⁵¹.

A maioria das notícias divulgadas no site da ABDA menciona pesquisas e descobertas científicas, assim como índices e taxas de prevalência do TDAH, mas ao final a resposta parece ser sempre a mesma: de que a ciência está prestes a descobrir a verdadeira causa do TDAH e de outros transtornos mentais que, finalmente, possibilitará sua cura ou o melhor tratamento. Enquanto esse dia não chega, a psiquiatria continua procurando aproximar seus métodos e procedimentos aos da clínica geral, na esperança de encontrar as bases neurológicas para os transtornos mentais. Para além da hipótese da deficiência química, ela também busca apoio nos estudos genéticos e nas neurociências, trazendo as “provas de verdade” através de neuroimagens de cérebros diagnosticados com transtornos. De acordo com Rocha et al. (2001), as técnicas de neuroimagem são amplamente aceitas na prática clínica para o diagnóstico diferencial de demências, doenças neurológicas e investigação de algumas condições médicas, como o lúpus eritematoso sistêmico e a síndrome de imunodeficiência adquirida. A tomografia computadorizada (TC), a ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) são recursos importantes para a detecção de doenças cerebrais orgânicas, como tumores e doenças cerebrovasculares. Desde o surgimento das novas técnicas de neuroimagem, muitos estudos vêm sendo realizados para compreender as estruturas e o funcionamento cerebral concernentes à fisiopatologia dos transtornos neuropsiquiátricos. A expectativa recai sobre a utilidade da neuroimagem na clínica psiquiátrica, contribuindo no

⁵¹ Mais informações acessar: < <https://tdah.org.br/> >

diagnóstico, avaliação e prognóstico de um paciente. No entanto, o sucesso que as práticas para a neuroimagem conquistaram no diagnóstico diferencial de doenças que cursam com patologia cerebral bem definida, não se aplica aos transtornos psiquiátricos:

Apesar do impacto indubitável dos achados reportados na literatura desta área, os resultados das pesquisas são quase sempre frutos de comparações estatísticas de médias de medidas cerebrais entre grupos de pacientes e controles normais. Já quando as imagens de qualquer modalidade são inspecionadas individualmente, anormalidades são detectadas em apenas uma parcela dos pacientes e com considerável variabilidade quanto à natureza e à localização cerebral. Em vista desta heterogeneidade, a neuroimagem não propiciou até hoje um único achado sequer que tenha sensibilidade e especificidade suficientes a ponto de poder estabelecer uma ligação definitiva com a clínica, através de aplicações diagnósticas práticas (ROCHA et al., 2001, p. 58).

Frente à ausência de marcadores biológicos, resta para a psiquiatria a determinação de diagnósticos baseada exclusivamente na aparição sintomática estabelecida nos critérios do DSM e a contenção desses sintomas via psicofármacos.

Diante desse quadro, o TDAH nos chama a atenção em dois aspectos. Primeiro, ele nos leva ao ponto nevrálgico da articulação dialética entre a esfera psiquiátrica (seus modelos teóricos e suas abordagens terapêuticas) e a macrosfera social: escola, família e medicina. Segundo, ele nos convoca à análise de todo um universo normativo, simbólico e prático que vai além do campo da clínica.

Por ser um dos transtornos mais diagnosticados na infância, Matthew Smith (2017), professor sênior de História da Saúde no Centro de História Social da Saúde e Cuidados da Saúde na Universidade de Strathclyde, discute a patologização da infância e o que ele chama de ‘colonização da psiquiatria americana’ no contexto global. Em seu estudo, publicado pela *Society for the Social History of Medicine* (SSHM) intitulado “*Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective*” (Hiperatividade ao redor do mundo? A história do TDAH na perspectiva global), ele mostra que o êxito dessa colonização se deve muito ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), que, desde a década de 1960, tem possibilitado com que milhares de crianças e até mesmo adultos sejam diagnosticados e medicados com psicofármacos. É o que nos mostra a matéria publicada no jornal Estadão em 2015 intitulada “Déficit de atenção não é só coisa de criança”. De acordo com a matéria, cada vez mais adultos na faixa dos 40 anos são diagnosticados com TDAH. Foi o caso de Christian, de 40 anos, que após relatar ao médico os problemas de desatenção que sofria na infância e na vida adulta, realizou uma bateria de testes e avaliações que apontaram para o TDAH. A matéria ainda traz dados da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) que afirmam que 4%

da população adulta tem déficit de atenção. Aproximadamente 80% dos casos tiveram início na infância, a maioria deles não diagnosticados. Hoje, uma em cada vinte crianças sofre com a doença.

De acordo com Matthew Smith, o TDAH era um distúrbio reconhecido apenas nos EUA e se tornou um transtorno diagnosticado e tratado em todo o mundo. Ele teve sua primeira descrição em 1957, denominado de transtorno do impulso hiperkinético. O surpreendente é que os autores de sua primeira descrição diziam que o comportamento das crianças consideradas “normais” não era tão diferente daquelas que recebiam o diagnóstico de TDAH. Smith afirma que o aspecto cotidiano dos comportamentos do TDAH em crianças é a base explicativa da expansão diagnóstica do transtorno tanto nos EUA, quanto ao redor do mundo. As crianças são diagnosticadas e tratadas através de uma gama de sintomas tipicamente comportamentais, tidos como inadequados ou anormais, e não através de um exame clínico ou de um marcador biológico, até porque nenhum marcador biológico foi encontrado até o momento. Nesse sentido, Smith afirma que essa realidade fez do TDAH um mercado muito atraente para as empresas farmacêuticas, que deixaram os mercados dos EUA e foram em busca de “crianças anormais” em outras partes do globo.

De fato, a ideia de distúrbio ou desajuste entre o comportamento individual e as expectativas de determinado contexto social – pontuadas temporalmente por sua correspondência com estágios de desenvolvimento – opera como uma objetivação do conceito de funcionamento social normal (DUPANLOUP, 2011). Observamos como isso se reflete no DSM, pois ele fundamenta todas as suas classificações na noção de que um sofrimento ou transtorno passam a ter significância clínica quando “afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes” (DSM -5, 2014, p. 20).

Nessa perspectiva, somos confrontados pelas seguintes questões: que condições permitiram que um transtorno oriundo dos EUA, com etiologia desconhecida, sem marcadores biológicos capazes de comprovar sua existência e fundamentado exclusivamente numa gama de sintomas, se expandisse no mundo todo tornando-se um transtorno transcultural (ORTEGA, F. et al, 2010)? Se o comportamento humano é estabelecido a partir de um conjunto de relações e interações sociais, culturais e históricas entre indivíduos de um mesmo grupo social, como foi possível o TDAH ser classificado como um transtorno transcultural? A partir de uma base diagnóstica unicamente comportamental, como o TDAH pode se manifestar uniformemente entre indivíduos de etnias e nacionalidades diferentes?

As respostas a essas questões - complexas em sua natureza - não podem se reduzir a um simples fator genético ou a hipotéticas disfunções neuroquímicas, como o discurso psiquiátrico

insiste em afirmar, até porque não existem exames clínicos que comprovem essas afirmações. Para compreendermos a trajetória discursiva sobre o TDAH que possibilitou com que as convicções do discurso científico e médico se desdobrassem para o campo discursivo do jornalismo e para o campo do senso-comum, influenciando e sustentando as premissas a respeito desse transtorno, selecionamos alguns dos trabalhos mais relevantes que abordam esse tema.

Um estudo que se tornou referência sobre a prevalência mundial do TDAH a partir do DSM-IV, e influenciou diversas pesquisas, lobby de empresas farmacêuticas e atenção dos meios de comunicação de modo geral, se fundamenta em bases biologicistas e aborda o fenômeno dos transtornos mentais pelo viés neuroquímico. Publicado em 2003 pela *World Psychiatry* (WPA)⁵² esse artigo encontra-se nos arquivos da *American Journal of Psychiatry*. Intitulado “*The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?*” (A prevalência mundial de TDAH: é uma condição americana?), esse estudo minimiza qualquer possibilidade de influências do contexto social, histórico, político e cultural sobre o TDAH na infância e afirma sua prevalência transcultural. O estudo foi financiado pelo laboratório *Johnson&Johnson*, o mesmo que criou o medicamento ADDA Concerta, muito indicado em casos de TDAH. As investigações sobre as causas biológicas do TDAH legitimam os tratamentos farmacológicos que procuram modular a química cerebral. Essa legitimação se dá através do financiamento das pesquisas pelas indústrias farmacêuticas. A grande maioria dos estudos sobre TDAH desenvolvidos no mundo, são financiados por indústrias farmacêuticas, ator social hegemônico na produção do conhecimento científico desse e de outros transtornos (SMITH, 2017; WHITAKER, 2017; ANGEL, 2007; 2009). Para a realização desse estudo, foram considerados válidos apenas os diagnósticos realizados a partir dos critérios do DSM-IV. Os pesquisadores selecionaram 50 estudos da base de dados do MEDLINE no período de 1982 a 2001 e deduziram que, quando se utilizam os critérios diagnósticos do DSM-IV, a prevalência de TDAH em outras partes do mundo não sofre variações em relação aos EUA. Os resultados apresentados apenas reforçam as prerrogativas dos proponentes do TDAH. Em primeiro lugar, o estudo afirma que o TDAH não pode ser visto como um transtorno comportamental puramente norte americano, derivado de fatores culturais ou sociais intrínsecos a esta sociedade. Em segundo, insiste na tese de que as taxas de prevalência do transtorno são tão altas em crianças americanas, como em crianças de outras nacionalidades.

⁵² WPA – Official Journal of the World Psychiatric Association. Revista médica que cobre pesquisas na área de psiquiatria com maior número de citações. < <http://www.wpanet.org/>>.

Mesmo reconhecendo que não foram considerados outros critérios diagnósticos que não aqueles do DSM-IV (como os critérios do CID-9 e CID-10), e que o corte populacional da pesquisa não poderia representar todas as populações infantis do mundo, os pesquisadores generalizaram os resultados e afirmaram que as taxas de prevalência do TDAH no mundo todo encontravam-se no mesmo intervalo como nos EUA. O TDAH passa a ser considerado um transtorno comportamental comum em crianças de diferentes etnias e nacionalidades, e as variações em suas taxas de prevalência são decorrentes de confusões em relação ao seu diagnóstico. Em direção oposta, Matthew Smith (2017) diz que a compreensão adequada sobre as variações nas taxas de prevalência do TDAH deve ser procurada nas diferenças locais de cada região onde esse transtorno aparece. Ademais, a propagação global do TDAH, que surgiu nos EUA, assim como a aceitação desse transtorno em outros países, deve ser investigada à luz de uma série de fatores sociais, culturais, históricos e políticos.

Um segundo estudo sobre TDAH que causou grande impacto no meio científico foi publicado em 2007 pelo periódico médico *American Journal of Psychiatry*. Ainda que esse estudo não esteja dentro do recorte temporal que elegemos, ele deve constar nesta tese por sua enorme repercussão acadêmica, o que faz dela uma referência nessa temática, articulando diversos outros estudos posteriores. Até 2019, esse estudo havia sido citado 5.085 vezes, um número significativo dentro dessa temática. Intitulado “*The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*” (A prevalência mundial de TDAH: uma revisão sistemática e análise de meta-regressão), foi realizado por uma equipe de pesquisadores brasileiros e tinha como objetivo calcular a prevalência global do TDAH (Polanczyk et al., 2007). Devido à grande variação entre as taxas de prevalência do TDAH em diferentes países, a pesquisa procurava compreender as razões dessas discrepâncias.

Para a realização do estudo, os autores pesquisaram as bases de dados do MEDLINE e do PsycINFO de janeiro de 1978 a dezembro de 2005, além de uma extensa bibliografia que incluía livros didáticos, listas de referências e artigos de vários continentes, como América do Norte, América do Sul, Europa, África, Ásia, Oceania e Oriente Médio. Pesquisas foram incluídas se relatassem prevalência pontual de TDAH para indivíduos com 18 anos de idade ou mais jovens da população em geral ou escolas de acordo com os critérios do DSM ou CID. Os resultados foram surpreendentes e revelaram uma taxa global de prevalência do TDAH infantil de 5,29%. Em relação à grande variabilidade das taxas, os pesquisadores explicaram que isso ocorreu devido a diferenças metodológicas entre os estudos e não em função de diferenças reais de distribuição do TDAH internacionalmente. Ou seja, o fator responsável pela variabilidade

das estimativas de prevalência do TDAH seria a metodologia utilizada nos estudos, e não a localização geográfica ou a ambiguidade inerente ao próprio diagnóstico do TDAH.

Outro dado relevante dessa pesquisa aponta a influência exercida pelo DSM- IV. Os estudos baseados nos critérios do DSM-III-R ou CID-10 tiveram taxas de prevalência inferiores àqueles que utilizaram os critérios do DSM-IV.⁵³ Por fim, os pesquisadores concluíram que, além das diferenças metodológicas, a grande variabilidade das estimativas de prevalência do TDAH em todo o mundo poderia ser explicada pelo fato de que os psiquiatras de outras parte do mundo (que não onde o TDAH fora estabelecido) estavam, simplesmente, atrasados e que a ausência de diferenças significativas nas taxas de prevalência de TDAH entre a América do Norte e a Europa comprovava que o TDAH não era um constructo culturalmente peculiar à cultura norte-americana, mas um transtorno mental incontestável. Segundo consta na declaração de interesses no corpo do artigo, esse estudo teve uma parte de seus recursos financiada pelos laboratórios Bristol-Myers Squibb, Janssen-Cilag e Novartis e *Eli Lilly*, justamente a empresa que produz o medicamento Strattera utilizado no TDAH. O envolvimento entre a equipe de pesquisadores e os laboratórios não é algo de menor importância. Luis Augusto Rohde – um dos autores desse estudo - está no departamento de palestrantes e é consultor da Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag e Novartis; ele também atua no conselho consultivo da Eli Lilly. Maurício Silva de Lima é diretor médico da Eli Lilly, Brasil. Joseph Biederman recebe apoio de pesquisa da Shire Laboratories, Inc., Eli Lilly, Wyeth-Ayerst, Pfizer, Cephalon, Novartis e Janssen; ele também atua nos escritórios de Eli Lilly, Pfizer, Novartis, Wyeth-Ayerst, Shire Laboratories, Inc., McNeil e Cephalon, e está no conselho consultivo de Eli Lilly, CellTech, Shire Laboratories, Inc., Novartis, Noven, McNeil, Janssen, Johnson & Johnson, Pfizer e Cephalon. Drs.

Nesse sentido, concordamos com as afirmações de Smith (2017) quando este fala que os proponentes do TDAH têm dispendido grandes esforços para minimizar as possibilidades de influências decorrentes de fatores culturais, sociais, políticos e históricos nas taxas de prevalência ou no diagnóstico do TDAH, reduzindo sua natureza apenas dentro das explicações

⁵³ Os autores da pesquisa argumentam que a terminologia do TDAH passou por muitas mudanças. Os critérios do CID-10 e do DSM-IV trazem uma lista de sintomas semelhantes, mas diferentes recomendações diagnósticas. O CID-10 requer um número mínimo de sintomas das três dimensões (desatenção, hiperatividade e impulsividade). O DSM-IV estabelece apenas duas dimensões (hiperatividade e impulsividade), sendo que um diagnóstico pode ser feito mesmo com um número mínimo de sintomas em apenas uma dimensão. O CID-10 ainda obriga que todos os critérios sejam contemplados em pelo menos dois contextos situacionais diferentes, já o DSM-IV pede a presença de apenas um critério em mais de um ambiente. No CID-10, os transtornos de humor, de ansiedade e de desenvolvimento foram excluídos do diagnóstico e no DSM-IV eles são considerados como comorbidades. Segundo os autores, esses fatores podem explicar o aumento nas taxas de prevalência do TDAH baseadas no DSM-IV.

biológicas. Diante disso, podemos traçar algumas respostas para as questões que levantamos anteriormente seguindo dois pontos de análise: diagnósticos e produção discursiva acerca do TDAH. O primeiro se refere aos critérios diagnósticos do TDAH e o segundo, aos discursos que se produzem e se atualizam a respeito do mesmo. Por não existirem marcadores biológicos que possibilitem a detecção de qualquer tipo de transtorno mental, a base diagnóstica do TDAH se sustenta em uma única coluna, as características comportamentais e estas podem variar consideravelmente dependendo da geografia, da cultura ou do meio social em que a criança está inserida. Ou seja, um comportamento poderá ser considerado adequado ou normal em um meio e patológico em outro.

Segundo Becker (2008), isso ocorre porque os grupos sociais constroem regras, e o anormal (ou *outsider*) será aquele que tentar infringi-las. Essas regras não são universais, cada grupo irá construir seu próprio conjunto de leis (BECKER, 2008). As características comportamentais de uma criança ou adolescente não podem ser homogeneizadas com base em um único código cultural para caberem dentro de categorias nosológicas e critérios diagnósticos universais estabelecidos em manuais. No entanto, essas informações quase não aparecem quando saem da dimensão discursiva do campo científico, atravessam a dimensão discursiva do jornalismo e chegam no campo do senso comum. Por sofrerem uma extrema redução e distorção de seus conteúdos, elas são publicadas de maneira totalizante, desconsiderando as diferentes culturas, faixas etárias, composições familiares e singularidades, como indicam as figuras 2 e 3:

Figura 2 - TDAH em meninos e meninas

Crescer GRAVIDEZ

O TDAH atinge mais os meninos do que as meninas?
 “Em estudos epidemiológicos, não se nota tanta diferença na prevalência do transtorno entre meninos e meninas, mas, em ambiente clínico, como ambulatórios e consultórios médicos, **há maior número de meninos**”, afirma Paulo Mattos, psiquiatra, coordenador do núcleo de estudos de TDAH da Universidade Federal do Rio de Janeiro, um dos fundadores da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). Mas qual seria a explicação? De acordo com o psiquiatra, existe a hipótese de que os meninos, por apresentarem mais sintomas de hiperatividade, enquanto nelas, o que mais se destaca é a desatenção. “Como ‘incomodariam’ mais, tanto na escola, quanto em casa, os meninos seriam encaminhados a especialistas com mais frequência”, diz.

Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/>, 2017

Na figura 3, compartilhada na página da ABDA, podemos observar como características comuns - que até então faziam parte do período da pré-adolescência, foram capturadas pelo diagnóstico do TDAH:

Figura 3- ABDA Sintomas do TDAH nas meninas

Os sintomas nas meninas são menos evidentes e mais “internos”:

tdah.org.br

- Ser retraída
- Baixa auto-estima e ansiedade
- Comprometimento da atenção pode levar a dificuldades no desempenho escolar
- Desatenção ou uma tendência a sonhar acordada.
- Agressões verbais, provocações, insultos, xingamentos



Fonte: Facebook ABDA, 2017

Se a mesma pesquisa for realizada na dimensão discursiva do campo científico, poderemos observar grandes conflitos em relação às diferenças de gênero e o TDAH. Como exemplo, podemos citar um estudo publicado em 1997, intitulado “*Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review*” (Diferenças de gênero no TDAH: uma

metanálise e revisão crítica), com ampla repercussão no meio acadêmico, foram analisados dezoito estudos que examinavam as diferenças de gênero no TDAH. A sintomatologia primária, como o funcionamento intelectual e acadêmico, problemas de comportamento comórbido, comportamento social e variáveis familiares foram incluídas na literatura selecionada.

Até aquele período, não foram encontradas diferenças de gênero dentre os sintomas de impulsividade, desempenho acadêmico, funcionamento social, habilidades motoras finas, educação dos pais ou depressão dos pais. No entanto, quando compararam os meninos e meninas diagnosticados com TDAH, as meninas apresentaram maior comprometimento intelectual, níveis mais baixos de hiperatividade e menores taxas de comportamentos externalizantes, porém os pesquisadores disseram não ser possível avaliar o impacto provocado pelo viés de referência nos dados encontrados. Entre as populações clínicas referenciadas, meninas e meninos com TDAH apresentaram níveis semelhantes de comprometimento nessas variáveis (com exceção da desatenção, para a qual foi encontrada uma tendência de maior gravidade entre as meninas). Os pesquisadores deixavam o alerta de que diferenças de gênero poderiam surgir para algumas dessas variáveis com mais informações disponíveis, principalmente em estudos de base populacional, uma vez que meninas não diagnosticadas com TDAH parecem ser menos prejudicadas em alguns domínios do que meninos nessas mesmas condições. Os pesquisadores encerram o estudo afirmando que a literatura atual era inconclusiva a respeito da natureza do TDAH em meninas e deixam em aberto uma série de questões sobre as diferenças de gênero no transtorno.

Avançando um pouco no tempo, um estudo publicado em 2014 por pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade de Denver; Departamento de Psicologia e Neurociência da Universidade do Colorado e do Instituto de Genética Comportamental da Universidade do Colorado em Boulder, Boulder, CO, EUA, intitulado “*Sex differences in ADHD symptom severity*” (Diferenças sexuais na gravidade dos sintomas do TDAH), analisou as diferenças de gênero na gravidade dos sintomas do TDAH em 2.332 jovens gêmeos e irmãos através de testes comportamentais e cognitivos. Os resultados mostravam uma série de discordâncias em relação aos sintomas neuropsicológicos de desatenção e comorbidades graves nos homens diagnosticados. As mulheres afetadas tiveram sintomatologia mais severa para déficits de funcionamento comportamental e cognitivo, mas os pesquisadores afirmavam que isso poderia ser explicado pelo melhor desempenho das mulheres não afetadas em comparação com homens não afetados. Os pesquisadores acreditam que a discrepância sexual no TDAH pode fornecer pistas para a etiologia do distúrbio. No entanto, os resultados atuais devem ser interpretados especificamente como explicações para a diferença de sexo na gravidade dos

sintomas do TDAH, e não na taxa de diagnóstico clínico. Ao final, a pesquisa concluía que os homens dessa amostra apresentavam maior gravidade nos sintomas do que as mulheres, devido a três endofenótipos cognitivos comumente identificados no TDAH. Como esses endofenótipos são geneticamente correlacionados com o TDAH, a diferença de sexo no TDAH pode ser geneticamente mediada, mas eles afirmaram que isso deveria ser visto com cautela e alertaram para a necessidade de mais pesquisas, uma vez que esse estudo não havia testado diretamente essa possibilidade.

Dessa maneira, com base nos resultados dessas pesquisas podemos concluir que até o momento, nem a etiologia e nem as diferenças de gênero no TDAH estão completamente esclarecidas ou comprovadas cientificamente. Robert Whitaker (2017), após anos pesquisando a incidência do TDAH e seus critérios diagnósticos, afirma que a etiologia do transtorno ainda não é conhecida. O autor faz referência a Gerald Golden, neuropediatra que em 1991 já falava das dificuldades em se definir bases biológicas para o TDAH. Segundo Golden, a neuroanatomia dos cérebros das crianças diagnosticadas com TDAH que aparecem nos estudos de imagem pode ser considerada normal, já que não apresentam nenhum substrato neuropatológico. Sete anos após essa afirmação, em 1998, um grupo de especialistas do *National Institute of Mental Health* (NIMH)⁵⁴ mostrou que a situação continuava na mesma, ao afirmarem que, após anos de pesquisas clínicas com o TDAH, suas causas continuavam desconhecidas. Em 2013, o então diretor do NIMH, Thomas Insel, disse que “ainda não foi possível atingir os resultados esperados, mas um futuro promissor se anuncia para a explicação biológica das patologias mentais” (CAPONI, 2014, p. 746), admitindo que mesmo após anos de pesquisas, a etiologia dos transtornos mentais continuava desconhecida.

Nos últimos 40 anos, inúmeras foram as tentativas para se definir bases biológicas para o TDAH, mas a natureza cerebral da disfunção até hoje permanece sem respostas conclusivas (WHITAKER, 2017). Até o momento presente, os critérios diagnósticos do TDAH são descritos a partir de comportamentos, pois “não há nenhuma medida de laboratório para documentar objetivamente a existência de um transtorno mental. A decisão de considerar uma condição ou comportamento como transtorno mental é uma questão de opinião” (WIDIGER; CREGO, 2015, p. 164).

Na pesquisa intitulada “*Concurrent Use of Stimulants and Second-Generation Antipsychotics Among Children With ADHD Enrolled in Medicaid*” (Uso simultâneo de estimulantes e antipsicóticos de segunda geração entre crianças com TDAH matriculadas no

⁵⁴ *National Institute of Mental Health* (NIMH) é a principal agência federal de financiamento de pesquisas em transtornos mentais dos EUA. Maiores informações: < <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml> >

Medicaid), publicada em 2015 por pesquisadores da Universidade de Houston e da Universidade de Dakota do Sul, foram investigados a prevalência e os fatores associados ao uso simultâneo de estimulantes de ação prolongada (LAS) e agentes antipsicóticos de segunda geração em crianças e adolescentes com TDAH. A pesquisa desenvolveu uma análise longitudinal retrospectiva dos dados do Medicaid⁵⁵ (de 2003 a 2007) com crianças e adolescentes entre seis e 17 anos diagnosticadas com TDAH, que haviam iniciado tratamento com LAS.

O estudo concluiu que uma em cada cinco crianças (que iniciaram o LAS) fez uso concomitante de antipsicóticos de segunda geração por pelo menos 14 dias. De acordo com a pesquisa, estimulantes do sistema nervoso central, como metilfenidato, anfetamina e dextroanfetamina, são a base do tratamento para o TDAH. Esses medicamentos agem como agonistas da dopamina no sistema dopaminérgico. Pesquisas recentes têm demonstrado consistentemente a eficácia desses medicamentos na redução dos principais sintomas do TDAH, como hiperatividade, impulsividade e falta de atenção. Antipsicóticos de segunda geração, como risperidona, olanzapina e quetiapina, são comumente usados no tratamento de crianças com distúrbios psiquiátricos, incluindo TDAH. Os pesquisadores terminam o estudo com o alerta sobre a escassez de evidências a respeito da eficácia do uso simultâneo de LAS e antipsicóticos de segunda geração entre crianças e adolescentes com TDAH. Esse estudo nos mostra que os remédios utilizados amenizam alguns sintomas num primeiro momento, mas provocam sérios efeitos colaterais, ao passo que nenhuma evidência sobre a etiologia do TDAH tenha sido encontrada até o momento. Os pesquisadores declararam não terem recebido apoio financeiro da indústria farmacêutica em nenhuma etapa dessa pesquisa.

De acordo com Andrade (2015), os efeitos colaterais do uso de antipsicóticos em crianças e adolescentes têm se tornado uma grande preocupação clínica. Os resultados de ensaios clínicos e relatos de casos indicam que o uso de antipsicóticos de segunda geração em crianças está associado a maiores taxas de eventos adversos, como sintomas extrapiramidais, convulsões, sedação, obesidade, diabetes mellitus tipo II, hiperprolactinemia, ginecomastia e eventos cerebrovasculares ou cardiovasculares. A autora nos mostra que um relatório da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) encontrou baixíssimas evidências sobre a eficácia dos antipsicóticos de segunda geração no tratamento do TDAH. Também não há estudos de longo prazo que comprovem a eficácia envolvendo antipsicóticos de segunda geração no tratamento de sintomas de TDAH.

⁵⁵ O Medicaid é um programa de saúde social do Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda.

Nesse outro estudo, intitulado “*Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*” (Desregulação da emoção no transtorno de déficit de atenção de hiperatividade), publicado em 2014 por pesquisadores do Instituto Nacional de Pesquisa do Genoma Humano, em Bethesda, Maryland; do Instituto de Psiquiatria do King's College London e do Departamento de Psiquiatria de Oregon Health and Science University, Portland; foi analisado a correlação do TDAH com a desregulação emocional. De acordo com os pesquisadores, a desregulação emocional é comum em indivíduos com distúrbios do desenvolvimento neurológico, incluindo o TDAH. A conceituação inicial do TDAH denominada "dano cerebral mínimo", colocava a desregulação da emoção e a desatenção entre os sintomas cardinais. Somente com a publicação do DSM-III, os sintomas emocionais se tornaram um "recurso associado", e não um critério diagnóstico do TDAH. O interesse renovado nessa área faz uma revisão oportuna da sobreposição da desregulação emocional com o TDAH, com foco na prevalência, fisiopatologia e tratamento. A regulação da emoção é entendida como a capacidade de um indivíduo modificar um estado emocional, a fim de promover comportamentos adaptativos e orientados a objetivos. Esses processos desencadeiam respostas comportamentais e fisiológicas que podem ser moduladas de acordo com os objetivos. A desregulação surge quando esses processos adaptativos são prejudicados, levando a comportamentos que comprometem os interesses do indivíduo, como alterações bruscas e não controladas das emoções, agressividade, conflito interpessoal e vínculos sociais conflitantes.

O estudo comparou reações a estímulos e sinais de recompensa entre indivíduos com e sem diagnóstico de TDAH. Segundo os pesquisadores, para que a emoção seja regulada, os sistemas de atenção posterior devem detectar estímulos e sinalizar que o controle é necessário. As evidências sugerem anomalias na orientação precoce de estímulos emocionais no TDAH. Em indivíduos sem o diagnóstico, os estímulos com carga afetiva recebem codificação sensorial precoce aprimorada, detectável por marcadores eletrofisiológicos. Esse efeito é reduzido em adultos com TDAH quando visualizam estímulos positivos, mas não negativos; seria de esperar que isso causasse uma super percepção de estímulos negativos. A avaliação de estímulos também foi estudada em relação ao processamento de recompensa. A preferência por pequenas recompensas imediatas em detrimento de atrasos maiores - mesmo quando essa escolha compromete os próprios objetivos e desejos, é considerada uma marca da impulsividade, refletindo uma grande dificuldade em esperar a recompensa. A metanálise dessa pesquisa constatou que o TDAH também estava moderadamente associado a essa preferência, embora com considerável heterogeneidade nos resultados.

Dos fatores etiológicos, a pesquisa propõe que a combinação de TDAH e a desregulação emocional apontam para um grupo genético distinto, embora os estudos que aventaram essa possibilidade não tenham sido replicados. Fatores ambientais, como críticas em excesso e maus tratos parental têm sido associados tanto ao desenvolvimento de problemas de conduta em crianças com TDAH quanto ao desenvolvimento de TDAH na infância em pré-escolares com problemas comportamentais. A hipótese apresentada é que as falhas na regulação da emoção parental, refletidas nos maus tratos, contribuem para o desenvolvimento da desregulação da emoção em crianças com TDAH. Esse estudo apresentou uma grande heterogeneidade nos resultados entre os grupos analisados, somando-se a falta de consenso entre as possíveis causas do TDAH e a associação com outros transtornos. Os pesquisadores sugerem, então, o desenvolvimento de técnicas de medição de consenso e a realização de estudos longitudinais para definir como as trajetórias de desenvolvimento dos componentes interagem entre si e com as dimensões do TDAH. Ao final, os pesquisadores apostam que, num futuro próximo, os avanços das ciências comportamentais, da neuroimagem e da genômica tragam resultados mais satisfatórios e melhoria na compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes do TDAH.

Até o presente momento, as pesquisas não definiram as bases etiológicas dos transtornos mentais, especialmente do TDAH. No entanto, as notícias divulgadas em matérias jornalísticas e nas mídias sociais tipificam o TDAH como um transtorno neurobiológico, de causas genéticas definidas e estabelecidas cientificamente, conforme figura 4:



Fonte: Jornal Folha de São Paulo, 2014.

A matéria acima, intitulada “Déficit de atenção é resultado de falha em circuito cerebral, diz estudo” e divulgada pelo jornal Folha de S. Paulo no ano de 2014, afirma que o TDAH é oriundo de causas genéticas, fruto de uma falha na liberação de dopamina. No entanto, a pesquisa veiculada na reportagem deixa claro a falta de estudos que comprovem a eficácia de antipsicóticos em indivíduos diagnosticados com TDAH. Os mecanismos de ação dos

antipsicóticos são classificados de acordo com o bloqueio dos receptores dopaminérgicos.⁵⁶ Alguns estudos apontam a predisposição genética e possíveis alterações nos neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) como causas do TDAH, mas, conforme nosso trabalho tem nos mostrado, ainda não há consenso sobre o assunto e faltam estudos que avaliem essas hipóteses. Todavia, a matéria em questão, trazia um estudo que utilizara a neuroimagem funcional, comparando 14 jovens com diagnóstico de TDAH que não recebiam medicação com um grupo controle de 15 pessoas. Os participantes da pesquisa assistiam a um jogo onde apareciam diversas imagens, e num dado momento, uma determinada imagem traria uma recompensa em dinheiro. Nos participantes com TDAH, o circuito de recompensa do cérebro não era ativado. Os resultados demonstravam que esse padrão do circuito de recompensa - predominantemente dopaminérgico - funcionava de modo deficitário em pessoas com TDAH. Paulo Mattos, psiquiatra, presidente do conselho científico da ABDA e um dos autores desse estudo, diz que a pesquisa mostra um possível componente biológico no circuito cerebral que poderia explicar a aversão de pacientes com TDAH à demora ou à espera. Essa matéria também foi republicada na página da ABDA, no *Facebook*, e obteve até o ano de 2020, 1,6 mil curtidas e mais de 260 compartilhamentos.

No entanto, a pesquisa mencionada na reportagem apresenta dados inconclusivos sobre suas hipóteses e falta de consenso entre os resultados atingidos, além de uma clara precariedade de estudos longitudinais que comprovem essas possibilidades. Mesmo após as declarações dos pesquisadores a respeito do caráter inédito de um estudo dessa natureza (até então esse padrão anômalo só havia sido testado em camundongos), a matéria foi publicada com ampla aceitação e repercussão, gerando baixíssimas críticas ou questionamentos.

Em uma outra matéria, intitulada “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças”, publicada em 2018 no *Jornal do Sudoeste*, o TDAH é apresentado como um problema cerebral que pode dificultar o comportamento das crianças, interferir no trabalho escolar, afetando o desenvolvimento social e emocional. Ela ainda afirma que imagens cerebrais comprovam que o funcionamento de crianças com o TDAH funciona de maneira diferente, e que os sintomas geralmente começam antes dos 7 anos. Ao final, ela traz duas listas de sintomas. Na primeira, se a criança atender 6 das 9 condições, ela pode ter o TDAH com dificuldade de concentração. Os sintomas listados na primeira condição são: 1) mostra pouca atenção aos

⁵⁶ Os antipsicóticos são fármacos que atuam como antagonistas de receptores dopaminérgicos e são diferenciados em “típicos” e “atípicos”. A menção mais direta à dopamina surgiu na década de 1970, quando se observou que a dopamina, e não a noradrenalina, era o neurotransmissor cujo metabolismo era aumentado pelos antipsicóticos. Daí por diante, consolidou-se a proposta de que os antipsicóticos tinham por mecanismo comum o antagonismo de receptores de dopamina (MOREIRA; GUIIMARÃES, 2007).

detalhes; 2) tem dificuldade em manter a atenção nas atividades; 3) não responde quando abordado diretamente (surdez seletiva); 4) tem problemas em seguir sequências quando dadas instruções; 5) tem problemas com a organização de projetos ou tarefas; 6) evitam assumir projetos que exigiriam um longo período de concentração intelectual; 7) perde materiais que são necessários para as atividades; 8) facilmente se distrai por coisas acontecendo ao seu redor; 9) é esquecido ou distraído. No segundo tipo, o TDAH de forma hiperativa e impulsiva, a criança deve atender 6 das 8 condições: 1) dificuldade de esperar e permanecer sentado; 2) é inquieto e impaciente; 3) corre e fica agitado em horários inapropriados; 4) tem dificuldade em brincar tranquilamente; 5) age como se não conseguisse ficar quieto; 6) fala excessivamente; 7) deixa escapar respostas antes de as perguntas estarem completas; 8) tem dificuldade em revezar e esperar por sua vez, interrompe ou se intromete com os outros. Em ambos os casos, os pais devem procurar ajuda.

Postagens com esse teor informativo são constantemente publicadas no grupo de pais e mães do *Facebook* de que participamos, afirmando categoricamente a origem genética do TDAH e a ocorrência de alterações nos neurotransmissores dopamina e noradrenalina. Com frases curtas ou apenas imagens, elas trazem afirmações sem nenhuma base epistemológica. Seleccionamos duas delas. A primeira (figura 5) é acompanhada de um texto afirmando que o TDAH é uma condição genética e hereditária. No momento da anamnese ou aplicação das escalas de comportamento e desenvolvimento, os parentes mais próximos (pai ou mãe) da criança poderiam reconhecer os sintomas da doença que não foram diagnosticados no passado. A segunda (figura 6), afirma que 70% dos casos são hereditários, e acentua a questão disfuncional no sistema de neurotransmissores. A postagem faz referência aos estudos do neuropediatra Abram Topczewski, do Hospital Israelita Albert Einstein (SP) e autor do livro *Hiperatividade e DDA: Como lidar?* Segundo Abram, as alterações mais significativas no cérebro de uma criança diagnosticada com TDAH se dão no córtex pré-frontal, região responsável pela atenção, tomada de decisões, planejamentos e comportamentos.

Figura 5 - TDAH e genética



Fonte: *Facebook* - mães e pais de crianças com TDAH, 2011

Figura 6 - TDAH e hereditariedade

70%
DOS CASOS DE TDAH
SÃO HEREDITÁRIOS



Fonte: *Facebook* - mães e pais de crianças com TDAH, 2017

Entretanto, apesar de diversas postagens e matérias jornalísticas afirmarem as causas genéticas e hereditárias do TDAH, ele continua sem comprovações científicas e segue com critérios ambíguos, ofuscados por normas e contextos sociais diversos. Segundo Fonseca e Jaeger (2015), as categorias nosológicas desse transtorno foram construídas a partir de um processo de integração e objetivação de elementos externos ao corpo em dois níveis: ao corpo psiquiátrico e ao corpo do indivíduo diagnosticado. Ao corpo psiquiátrico, pois, sem marcadores biológicos, a psiquiatria teve que integrar elementos do meio social, como normas, moral, questões culturais e escolares específicas. Ao corpo do indivíduo diagnosticado, a psiquiatria foi buscar nas ideias de hereditariedade e no cérebro as explicações de suas causas e formas de manifestação. A consequência desse processo de integração é que a matriz social desaparece em favor de sua psiquiatrização, gerando um tipo de intervenção em completo desacordo com sua fonte de origem, que é eminentemente social.

Um estudo recente sobre o TDAH - que segue na busca pela sua identificação neuroquímica - foi publicado em 2019 por um grupo de pesquisas em TDAH da Universidade de Cardiff, no Reino Unido. Intitulado “*Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder*”, os pesquisadores anunciavam a descoberta dos “primeiros fatores de riscos genéticos” comuns associados ao transtorno.⁵⁷ Apesar da etiologia e patogênese do TDAH serem pouco compreendidas, o estudo trazia dados de variantes de risco genético que estavam relacionadas ao TDAH e que desempenhariam um papel expressivo em processos biológicos relacionados ao cérebro e outros processos biológicos centrais. A equipe liderada por Anita Thapar, psiquiatra infantil galesa, professora de Psiquiatria Infantil e Adolescente do Instituto de Medicina Psicológica e Neurociência da Universidade de Cardiff, alertava para o fato de que a condição genética associada ao transtorno afetava 1 em cada 20 crianças. A pesquisa analisou informações genéticas de mais de 20.000 pessoas diagnosticadas com TDAH e mais de 35.000 pessoas sem a condição genética. A Universidade de Cardiff afirmou que esse foi o maior estudo genético realizado em toda a história do TDAH. No entanto, a pesquisa ainda não descobriu qual seria o papel exato desses genes no TDAH, deixando em aberto as perguntas a respeito da influência genética nos riscos associados ao transtorno.

O segundo ponto de nossa análise recai sobre os discursos que possibilitaram a ascensão e propagação do TDAH como transtorno comportamental, caracterizado por um sistema dopaminérgico insuficientemente ativo. Esses discursos são construídos no campo científico-médico e se desdobram para o campo jornalístico até serem apropriados e traduzidos para o campo do senso comum, onde circulam pelos mais variados meios sociais. De acordo com Whitaker (2017), o TDAH figurou no DSM pela primeira vez em 1980, mas suas raízes remontam a 1902 quando o pediatra inglês, sir George Frederic Still publicou um estudo realizado com aproximadamente 20 crianças que apresentavam agitação acima da média, peraltices e explosões violentas, embora não apresentassem nenhuma questão relacionada à parte cognitiva.

Para o pediatra, esse mau comportamento advinha de questões biológicas, pois crianças acometidas de doenças como epilepsia, tumores cerebrais ou meningites, também apresentavam comportamentos similares aos das crianças de sua amostra; portanto, ele logo concluiu que as crianças de seu estudo sofriam de uma disfunção cerebral mínima. A partir disso, diversos pesquisadores formularam a hipótese de que a hiperatividade poderia ser considerada como um marcador de lesão cerebral. Mais adiante, entre 1917 e 1928, o mundo foi acometido pela

⁵⁷ Maiores informações, acessar: < <https://www.nature.com/articles/s41588-018-0269-7> >

encefalite letárgica, uma pandemia viral que dizimou milhares de pessoas. Esse evento trouxe consequências que extrapolaram a dimensão trágica e serviu como reforço e impulso de hipóteses de causas biológicas para transtornos de condutas infantis. As crianças que sobreviveram a ela traziam como sequelas comportamentos violentos e antissociais, além de grande oscilação de humor, levando os pediatras a concluírem que se tratava de uma lesão cerebral leve provocada pela encefalite, o que reafirmava a tese da lesão cerebral mínima. No entanto, a natureza dessa lesão nunca foi identificada, muito menos as causas ou a origem dessa epidemia.

Figura 7 - João Felpudo de Heinrich Hoffman



Fonte: <https://www.psicoeedu.com.br>

Ao longo do tempo, os discursos sobre o TDAH variaram bastante. O diagnóstico do transtorno foi se orientando a partir de três sintomas centrais: a atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Caliman (2010), constrói uma cartografia dos discursos históricos do diagnóstico do TDAH, e conclui que o grau de importância de cada um desses sintomas variou bastante, passando por períodos em que nenhum deles era apontado como definidor do transtorno. Diversas linhas discursivas foram construídas ao longo do percurso histórico do TDAH, mas a questão basilar recai sobre os três sintomas supracitados e suas relações com o sexo e a faixa etária, dividida em três fases: infância, adolescência e idade adulta.

Quando a análise do TDAH se situa na infância, suas descrições patológicas são facilmente encontradas nos campos da psiquiatria, neurologia, psicologia e psicopedagogia. A escola teria um papel central na relação dos quadros precursores do TDAH e das dificuldades escolares a ele relacionados, já que é nesse universo que os sintomas se manifestam com maior intensidade. A descrição do transtorno se apoia fundamentalmente nos problemas escolares, tirando daí todo tipo de indicativos de sua existência e justificativas para o tratamento medicamentoso.

Uma pesquisa realizada com profissionais da educação de 8 escolas da rede pública e privada (do ensino infantil até o ensino médio) da cidade de Florianópolis - Santa Catarina, analisa a psiquiatrização da infância e sua relação com o universo escolar. Os resultados demonstraram que no âmbito escolar os comportamentos das crianças são mapeados e classificados em normais ou patológicos, o que faz da escola uma das principais protagonistas no processo de medicalização da infância. De acordo com os profissionais de educação entrevistados, o encaminhamento de crianças para o setor de psicologia ou para avaliação psiquiátrica e/ou neurológica se dá a partir de comportamentos que destoam dos demais, como desconcentração, agitação, agressividade, baixo rendimento escolar e isolamento. Esse trabalho mostrou que dentre as várias categorias de transtornos psiquiátricos entre as crianças diagnosticadas que frequentam as escolas, o TDAH é o que mais se destaca, seguido do transtorno opositivo desafiador (TOD) e da depressão. Essa pesquisa evidenciou que a “solução” para uma série de problemas que se manifestam no cotidiano escolar encontra-se fortemente ligada ao discurso médico, que reduz o fenômeno subjetivo à lógica do funcionamento orgânico. Assim, a medicação atua como reguladora da subjetividade, reordenando os comportamentos não adaptados aos ideais instituídos (GIUSTI, 2016).

Para Caliman (2010), quando o período de análise do TDAH situa-se na adolescência, o discurso e a prática médica consideram a delinquência como principal fator sintomático do transtorno. Há também o discurso do TDAH na fase adulta, que entrou como categoria diagnóstica no DSM a partir da década de 1980. Os sintomas mais frequentes giram em torno da desatenção e ansiedade, dificuldade em manter relacionamentos e seguir regras.

De acordo com a autora, a construção do diagnóstico do TDAH enveredou por diversos caminhos, desdobrando-se em muitas versões. Sua análise relata trabalhos de pesquisadores que acreditam que a elaboração do diagnóstico do TDAH encontra-se profundamente relacionada à construção da legitimidade científica da neurologia e das tecnologias de imagem cerebral. Nessa mesma linha discursiva encontramos trabalhos que sugerem que a descoberta terapêutica das drogas estimulantes e os interesses econômicos são a força motriz da

constituição do diagnóstico. Outros dizem que o TDAH é um transtorno produzido pela era dos excessos de informação, ou do consumismo exagerado, ou da descartabilidade material e identitária desmedida, ou, até mesmo pela queda dos poderes do Estado, da família e da igreja. Para Caliman, apesar da diversidade de discussões históricas do TDAH, a única reconhecida oficialmente é a proveniente do campo biomédico, justamente por ser a versão dominante tanto no debate científico e político, quanto no debate jornalístico e popular. Ela foi construída por pesquisadores norte-americanos, canadenses, ingleses e brasileiros que, partindo da ideia de que “uma parte representa o todo”, defenderam apenas a vertente neurológica do transtorno, cujas causas seriam de ordem biológica e cerebral, tornando-se um poderoso instrumento de legitimação do discurso neurobiológico. Essa versão se encontra globalizada e disseminada nos meios de comunicação, nas redes sociais, no discurso de profissionais da saúde e da educação, entre pais e mães de crianças e adolescentes diagnosticados com transtornos mentais.

Desconsiderando a hibrididade que tangencia as questões do normal e do patológico, essa versão parte dos marcos e das classificações da psiquiatria biológica, subestimando quase que totalmente os aspectos sociais, políticos e históricos, bem como as questões ideológicas e os interesses financeiros que sustentam tais pesquisas. A perspectiva biológica e fisicalista sobre as diferentes formas de experiência do sofrimento atravessou as fronteiras do discurso, desenrolando-se desde o campo científico até o campo do senso comum, nas redes sociais, onde pais e mães de crianças diagnosticadas com TDAH e outros transtornos interagem, desabafam, trocam experiências, enfim, compartilham suas vivências.

A construção do diagnóstico do TDAH nos traz um bom exemplo de como esse desdobramento discursivo sofre fissuras ao longo do caminho. Sua versão consolidada descrita no DSM-5 diz que:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional (APA, 2014, p. 32).

Com sua transposição, o texto apresenta modificações léxicas e semânticas:

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD (ABDA, 10/06/2019).⁵⁸

Adaptar conceitos científicos implica, necessariamente, inseri-los em uma rede de significação nova, com novos caminhos semânticos. E exige do “tradutor” a apreensão de um campo léxico, que muitas vezes ele não domina. Em uma outra matéria intitulada “O que é TDAH?” publicada no jornal online O Globo, em 18/02/2017, as informações sobre o TDAH sofrem profundas reduções de seus conteúdos, como podemos observar abaixo na figura 8:

Figura 8 - Descrição do TDAH

The image shows a screenshot of a news article from the website 'globo.com'. The article is titled 'O que é o TDAH?' and is part of a section called 'CONDUZINDO O MELHOR DE VOCÊ'. The text describes TDAH as a neurobiological disorder that often starts in childhood and can last a lifetime. It lists symptoms like inattention, hyperactivity, and impulsivity. It also states that there is no cure, but treatment can help with living with the condition. The article mentions that the disorder is often identified when a child starts school, as it can lead to difficulties that significantly impact school performance.

Fonte: Jornal O Globo, 2017

Essa matéria nos possibilita observar as nuances discursivas entre as informações que saem de um campo para o outro. O campo discursivo do jornalismo, na tentativa de “traduzir” o discurso científico-médico para algo mais acessível, rápido e de fácil compreensão, fornece informações supostamente verdadeiras (pois derivaram do campo científico) sobre o TDAH, a partir da perspectiva do risco, afirmando que o não tratamento do transtorno implica em prejuízos futuros na vida do sujeito. Além disso, afirma que o TDAH é um transtorno neurobiológico. Sabemos o quanto a ciência, especificamente o campo da psiquiatria e da neurologia, se debate em busca das origens desse e dos demais transtornos mentais, porém sem evidências claras até o presente momento. Constatamos, então, como o tom narrativo sofre uma inflexão e se transforma basicamente em assertivo e prescritivo.

⁵⁸ Maiores informações acessar: <<https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>>

Em síntese, a apropriação do discurso jornalístico pela esfera discursiva do senso comum também não acontece sem problemas de interpretações, traduções, transcrições e reduções. Entre as postagens do grupo do *Facebook* “TDAH – crianças que desafiam”, temos a imagem de um médico e um paciente com um texto curto afirmando que o TDAH é um transtorno neurobiológico, que precisa ser diagnosticado por um médico e tratado com medicamentos.

Figura 9 - Diagnóstico médico



Fonte: Facebook - mães e pais de crianças com TDAH, 2017

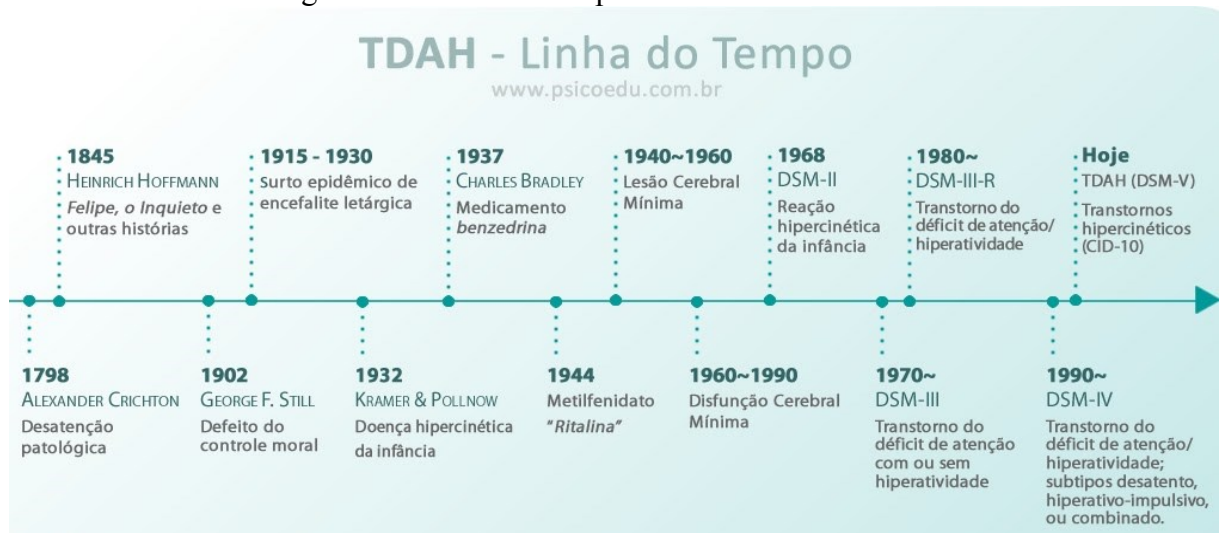
As informações traduzidas do jornalismo para o campo do senso comum passam por um processo de significação problemático. Por um lado, ocorre homogeneização e pasteurização dos conteúdos, por outro, a apropriação de temas científicos por essa dimensão não ocorre sem deturpações, simplificações, exageros e vulgarizações. Apesar do fato concreto e real de que até o presente momento nada se concluiu a respeito da localização cerebral e seus derivados déficits neuroquímicos como origem e causa dos transtornos mentais, as dimensões discursivas do jornalismo e do senso-comum vêm construindo o fenômeno dos transtornos mentais, especialmente do TDAH, pelo viés biologicista, num processo de legitimação do discurso neurobiológico.

No entanto, ainda que a versão do TDAH proveniente do campo biomédico seja a mais difundida entre os campos discursivos, a história do seu diagnóstico nos mostra que sua

concepção não partiu de um único problema e nem mesmo que os problemas que levaram a sua elaboração tenham sido de fato comprovados. Sua história engloba uma série confusa de outros diagnósticos psiquiátricos e esbarra em fronteiras difusas entre questões comportamentais e desordens nervosas (CALIMAN, 2010). Quanto mais se examinam essas condições, mais se descobre que o TDAH é muito mais um constructo social, histórico e político, do que uma falha neuroquímica universal, presente em 5,29% da população humana. Como afirmou Smith (2017, p. 774), “em se tratando de TDAH, as crianças não nascem imperfeitas, elas são construídas”.

Conforme a linha do tempo abaixo (imagem 10), desde a chamada disfunção cerebral mínima, passando por síndrome hiperativa, depois desordem hipercinética da infância até o que se convencionou chamar – a partir da versão revisada do DSM-III em 1987, de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, os sintomas do transtorno quase não mudaram. Segundo Dupanloup (2001), esse problema não é novo, mas ao mesmo tempo existem mudanças significativas em sua abordagem e tratamento. A elaboração do diagnóstico do TDAH se baseia em uma gama de comportamentos que começou com agitação motora e desatenção na escola, até englobar a hiperatividade, a impulsividade, oscilação de humor, agressividade, baixa tolerância à frustração, desatenção, até dificuldades em concluir tarefas e atraso na aquisição da linguagem.

Figura 10 - Linha do tempo do TDAH



Fonte: www.psicoeu.com.br

Se por um lado o diagnóstico do TDAH se fundamenta sob bases estritamente comportamentais, esse conjunto de comportamentos só foi considerado como doença passível de medicação a partir dos anos 1980. Em meados de 1937, o psiquiatra Charles Bradley aplicou anfetaminas (Benzedrine) em um grupo de crianças que sofriam de dores de cabeça, e o efeito

colateral foi surpreendente, pois as crianças se aquietaram e realizaram suas tarefas com muito mais concentração.

De acordo com Whitaker (2017), os relatórios de Bradley caíram no esquecimento e somente duas décadas depois, em 1956, a Ciba Geisy⁵⁹ introduz o metilfenidato no mercado, com o nome comercial de Ritalina, uma alternativa “segura” para o tratamento de narcolepsia.

Allen Frances e Bernard J. Carrol (2017), no artigo intitulado “*Last words on ADHD from the father of the diagnosis*”, afirmam que em 1964, um grupo de pesquisadores liderado pelo psicólogo Keith Conners, da Universidade Johns Hopkins em Baltimore (EUA), realizou o primeiro ensaio clínico aleatório com a Ritalina em crianças e, desde então, a Ritalina passou a ser utilizada em crianças americanas consideradas mais agitadas do que a maioria.

Figura 11 - Tirinha Ritalina e Escola



Fonte: Revista Nova Escola, 2014

A prescrição de Ritalina para crianças diagnosticadas com disfunção cerebral mínima atingiu seu ápice em meados de 1970. Com o lançamento do DSM-III em 1980, o transtorno de déficit de atenção (TDA) entrou para o manual como uma doença, cujos sintomas eram a desatenção e a impulsividade, podendo ou não apresentar hiperatividade. Em 1987, o DSM-III passa por uma revisão e os critérios diagnósticos do transtorno são reformulados. A partir de então, a hiperatividade passa a compor o nome do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), possibilitando um alcance ainda maior de crianças. Segundo

⁵⁹ A Geisy era uma empresa de produtos químicos, corantes e medicamentos diversos fundada em Basileia, na Suíça, em meados do século XVIII. A Ciba, uma empresa de corantes do início do século XIX. A Sandoz, também era uma empresa de produtos químicos fundada na Basileia no mesmo período. A fusão dessas empresas possibilitou o nascimento de um dos maiores grupos farmacêuticos do mundo, a Novartis: <<https://www.novartis.com.br>>.

Martinago (2018), com a publicação do DSM-IV, em 1994, os limites diagnósticos do TDAH foram mais uma vez ampliados e divididos em três sub-tipos: somente desatento, somente hiperativo/impulsivo e aqueles que apresentam os dois sintomas. A partir disso, os números de indivíduos diagnosticados com TDAH não parou de crescer. A imagem 11 apresenta duas crianças na escola realizando uma atividade. Seus diálogos fazem alusão à Ritalina como uma droga.

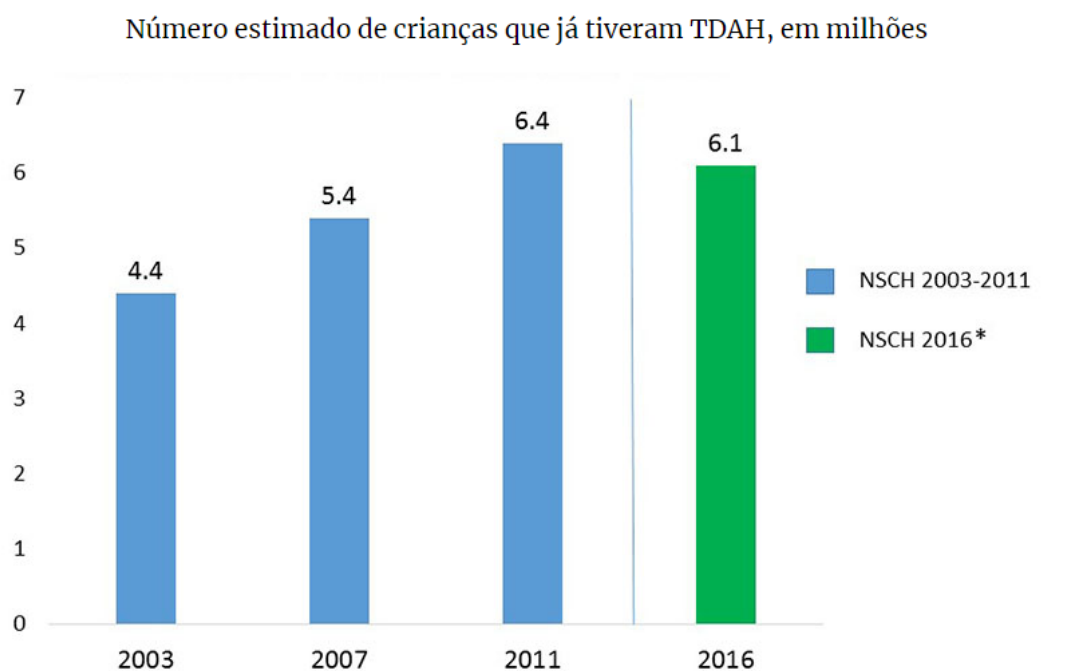
Ainda que o TDAH seja o transtorno mais diagnosticado na infância, adquirindo características de uma epidemia, sua etiologia continua desconhecida e até agora não foi encontrado nenhum padrão conclusivo na atividade cerebral que pudesse identificar ou explicar o transtorno. Esses fatores reforçam a premissa de que sua história é um grande vetor do processo de patologização daqueles indivíduos que, longe de sofrerem de disfunções químicas ou deficiências mentais, são incapazes de satisfazer as expectativas morais, políticas e econômicas da sociedade em que vivem. Frances e Carrol (2017), mostram que Keith Conners estava orgulhoso com o seu trabalho sobre o TDAH, mas profundamente decepcionado e preocupado com o mau uso de suas descobertas e, principalmente, com a maneira como os diagnósticos eram realizados. Ele acreditava que o sobrediagnóstico e a medicação exagerada de milhões de crianças eram consequências mistas do *marketing* agressivo das empresas farmacêuticas, de médicos descuidados, pais preocupados e o caos em sala de aula. Conners considerou o sobrediagnóstico de TDAH nos EUA como um desastre nacional de proporções perigosas. Ele foi um crítico severo da distorção do diagnóstico por interesses médicos e corporativos e a epidemia de abuso de estimulantes nos campi de faculdades e no ensino médio.

Desde suas descobertas, na década de 1960 até sua morte, em 2017, Keith Conners presenciou um aumento significativo no número de casos diagnosticados com TDAH. Podemos comprovar esse aumento, a partir dos últimos dados do CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*, agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Até o ano de 2016 aproximadamente 6,1 milhões de crianças já tiveram TDAH no território americano. Dentre essas milhares de crianças que foram diagnosticadas com TDAH no ano de 2016 (6,1 milhões), aproximadamente:

- 388.000 crianças de idade entre 2-5 anos
- 2,4 milhões crianças de idade entre 6-11 anos
- 3,3 milhões crianças de idade entre 12-17 anos

Segundo dados da agência, os meninos têm maior probabilidade de serem diagnosticados com TDAH do que as meninas (12,9% em comparação com 5,6%)

Figura 12 - Diagnóstico de TDAH nos EUA



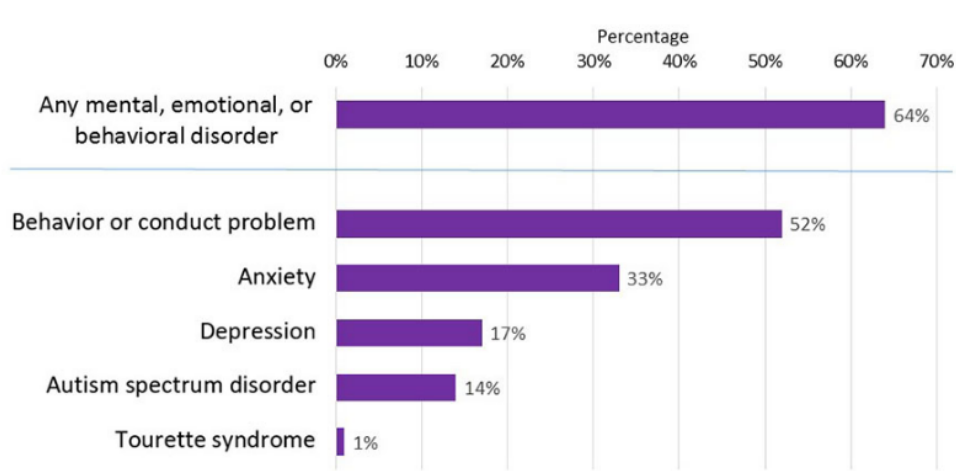
Fonte: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

A agência informa que, como a pesquisa NSCH de 2016 usou métodos diferentes, as estimativas não são diretamente comparáveis com estimativas baseadas em dados anteriores do NSCH (*National Survey of Children's Health*). Devido ao aumento do foco do TDAH em crianças menores, as faixas etárias foram expandidas para incluir crianças de 2 a 17 anos de idade (CDC, 2017).

O CDC afirma que o TDAH frequentemente está associado a outras comorbidades (ver imagem 14), ou seja, ocorre concomitantemente a outros transtornos e condições, como depressão, transtorno opositivo desafiador (TOD), transtorno do espectro do autismo e síndrome de Tourette. No ano de 2016, entre as crianças americanas com idades entre 2-17 anos, quase 2 de 3 crianças diagnosticadas com TDAH apresentavam um outro transtorno mental (emocional ou comportamental); cerca de 1 em cada 2 crianças com TDAH tiveram problemas de comportamento ou conduta; cerca de 1 em cada 3 crianças com TDAH apresentavam ansiedade.

Figura 13 - Comorbidades e TDAH

Porcentagem de crianças com TDAH e outro transtorno

Fonte: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

Segundo fontes do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)⁶⁰, o percentual de todas as crianças de 2 a 17 anos de idade nos EUA que tomavam medicação (Ritalina – metilfenidato ou outras classes de psicofármacos) para TDAH foi de 62%:

- 2 a 5 anos: 18%
- 6-11 anos: 69%
- 12-17 anos: 62%

Já o percentual de crianças e adolescentes com TDAH que receberam tratamento psicoterápico foi:

- 2 a 5 anos: 60%
- 6-11 anos: 51%
- 12-17 anos: 42%

As pesquisas sobre os números de diagnósticos de TDAH nos EUA são muito maiores e mais atualizadas do que no Brasil. Encontrar dados sobre a prevalência do TDAH no Brasil foi uma dificuldade concreta que nossa pesquisa enfrentou. Muitos índices são divulgados nos meios de comunicação, inclusive em boletins e censos levantados por agências e institutos de pesquisas, bem como órgãos públicos, mas as fontes e metodologias não são muito claras. A Anvisa publicou boletim a respeito dos índices de TDAH e consumo de Metilfenidato no Brasil em 2015, e em 2018 a OMS divulgou índices do TDAH no Brasil. Segundo os dados desses estudos, as estimativas de prevalência do TDAH no Brasil variam consideravelmente, com

⁶⁰ Maiores informações acessar: < <https://www.cdc.gov/>>

valores que vão de 0,9% a 26,8% entre crianças, adolescentes e adultos. De acordo com a atualização do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) nº 23 de 2016, a realização do diagnóstico do TDAH é algo essencialmente clínico e subjetivo, baseado exclusivamente no histórico do comportamento do indivíduo. Dentre os sintomas mais comuns, a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade devem aparecer em níveis elevados por pelo menos seis meses. As complicações secundárias incluem comportamento dissocial e perda de autoestima. Esses sintomas, segundo o boletim, são frequentemente identificados por médicos e professores, e não existe um teste único para sua detecção. O diagnóstico se constitui em escalas de avaliação e questionários.

Em entrevista concedida ao jornal espanhol *Nueva Tribuna*, intitulada “*Entre el 50 y el 60% de los niños diagnosticados de TDAH no lo tiene*”; o psiquiatra infantil José Luis Pedreira Massa (2019)⁶¹, do Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús de Madrid, afirma que entre 50-60% das crianças diagnosticadas, na verdade não possuem TDAH. O que existe é uma gama de comportamentos normais em crianças de uma certa idade que, às vezes, são exagerados e produzem dificuldades de adaptação, mas nem toda criança que responde a isso tem TDAH. Para Massa, os comportamentos infantis respondem diretamente à interação com o contexto familiar, social e educacional em que se encontram, e não a processos artificiais elaborados em formas diagnósticas. No que tange ao impacto na clínica médica, o psiquiatra diz que pais e professores chegam ao consultório relatando sintomas do TDAH em 15 a 20% das crianças, mas quando essas crianças são entrevistadas e todo seu contexto é analisado, essa posição cai para 4-6%.

Na contramão das afirmações de Massa, boa parte das publicações midiáticas parecem adotar o viés da psiquiatria biológica. Quase que diariamente, matérias, reportagens e entrevistas são publicadas, alertando pais, mães, professores e profissionais que lidam com a infância, a respeito dos sintomas do TDAH, como detectá-lo e quais os tratamentos possíveis. Em um dossiê sobre o TDAH, intitulado “Dossiê TDAH: entenda o que é e conheça os sintomas”, lançado pela revista *Crescer*, uma mãe conta como descobriu o transtorno no filho, e o médico psiquiatra Paulo Mattos⁶² esclarece dúvidas. A mãe, que mora nos EUA, descobriu o TDAH em seu filho de 4 anos, após a diretora da escola ligar dizendo que se ela não fosse buscá-lo, chamariam a polícia. Thiago foi convidado a sair da escola, fazendo com que Vivian procurasse ajuda. Ela relata o comportamento agressivo, desatento e desorganizado de seu filho

⁶¹ Maiores informações acessar: <<https://www.nuevatribuna.es/articulo/salud/50-60-ninos-diagnosticados-tdah-no-tienen/20170201101553136239.html>>.

⁶² Paulo Mattos é psiquiatra e autor do estudo publicado pelo jornal *Folha de S. Paulo* que citamos na página 95 de nossa pesquisa.

e de como foi percebendo que tinha algo errado com ele. Em alguns meses de terapia, a psicóloga o diagnosticou com TDAH:

[...] sim, chorei por reconhecer que Thiago definitivamente tem TDAH, uma doença que atinge cerca de 5% das crianças sendo que 50% continuam com os sintomas na idade adulta. E pior: não tem cura, já que os sintomas são diretamente relacionados a uma deficiência cerebral (CRESCER, 2013).

Para Vivian, o remédio tornou seu filho mais sociável, atento e melhorou sua adaptação na nova escola. A mãe acredita que com muito estudo e amor, conseguirá ajudar seu filho a vencer as dificuldades impostas pelo TDAH em sua vida acadêmica, social e profissional. Após o relato de Vivian, Mattos, responde 10 questões feitas pela Crescer. Sobre o diagnóstico, ele afirma que ele é inteiramente clínico, realizado a partir dos sintomas, sem necessidade de exame de ressonância, eletroencefalograma ou qualquer outro. Segundo ele “os pais não precisam se sentir inseguros por conta do diagnóstico ser feito sem exames, pois na psiquiatria é assim mesmo que funciona” (CRESCER, 2014). Diz, também, que todos temos TDAH em nosso DNA e o que muda, é saber se seus níveis estão dentro do aceitável/normal ou não. Alerta sobre a necessidade de medicamento quando há diagnóstico fechado e diz que nada, nem mesmo atividades físicas podem ser consideradas como tratamento. Questionado quanto à possibilidade de relação entre o TDAH e altas habilidades da criança (crianças superdotadas), ele é taxativo:

Na verdade, o TDAH não tem relação direta com nenhum outro problema. É um transtorno neurobiológico, altamente genético e pode ocorrer em qualquer tipo de criança, tanto nas com inteligência normal, como nas com inteligência abaixo do normal e também nas superdotadas. São coisas independentes e que podem ocorrer ou não ao mesmo tempo (CRESCER, 2013).

Em relação à medicação, Mattos diz que não há riscos de dependência, que os estudos mostram que o tratamento não aumenta os riscos de drogas no futuro, e que, geralmente, o TDAH se estabiliza na idade adulta. Quando perguntam se a vida social da criança é prejudicada pelo TDAH, ele diz que pode ser prejudicada caso ela não trate, mas, se medicada e acompanhada por profissionais, não há nenhum problema, já que seu comportamento fica igual ao das outras crianças. Ao final da entrevista, ele deixa o alerta para a importância de tratamento:

Há inúmeras pesquisas mostrando que o TDAH está associado ao fracasso acadêmico, abandono escolar, acidentes de trânsito, uso de drogas, álcool e divórcio, entre outras situações negativas na vida adulta. Por isso, diagnóstico e tratamentos são tão importantes para seu filho ter uma vida normal (CRESCER, 2014).

Diante de todo esse quadro, podemos concluir que o limiar diagnóstico para o TDAH se encontra a tal ponto que qualquer comportamento fora das expectativas dos pais, familiares, professores ou instituição de ensino pode ser considerado anormal. Na ausência de testes diagnósticos ou marcadores biológicos que possam comprovar a existência desse transtorno no corpo de uma pessoa, o que resta para a constituição do seu diagnóstico é uma coleção de comportamentos. Até o momento presente não há nenhuma evidência de que as causas do TDAH sejam de origem biológica e, muito menos, de que o uso de medicamentos como a Ritalina (metilfenidato), Venvanse (lis-dexanfetamina) ou Strattera (atomoxetina) reduza os problemas de longo prazo associados a ele. Essas drogas têm efeito a curto prazo: o mecanismo de ação do metilfenidato, por exemplo, começa a vigorar poucas horas após a primeira ingestão. Os sintomas considerados mais problemáticos dão espaço para a concentração, o controle da impulsividade e a redução da agitação motora. A eficácia rápida e visível da Ritalina é frequentemente evocada como um argumento de validade da entidade nosológica e como prova da existência do TDAH. Para Dupanloup (2001), a eficácia terapêutica e a explicação do modo de ação do metilfenidato estiveram envolvidas na gênese desse transtorno, bem como na evolução da definição do diagnóstico no DSM-IV.

Por conseguinte, o que está sendo diagnosticado e tratado com medicamentos não são disfunções químicas, mas comportamentos socialmente indesejados; comportamentos que fazem parte dos vários estágios daquilo que se denomina infância e que se encontram contextualizados conforme a realidade objetiva em que o sujeito está inserido. No caso do TDAH, o que está na ordem do discurso não são as más condições do ensino, nem um ambiente familiar conturbado ou violento, mas supostos genes determinantes de uma doença neurológica que atrapalha ou impede a criança de aprender, de prestar atenção e se comportar e, por isso, ela deve ser medicada. Essa coleção de comportamentos é que está na mira desse processo cada vez mais patologizante.

Além dos critérios inerentes ao campo da psicopatologia⁶³, o TDAH nos coloca numa encruzilhada de múltiplas questões: psiquiátricas, psicótropicas, normas comportamentais, regulação das multiplicidades individuais, representações da infância, configuração educacional, relações família-escola, políticas de prevenção, construção de conhecimentos médicos e produção de técnicas terapêuticas (DUPANLOUP, 2001; 2004). Deste modo, o TDAH não pode ser analisado apenas pelas lentes da psicopatologia: isso seria o mesmo que

⁶³ De acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011), o conceito de psicopatologia carrega inúmeras ambiguidades. É um termo estritamente ligado à psiquiatria, e que trata da natureza da doença mental, suas características, causas, mudanças estruturais e funcionais e formas de manifestação. Em linhas gerais, a psicopatologia pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos sobre as doenças mentais.

congelar um problema em movimento. Assim como nos ensinou Ehrenberg (1998), os modos de raciocinar e definir os problemas mentais refletem as mutações sociais atuais.

Nesta paisagem complexa, onde impera a falta de consenso sobre a própria definição de patologia mental, também nos deparamos com a imprecisão dos dados epidemiológicos e etiológicos. No decurso da história dos transtornos mentais, especificamente do TDAH, assistimos ao estabelecimento da classificação americana como uma base teórica eminentemente reconhecida e aceita mundialmente, servindo de referência tanto no campo da saúde, como no campo educacional. Dessa forma, o DSM tem um papel específico na objetivação do TDAH, bem como na sua definição sintomática e em sua legitimação científica.

3.2.2 O DSM e as classificações psiquiátricas: tentativas de nomear o inominável na infância

Uma breve reconstrução histórica objetiva do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM nos mostra que ele representa, em suas milhares de páginas e inúmeros diagnósticos o “sintoma maior da supressão individual dos múltiplos discursos sobre o mal-estar” (DUNKER, p. 612, 2011).

Segundo Martinhago e Caponi (2019), a responsabilidade pela organização, elaboração e publicação desse manual é integralmente da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Ele foi criado com o objetivo de ser um instrumento atóxico e operacional de diagnósticos psiquiátricos, ou seja, de não se prender a nenhuma teoria existente no campo da psicopatologia para que, assim, conseguisse criar uma linguagem universal a respeito dos sofrimentos psíquicos. O DSM é o dispositivo oficial dos EUA para a construção de diagnósticos psiquiátricos e é utilizado em larga escala no mundo todo. Seu poder de influência vai desde a Classificação Internacional de Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS), até profissionais da área médica, educacional, jurídica e organizacional (ARAÚJO; NETO, 2013). Mas como esse manual surgiu e como se propagou universalmente?

De acordo com Araújo e Neto (2013), antes do DSM, em 1840, os EUA criaram um censo que se baseava em uma única oposição: a categoria idiotia (loucura). Essa tentativa oficial funcionava como norte para o registro da incidência das doenças mentais. A partir de 1880, as doenças mentais foram divididas entre sete categorias: mania, melancolia, monomania, parestesia, demência, dipsomania e epilepsia. Nesse momento, o propósito dessas primeiras classificações de transtornos mentais era puramente estatístico. No ano de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizando-se de categorizações ambulatoriais desenvolvidas pelo exército norte-

americano, que prestava atendimento a ex-combatentes, incluiu um segmento reservado aos transtornos mentais no seu sistema de Classificação Internacional de Doenças – CID-6⁶⁴.

Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) e a Comissão Nacional de Higiene Mental elaboraram um novo guia para os hospitais psiquiátricos, o DSM. Esse momento representa um marco no campo da psiquiatria, pois o DSM configurava o primeiro manual de transtornos mentais com enfoque clínico. Esse manual pretendia estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos, a partir de uma padronização das categorias patológicas dentro dos Estados Unidos e outros países (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). De acordo com Russo e Venâncio (2006), a primeira edição do DSM adotava uma abordagem psicossocial para as doenças mentais, com uma forte influência psicanalítica. Ressaltando a oposição entre neurose e psicose, essa edição fazia uso de conceitos freudianos, como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. O grupo da neurose compreendia quadros que passavam pela ansiedade até a depressão e que, em certa medida, ainda mantinham ligação com a realidade. O segundo grupo, da psicose, englobava situações de alucinações e delírios com perda significativa da realidade. O DSM-I continha 22 diagnósticos, não compreendia as divisões psiquiátricas alemãs propostas por Kraepelin e não evidenciava a distinção entre o normal e o patológico (DUNKER, 2011).

O DSM-II foi desenvolvido paralelamente com a CID-8 em 1968, e era similar ao DSM-I, ou seja, era um manual que consistia em uma lista de diagnósticos categorizados com enfoque de aplicação clínico. Entretanto, essa edição fortaleceu ainda mais a ênfase psicanalítica. 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 (ARAÚJO; NETO, 2013).

Em 1980 acontece o lançamento do DSM-III. Essa versão trouxe modificações em sua estrutura e metodologia que foram preservadas até a edição mais recente do manual, o DSM-5. Essas modificações romperam com as classificações que eram utilizadas, e se deram da seguinte maneira:

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

⁶⁴ CID é a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, frequentemente designado por essa sigla. (Spitzer et al.1996). Para Frances (2016), atualmente dois sistemas de diagnósticos são utilizados simultaneamente no mundo: o DSM-5 e a CID-10 (desenvolvida pela OMS). Ambos são bastante similares e partem do mesmo solo norteador, o DSM-III.

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).

Não apenas o modo de classificação dos transtornos mentais fora afetado, mas o campo teórico deles. O enlace das deduções empiricistas com a visão fiscalista a respeito dos transtornos mentais precipitou o afastamento das bases psicanalíticas, acarretando na ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama mundial (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). O DSM-III suprimiu o conceito de “neurose”, colocando-o entre parênteses após a palavra “desordem” (*disorder*). Os diagnósticos passaram a ser considerados como instrumentos convencionais, prescindindo de qualquer referência ontológica, devendo apenas manter concordâncias no plano descritivo (DUNKER, 2011).

Em 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, um total de 297 desordens listadas ao longo de 886 páginas. Desse modo, começou a ficar claro que tais mudanças apontavam para a consolidação da compreensão biomédica para quase todas as problemáticas da vida cotidiana.

O grande diferencial dessa versão foi a inclusão de um critério de significância clínica para as categorias que apresentavam sintomas e causavam sofrimento ou prejuízo social e ocupacional. Em 2000, foi realizada uma revisão dessa edição e posterior publicação intitulada de DSM-IV-TR, sendo utilizada até o início de 2013 (ARAÚJO; NETO, 2013).

Portanto, nos vinte anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica. Rompeu-se não só o casamento entre psicanálise e psiquiatria, celebrado sob os auspícios de figuras de compromisso, como a psiquiatria psicodinâmica, mas também certa maneira de fundamentar e fazer psicopatologia. Ou seja, em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, recorreu-se à unidade desambiguadora da norma (DUNKER, 2011).

Dunker (2001) analisa essa ruptura no âmbito da relação que a psicopatologia mantinha com a antropologia filosófica e a filosofia da história. Segundo o autor, toda psicopatologia deve responder ao problema da universalidade das formas do patológico e ao problema de sua evolução. O problema da universalidade das formas do patológico trata das regularidades clínicas que permanecem no tempo e no espaço. É desse núcleo que emergem duas posições: a posição biológica ou organicista, que defende a universalidade biológica das modalidades do patológico em termos genéticos, endócrinos, neuroquímicos e anatômicos; e a posição

contrária, que defende o fundamento social da universalidade das formas do patológico, submetendo-a a distinções derivadas do que existe de universal entre as culturas e as gramáticas simbólicas. Nesse caso, trata-se de questões relacionadas ao diagnóstico diferencial, da etiologia como causa e da semiologia como língua. Porém, para essas duas posições, há um problema comum, e ambas devem tentar solucioná-lo: saber qual é a relação entre as formas simbólicas universais e os tipos particulares de manifestação dos sintomas.

O problema da evolução do patológico trata do caráter transformativo ou evolutivo do sintoma, justificando as tentativas de tratamento, cura ou mesmo sua remissão. Nesse âmbito, as relações entre o sujeito e seu sintoma devem ser observadas, bem como as consequências intersubjetivas de adaptação ou distonia frente a uma dada patologia. Nessa esfera, também emergem duas posições: a posição que defende a natureza essencial dessa transformação, baseada em argumentos naturalistas ou metafísicos; e a posição contrária, que advoga a indistinção entre os sintomas e a história do sujeito, apoiada na noção de estrutura. Nesse caso, trata-se de questões relacionadas ao diagnóstico evolutivo, da etiologia como determinação e da semiologia como fala.

Portanto, a relação que a psicopatologia mantinha com a filosofia possibilitava o encaminhamento e a solução desses dois problemas. Tal relação pode ser vista na influência que Pinel exerceu sobre o pensamento hegeliano, na importância de Kant para a psiquiatria clássica alemã de Kraepelin, na influência do associacionismo inglês na psiquiatria de Griesinger, na relevância do positivismo comteano para a psiquiatria francesa com Esquirol e Morel, ou mesmo na importância de Husserl para a psiquiatria de Karl Jaspers (BERRIOS, 1996). Na metade do século XX, essa relação psiquiátrico-filosófica passou a incluir a psicanálise. Mas, com o DSM-III, as implicações filosóficas, éticas e epistemológicas são deslocadas para o campo genérico das ciências biológicas, rompendo o nexos com os discursos psicanalítico e social (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Em 1999 foi realizada a Conferência de Pesquisa e Planejamento do DSM-5. Três anos depois, em 2002, o *American Psychiatric Institute for Research and Education* (APIRE) passou a realizar eventos de pesquisa e planejamento para a revisão e elaboração de itens do DSM-5. De acordo com Araújo e Neto (2014), com participação de organizadores, médicos e pesquisadores afins, esses eventos tinham como objetivo discutir questões relacionadas às abordagens categorial e dimensional, bem como a comorbidade dos transtornos mentais e a necessidade de criação de um modelo conceitual para uma melhor definição nosológica.

O DSM-5 foi formalmente publicado em 18 de maio de 2013, sendo a edição mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica

Americana. Muitas críticas e forte oposição marcaram o lançamento dessa edição. As principais críticas apontavam a falta de critérios desse tipo de classificação, o que permite o aumento do número diagnósticos. De acordo com Caponi (2014), o DSM-5 reitera a estrutura epistemológica das versões anteriores, frágil e alicerçada em listas de sintomas confusos e genéricos.

A nova edição apresentou mudanças conceituais, expandindo ainda mais as categorias diagnósticas. Um ponto extremamente complexo foi a incorporação nas categorias diagnósticas daquilo que a psiquiatria define como “espectro”⁶⁵, já que isso ampliou significativamente a gama de sintomas que fazem parte de um determinado transtorno. Segundo Araújo e Neto (2014), a APA desconsiderou as argumentações de clínicos que apontavam diferenças significativas entre os subtipos de transtornos e manteve a organização dentro de uma mesma nomenclatura, pois entendeu que aqueles transtornos faziam parte de uma mesma condição, variando apenas em sua sintomatologia. Diversos pesquisadores, grupos internacionais e coletivos apresentaram críticas consistentes contra essas mudanças por serem tentativas tendenciosas de conduzir o diagnóstico de qualquer mudança de humor ou comportamento para dentro dos chamados “espectros”, além da superestimativa do número de casos de depressão. Ainda segundo Araújo e Neto (2014) com a retirada do sistema multiaxial⁶⁶ de diagnósticos, ampliou-se o conceito de espectro dentro de várias categorias diagnósticas – possibilitando a inclusão ainda maior de indivíduos. Além disso, as diferenças conceituais que sustentavam a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III deixaram de existir – acarretando numa avaliação superficial e genérica. Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), que compreendiam o Autismo, o Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram colocados em um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista (TEA). Essa mudança aumenta as possibilidades de diagnósticos e diminui as possibilidades de outros tipos de tratamento, restringindo os recursos terapêuticos a medicamentos e terapia cognitivo-comportamental.

Esses fatores podem ser comprovados através da pesquisa *“Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders: the Proportion Attributable to Changes in*

⁶⁵ De acordo com Luciano Isolan (2008), o termo “espectro” apresenta uma gama de comportamentos que se manifestam em diversos graus e de diferentes maneiras. Frequentemente, este termo é utilizado pela psiquiatria para definir grupos nosológicos distintos, mas com um quadro sintomatológico semelhante.

⁶⁶ Segundo Spitzer et al. (1996), o diagnóstico multiaxial fundamenta-se 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. Essa divisão possibilita uma avaliação mais adequada e aprofundada dos pacientes. No momento da avaliação, cada eixo é levado em conta para a construção do diagnóstico.

Reporting Practices” (Explicando o aumento da prevalência de distúrbios do espectro do autismo: a proporção atribuível a mudanças nas práticas de comunicação), publicada em 2015 por pesquisadores do Departamento de Bioestatística e pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade de Aarhus, Dinamarca. De acordo com o estudo, houve um aumento inexplicável na prevalência do espectro do autismo (TEAs) nas últimas décadas, suscitando considerável preocupação pública. Os pesquisadores sugeriram que o aumento poderia ser causado em parte por fatores não etiológicos, como mudanças nas práticas de notificação de diagnóstico, maior conscientização do público, mudanças no encaminhamento padrão e uma idade decrescente no diagnóstico.

Segundo a pesquisa, na Dinamarca as crianças com suspeita de TEA são encaminhadas por clínicos gerais ou psicólogos escolares para uma enfermaria de psiquiatria infantil, onde são submetidas à avaliação por uma equipe multidisciplinar e recebem um diagnóstico final de um psiquiatra infantil.⁶⁷

Foram avaliadas todas as crianças nascidas no período de 1 de janeiro de 1980 a 31 de dezembro de 1991 no país. Nesse recorte temporal, a pesquisa mostrou que: 33% (IC 95%, 0% -70%) do aumento na prevalência relatada de TEA poderia ser explicada apenas pela mudança nos critérios de diagnóstico; 42% (IC95%, 14% -69%), pela inclusão somente de contatos ambulatoriais, e 60% (IC95%, 33% -87%), pela alteração dos critérios diagnósticos e pela inclusão de contatos ambulatoriais. Segundo os pesquisadores, esse era o primeiro estudo a quantificar o efeito direto de 2 tipos de mudanças nas práticas de notificação sobre a prevalência de TEA. Ao final, a pesquisa revelou maior prevalência de TEA no sexo masculino do que no feminino devido à alteração nos critérios diagnósticos, além de não haver diferença entre os sexos devido à inclusão de dados ambulatoriais.

A inclusão dos Transtornos do Neurodesenvolvimento confirma a pretensão da psiquiatria em lançar um olhar longitudinal sobre a infância. Segundo Araújo e Neto (2014), os critérios do DSM-IV-TR foram ampliados no DSM-5, possibilitando o alcance de distúrbios distintos que interferiam nos campos da aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, leitura, linguagem escrita ou matemática, além de transtornos relacionados a jogos na internet, transtorno do comportamento suicida e transtornos de autoagressão não suicida. Essas

⁶⁷ A pesquisa relata que todos os casos de TEAs são registrados por psiquiatras no DPR. Esses registros são armazenados, assegurando as informações sobre todas as internações em hospitais e enfermarias psiquiátricas desde 1969. A *CID-8* foi usada como ferramenta de classificação diagnóstica de 1969 a 1993. Em 1º de janeiro de 1994, a *CID-8* foi substituído pelo *ICD-10*, sendo utilizada até o momento presente. Acessar: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25365033/>>.

alterações trazem graves consequências, pois tratam de problemas de aprendizagem - ou seja, questões do campo educacional - como problemas médicos, para serem interpelados como transtornos mentais e tratados com medicamentos.

Na mesma direção, os critérios para o diagnóstico do TDAH tiveram seus limites expandidos em duas frentes bastante significativas. No DSM-IV, o diagnóstico se baseava em uma lista com dezoito sintomas que se dividiam entre desatenção e impulsividade/hiperatividade, e deveriam estar presentes até os sete anos de idade. Já no DSM-5, o limite de idade aumentou para os doze anos de idade. A segunda alteração possibilita que tanto o TDAH, como o Espectro Autista entrem no diagnóstico de transtornos comórbidos.⁶⁸ Do mesmo modo, a APA rejeitou críticas que apontavam o risco de uma superestimativa com aumento da incidência de TDAH na população geral (ARAÚJO; NETO, 2014).

A tabela 1 abaixo mostra a diferenciação dos critérios diagnósticos do TDAH no DSM-5 em relação à versão anterior:

⁶⁸ Quando há ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos DSM-IV e DSM-5

	DSM – IV-TR	DSM- 5- Alterações:
Nomenclatura	TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM	TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM
Subtipos	Quatro subtipos: - Transtorno da Leitura (TL) - Transtorno da Matemática (TM) - Transtorno da Expressão Escrita (TEE) - Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação	Categoria única: - Transtorno de Aprendizagem (preserva as distinções e continuidades entre as várias manifestações dos transtornos específicos de aprendizagem)
Caracterização dos critérios diagnósticos	Específicos para cada subtipo: TL, TM e TEE	Gerais para TA e uso de especificadores do desenvolvimento dos três principais domínios acadêmicos (leitura, escrita e matemática).
Idade inicial para diagnóstico	Sem especificação clara. Diagnóstico a partir: TL – final da 1ª série / 2º ano TM – final da 2ª série / 3ºano TEE – 2ª série/ 3º ano	Primeiros anos de escolaridade, ou, nos anos seguintes, quando as demandas da aprendizagem excedam as limitadas capacidades individuais.
Baixo desempenho acadêmico	Desempenho substancialmente abaixo do esperado considerando a idade, escolarização e nível de inteligência do indivíduo.	Desempenho substancialmente abaixo, em uma ou mais áreas acadêmicas, considerando a média esperada para a idade (também são referidos como padrões a serem levados em consideração o contexto cultural, linguístico, ou sexo, ou nível de educação (substituição de <i>e</i> por <i>ou</i>) - Acréscimo de quesitos: medidas padronizadas e quantificação de desempenho acadêmico com aplicação de testes individuais. - Maior consideração às evidências clínicas
Persistência	Descrição genérica da persistência. No TL, com a intervenção precoce o prognóstico é bom em uma percentagem significativa de casos. Mas pode persistir até a vida adulta. Não especifica no TM. TEE pode ser visto em crianças mais velhas e adultos, mas pouco se sabe sobre seu prognóstico.	A persistência é incluída como critério diagnóstico: história ou apresentação de dificuldades persistentes, por um período mínimo de seis meses, na aquisição de leitura, escrita, aritmética, ou habilidades de raciocínio matemático durante os anos de estudo formais (ou seja, durante o período de desenvolvimento).
Resposta à intervenção - RTI	A persistência de dificuldades da aprendizagem é citada. Desmoralização, baixa autoestima e déficits nas habilidades sociais podem ser expressão dos prejuízos que o TA causa no desenvolvimento.	Dificuldades de aprendizagem identificadas no Critério A: - persistem apesar da intervenção focada nos problemas manifestados por um ou mais dos sintomas clínicos/ comportamentais; - não podem ser explicadas pela ausência das ferramentas, suportes, ou serviços fornecidos para a compensação dessas dificuldades.
Discrepância rendimento/QI	Rendimento substancialmente abaixo do QI	Elimina o critério de discrepância como geral, mantendo o QI como critério de exclusão.
Exclusão/Inclusão	As dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por déficit intelectual, condição neurológica, outra condição médica geral ou outro déficit sensorial.	As dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, atraso no desenvolvimento global, outros transtornos de ordem neurológica, sensorial (visão, audição), distúrbios motores, adversidade psicossocial, ou falta de oportunidade de ensino.

A cada versão, novas categorias, novos diagnósticos, novas inclusões; mais sintomas, mais indivíduos batem às portas de psiquiatras e neurologistas e novos medicamentos entram no mercado. Desde a primeira versão do DSM, os diagnósticos psiquiátricos multiplicaram-se avassaladoramente, sustentando-se em critérios cada vez mais imprecisos e abrangentes. De complemento à classificações de doenças, o manual está se transformando quase que num instrumento da formação do profissional. Com método reducionista de diagnóstico - que não condiz com a complexidade humana - a classificação americana de transtornos mentais que se constituiu através do DSM joga à bancarrota a pluralidade de expressões comportamentais e maneiras de ser e estar no mundo. A interpretação dos comportamentos e singularidades humanas em termos de normalidade e patologia operacionalizada a partir do DSM contribui para o robustecimento do processo de medicalização da vida. Os comportamentos que não se adequam às normas institucionais ou ao que é esperado para determinada idade podem ser considerados transtornos mentais e tratados com medicação. Esse *modus operandi* visa:

[...] a não perturbação da ordem pública. Essa patologização da existência revela o novo imperativo da psiquiatria estatística atual: todos transtornados. E se o tratamento privilegiado torna-se farmacológico, que grande negócio para a indústria farmacêutica! (Calazans, Guerra, Kyrillos Neto, Pontes & Resende, 2012, p. 192)

Dupanloup (2001) dirá que, no campo dos transtornos mentais da infância, a construção do DSM serve como uma referência importante para prescritores de Ritalina, além de contribuir maciçamente para a objetificação dos transtornos. A autora mostra que, além das questões e interesses da psiquiatria biológica, o DSM emergiu pelo forte impulso dos interesses da APA, ou seja, a própria história do DSM traduz interesses empresariais da APA. As críticas e denúncias levantadas pelo movimento antipsiquiátrico sobre o confinamento nos asilos e as práticas psiquiátricas colocavam em questão a validade da própria psiquiatria. A APA pretendia, então, reconstruir positivamente a imagem da psiquiatria, e trabalhou arduamente para isso desde o DSM-III. O que estava em questão era o reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica, seu registro no sistema de proteção social que estava se estabelecendo e a possibilidade de assegurar uma posição legítima nas estruturas institucionais daquele período.

O DSM deve muito de seu desenvolvimento à política de saúde americana. Nos Estados Unidos, os médicos devem atribuir um diagnóstico que justifique qualquer prescrição médica. Dessa forma, o sistema de seguros de saúde norte americano estimulou fortemente a expansão dessas nomenclaturas nosológicas, capazes de revestir o sofrimento psíquico de legitimidade e favorecer seu gerenciamento. Nessas condições, o sofrimento psíquico torna-se o distintivo operacional entre as fronteiras difusas do normal e do patológico, justificando os decretos

diagnósticos e as intervenções terapêuticas. Segundo Dupanloup (2001), a nova psiquiatria que se estabelece no final do século XX tem o intuito de desestigmatizar suas práticas e minimizar os impactos das concepções negativas da psicopatologia. Uma das consequências desse movimento foi o desaparecimento – no DSM-III – da noção de doença em favor da de transtorno mental. No entanto, para a autora, isso foi uma tentativa ilusória de neutralizar as categorizações psiquiátricas, baseada no argumento epistemológico de um empirismo puro e um consenso generalizado e livre de qualquer base teórica.

Nessa perspectiva, as categorias nosológicas descritas no DSM são consideradas o produto de uma abordagem puramente descritiva, ou seja, de uma observação enfática dos sintomas, sem quaisquer implicações etiológicas. No entanto, Dupanloup nos mostra que essa aparente objetividade pragmática misturada com progressivismo é justamente o que sustenta a multiplicação de entidades nosológicas⁶⁹. A confiabilidade dos diagnósticos – que se alicerça nos critérios de cada transtorno – se limita a sintomas comportamentais facilmente observáveis ou mensuráveis graças a instrumentos psicométricos - como testes, questionários padronizados, escalas de avaliação desenvolvidos por pesquisadores e membros da própria APA.⁷⁰

Isso nos mostra que o DSM não traz o ateísmo reivindicado por seus autores, mas um espírito positivista e uma concepção fundamentalmente comportamentalista. A nomenclatura classificatória de transtornos mentais adquiriu primazia teórica no campo da psiquiatria científica e impôs sua hegemonia no cenário mundial. A cada versão do DSM, somos confrontados com o desejo da psiquiatria; desejo de nomear o inominável no humano, na infância do humano; e esse desejo não cessa de se inscrever. No DSM, a angústia, as vicissitudes e as contingências da vida passam a ter origem, linhagem e nome próprio. Os comportamentos infantis passam a ser medidos em graus e variações de intensidade. Traduzidos pela semântica médica, se convertem em transtornos psiquiátricos.

Ainda que não haja consenso sobre a validade do DSM, ele se configura como a referência mais utilizada para a realização dos diagnósticos psiquiátricos. Na infância, ele é a

⁶⁹ Se a psicanálise revogou a concepção ontológica da doença em favor de uma abordagem global do indivíduo, a psiquiatria americana se esforçou para classificar, categorizar e discriminar transtornos mentais (DUPANLOUP, 2001).

⁷⁰ Em relação à confiabilidade e a validade do conjunto de critérios de sintomas dos transtornos mentais, Allen Frances (2016) explica que o primeiro termo diz respeito à concordância e coerência no diagnóstico final de um mesmo paciente que é atendido por diferentes médicos. A validade diz respeito à verdade, ou seja, se o diagnóstico revela o que se quer saber. Para se atingir a meta da confiabilidade, os sintomas definidores devem ser extremamente simples e se generalizar com facilidade entre pessoas com o mesmo transtorno. Em contrapartida, isso compromete a validade, pois ao se limitar àquilo de mais superficial e comum nos transtornos, perde-se as variações, sutilezas e diversidades de experiências individuais. Nesse sentido, as definições do DSM não incluem fatores pessoais e contextuais; não possibilitam analisar se os sintomas de uma depressão refletem uma reação compreensível à uma perda, à uma situação complicada da vida, a um determinado conflito psicológico ou a traços de personalidade.

fonte de legitimação “mais evocada por aqueles que hoje usam a noção de hiperatividade em crianças e aqueles que prescrevem Ritalina”⁷¹ (DUPANLOUP, 2001, p. 28).

No terreno da infância, a categoria TDAH parece ser o significativo mestre das nomeações atuais. A partir do TDAH, muita coisa pode ser explicada, transcrita, traduzida e reintroduzida no mundo social. Em outros termos; a mudança operacionalizada pela introdução dessa categoria possibilita com que o campo clínico - dotado de rótulos médicos e insígnias científicas – seja reintroduzido no mundo social, dotado de outra forma e sentido. A lógica e os princípios epistêmicos que deram poder a essa categoria se cristalizaram em torno do corpo fisiológico, e o que assistimos é uma desintegração do campo simbólico a partir de sua disseminação e utilização como chave explicativa para a maioria dos problemas que cercam a infância.

Paralelamente a esse sistema classificatório que busca catalogar a subjetividade humana em entidades nosológicas, segmentando cada vez mais o sofrimento humano pelo discurso da ciência, uma narrativa crítica apontava as falhas e tentativas de captura da singularidade humana e experiências de sofrimento pela medicina. É o que veremos na próxima sessão.

3.3 A FACE CRÍTICA DO FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO

Existem várias razões que compelem os sociólogos a não adotar apenas as concepções médicas de doença e seu tratamento. Em primeiro lugar, não seria prudente do ponto de vista histórico. Na verdade, basta recorrer à leitura mais superficial sobre a história da Medicina para saber que muitas das concepções atuais sobre doença da Medicina moderna não são as mesmas que as da Medicina “moderna” de ontem; e que pelo menos algumas concepções da Medicina “moderna” de amanhã irão contradizer a Medicina de hoje. A Medicina moderna não é absoluta: ela é uma instituição social dominante em nosso tempo e lugar, mas não em outros (FREIDSON, 2009, p. 234)

O conceito de medicalização é recorrente no cenário social e promove inúmeros debates em diversas áreas do conhecimento. De acordo com Carvalho *et.al* (2015), ele surgiu no início dos anos 1970 a partir dos trabalhos de autores como Szasz, Freidson, Zola, Illich, Conrad. No

⁷¹ O consumo de Ritalina (metilfenidato) vem crescendo acentuadamente em todo mundo. Esse fato pode ser constatado a partir do aumento descomunal na produção de medicamentos (IDUM, 2012). Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre 2002 e 2006 a produção brasileira de metilfenidato aumentou de 40 kg para 226 kg, levando o Brasil a ocupar a segunda posição no ranking de prescrição deste fármaco. De 2009 para 2011, o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) relatou um aumento percentual real no consumo médio mensal de 28,2%. As vendas do Metilfenidato tiveram aumento de 20,9% em relação a 2018, chegando a 2.240.873 caixas vendidas só no ano de 2019. De acordo com relatório expedido pela Conitec em dezembro de 2020, estima-se que só no Estado de São Paulo, haja um consumo aproximado de 49,2% de Metilfenidato. Maiores informações acessar: <
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_Metilfenidato_Lisdexanfetamina_TDAH_CP_69.pdf>

Brasil, a aula proferida por Michel Foucault em 1975, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e o importante trabalho de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1973 e 1975) deram início a esse debate.

Como já discutido, a medicalização é o conceito que trata da conversão de problemas não médicos, relacionados à vida social - que são complexos, multifatoriais e marcados pela cultura e pelo tempo histórico - ao aparato da medicina, em termos de doença ou transtorno/distúrbio. Muitos autores têm investigado os desdobramentos desse conceito, mas iremos nos deter nas análises que ratificam os objetivos de nossa pesquisa. Sabemos que, com isso, corremos o risco de suprimir autores e análises importantes, porém os trabalhos dos autores escolhidos nos darão boas pistas de como o fenômeno da medicalização foi abordado ao longo da história e quais foram seus reflexos no processo que busca tratar com medicamentos as subjetividades humanas. Os primeiros pesquisadores que abordaram essas questões problematizaram aspectos do exercício da medicina e seus efeitos sociais. Esses trabalhos trazem consequências metodológicas importantes a respeito da medicina e de sua imbricação numa rede de poderes que se construiu ao longo da história.

Analisaremos os principais pontos a respeito da crítica à expansão da jurisdição médica e o conceito de medicalização desenvolvidos nos trabalhos de Talcott Parsons (1951), Eliot Freidson (1978), Thomas Szasz (1961, 1971), Irving Kenneth Zola (1972), Ivan Illich (1976), Peter Conrad e Joseph W. Schneider (1992) e Michel Foucault, não com a pretensão de redefinir ou esgotar o assunto, mas para identificar ferramentas conceituais que contribuam para nossa pesquisa.

Iniciaremos com os trabalhos desenvolvidos pelo estadunidense Talcott Parsons no período de 1951. Fundamentado em uma corrente teórica funcionalista, nem por isso suas análises a respeito da medicalização têm importância diminuída. Ao contrário, segundo Freitas (2019), as análises de Parsons sobre o caráter socialmente condicionado da relação médico-doente e da doença como uma construção social foram extremamente relevantes e abriram caminho para estudos posteriores. A teoria sobre o papel do doente - que serviu de alicerce para a sua teoria do sistema social, repercute até os dias de hoje em abordagens da saúde individual como papel social. A matriz teórica parsoniana encontra-se reatualizada e reconfigurada nos discursos sobre qualidade de vida ligada à saúde com viés utilitarista.

De acordo com Everardo Nunes (2005), todos os sociólogos que antecederam Parsons ignoraram a medicina como uma instituição social. Ainda que alguns autores, como Comte, Weber, Durkheim ou Marx e Engels tenham investigado questões sobre a saúde e a doença, seus trabalhos não estabeleceram uma sociologia da saúde e da doença. Em 1935, a questão do

relacionamento médico-paciente atravessa o campo da sociologia e passa a ser estudada de forma mais sistemática a partir da noção de sistema social por Lawrence J. Henderson (1878-1942). Mas foi ao final da Segunda Guerra que a sociologia aplicada à medicina começa a se desenvolver, especificamente em 1951 com o trabalho de Parsons.

A partir do texto *Social Structure and Dynamics Process: the case of modern medical practice*, Parsons analisa a sociedade como um sistema de variáveis funcionalmente inter-relacionadas, e a prática médica e a relação médico-paciente como um exemplo de subsistema social. Ele desenvolve o conceito de ‘sick role’ que foi amplamente debatido por muitos pesquisadores até meados dos anos 1970, quando o sociólogo Elliot Freidson analisa os pontos conflitivos da relação médico-paciente trazendo outro entendimento para essa questão (NUNES, 2005).

A análise sociológica de Parsons (1982) traz a doença como evidência de desvio normativo e, também, aponta possibilidades para o reestabelecimento da relação médico-paciente. A questão do equilíbrio era de fundamental importância para o autor, sendo sua conquista uma responsabilidade social. O bom funcionamento da sociedade era garantido pelo equilíbrio entre normas e valores estabelecidos socialmente. No entanto, esse equilíbrio não era uma conquista perene, já que era ameaçado constantemente pelo crime e pela doença.

Com efeito, a doença em Parsons tem o sentido de desvio social, e toda terapêutica utilizada para sua cura é considerada como forma de controle social. Segundo Nunes (2005), a saúde seria, então, uma pré-condição de funcionamento saudável da sociedade, e a medicina, uma instituição de controle social criada com a função de trazer a normalidade de volta. Conseqüentemente, a partir do momento em que uma doença – desvio – acontece, a instância social responsável pelo controle – a medicina - é acionada e tenta trazer a normalidade de volta.

No funcionalismo estrutural de Parsons, o sujeito doente é aquele que se encontra incapacitado de funcionar conforme as normas socialmente estabelecidas e de exercer suas funções sociais. Ainda que o doente venha a se desviar do seu funcionamento biossocial corriqueiro (normal), isso não se traduz como transgressão das normas da ação social, já que os indivíduos não podem prescindir de sua doença da mesma maneira que se espera que se abstraiam de um delito, como um crime. Para a teoria parsoniana, a doença é um fenômeno inerente à condição humana e, por mais que se esforce, ninguém consegue esquivar-se dela por completo.

Ao doente é atribuído um papel social definido e reconhecido pelo médico; papel que exerce dupla função de manutenção: manutenção do social e, também, da própria medicina. Podemos destacar outras funções interessantes a respeito do papel do doente, como as

interações interpessoais e os padrões de comportamento que ele adota, com vistas a diminuir os impactos causados pela própria doença. Assim que o paciente tem sua doença legitimada pelo médico, ele se exonera das responsabilidades sociais, ou seja, a doença define, agora, seu papel social de doente. Ao se isentar de suas responsabilidades sociais, ele, também, se isenta da responsabilidade pela sua doença, no sentido de que a cura não acontecerá simplesmente pela sua vontade ou desejo. Em vista disso, o papel do doente implica, num primeiro momento, na procura por tratamento e, posteriormente, na aceitação tanto da condição de doente, como na cooperação com a própria terapêutica. Para Parsons, estar doente não significa se lançar à própria sorte; ao contrário, o doente deve se esforçar para se recuperar, procurando ajuda profissional e aderindo aos tratamentos propostos. Podemos afirmar que, em alguns aspectos, essa abordagem coaduna com os princípios da psiquiatria, uma vez que o sujeito diagnosticado deve aceitar o papel de doente como pré-requisito para a cura. O paciente deve se subordinar ao diagnóstico médico e ao tratamento recomendado, fazendo jus ao poder inculcado no discurso psiquiátrico.

Portanto, da perspectiva funcionalista inaugurada por Parsons, a relação médico-paciente é construída e condicionada socialmente, bem como o papel atribuído à medicina (suas instituições e profissionais) que, longe de ser apenas um conjunto de técnicas, funciona como meio de controle e regulação social.

Na esteira das discussões sobre a desconstrução de fenômenos sociais e sua conseqüente transformação em categorias médicas, se encontram os trabalhos do renomado psiquiatra Thomas Szasz (1971, 1977, 1979). Suas investigações partem do seio da própria psiquiatria, berço de todo o processo de medicalização, dando início ao movimento da “antipsiquiatria”. Szasz discordava peremptoriamente da legitimidade intelectual-médica da psiquiatria, e demonstrava como ela, ao redefinir as vicissitudes da vida em transtornos psiquiátricos, desresponsabilizava a própria sociedade e, dessa forma, expandia seu território sobre o tecido social. Segundo Britto (2004), a psiquiatria pretendia ocupar a função de agente do controle social, e a doença mental, o correspondente explicativo de certos tipos de comportamento. Para Szasz, esse processo só pôde se efetivar em virtude de uma grande transformação histórica da perspectiva moral e religiosa da conduta humana para a ciência, especificamente, para o campo psiquiátrico.

O argumento central de Szasz (1979) é o de que a doença mental é um mito. Não obstante, ao sustentar a inexistência das doenças mentais, o autor não contesta as circunstâncias sociais e psicológicas subjacentes a esse rótulo. Os problemas humanos, afirmava Szasz, assim como existiram na Idade Média, subsistem na atualidade e são árduos e reais. O perigo, adverte

o autor, está em tratá-los como doenças mentais, pois isso implica a adoção de tratamentos médicos para questões existenciais.

Investigando a presença mesma da doença mental, o psiquiatra lança a seguinte questão:

Durante certos períodos históricos, conceitos explanativos como divindades, bruxas e microrganismos apareceram não apenas como teorias, mas também como causas evidentes de um grande número de acontecimentos. Alego que a doença mental atualmente é grandemente considerada de uma maneira algo semelhante, isto é, como a causa de uma diversidade de acontecimentos. Como um antídoto ao uso insensato da noção da doença mental - quer como um fenômeno evidente, teoria ou causa - vamos fazer esta pergunta: O que significa a afirmação de que alguém está mentalmente doente? (SZASZ, 1979, p. 58).

Sua resposta seria a de que a noção de doença mental funciona como um mito conveniente. Sendo herdeira legítima dos mitos religiosos, especialmente da feitiçaria, sua função seria análoga à matriz simbólica da magia, ou seja, um atenuante das problemáticas sociais e diagrama explicativo de questões ontológicas intrínsecas à existência humana.

De acordo com Szasz (1977), o objetivo primordial da psiquiatria está em analisar e tratar toda e qualquer desordem mental. Entretanto, ao longo da história, a psiquiatria adotou funções classificatórias de ordem deontológica para compreender e mesmo julgar o termo desordem ou doença mental a partir de uma epistemologia médica. Além do mais “devido às consequências sociais de tal julgamento, tanto o paciente como aqueles que dele tratam como tal tornam-se atores numa peça de moralidade, embora esta seja expressa num jargão médico-psiquiátrico” (SZASZ, 1977, p. 32). Dessa maneira, o autor demonstra que o tratamento que a psiquiatria direcionava aos comportamentos desajustados expressa claramente uma transição do campo ético para o campo da fisiologia e, conseqüentemente, para a medicina e a psiquiatria.

Diferentemente da Ética, que é a esfera por excelência a se ocupar do comportamento moral, a psiquiatria possui atribuições de outra ordem. Segundo Britto (2004), seu campo de atuação se encerra sobre os mecanismos biológicos do comportamento humano, ou seja, sua preocupação recai sobre os comportamentos originados por causas endógenas. Ademais, adverte Szasz, o significado da Ética somente pode se efetivar frente à liberdade e autonomia dos indivíduos e grupos, e a conduta resultante daí possui razões e significados desprovidos de causas. Nessa perspectiva, definir a psiquiatria utilizando-se das mesmas bases éticas é um grande erro epistemológico. Atribuir causas endógenas ao comportamento humano significa classificá-lo como fato ao invés de ação:

O diabetes é uma doença causada por uma falta endógena de enzimas necessárias ao metabolismo dos carboidratos. Nessa estrutura de referência, a causa endógena de uma depressão deve ser, ou um defeito metabólico (isto é, um evento químico antecedente) ou um defeito nas relações interpessoais (isto é, um evento histórico antecedente). Eventos ou expectativas futuras são excluídos como “causas” possíveis de uma sensação de depressão (SZASZ, 1977, p. 33)

Portanto, conferir ao comportamento humano um caráter químico relacionado às disfunções internas do organismo, equivale a “redefinir a conduta ética como um mal psiquiátrico” (SZASZ, 1977, p. 33).

Outro ponto relevante a ser destacado nas análises críticas de Szasz (1979) diz respeito à diferenciação entre doenças do cérebro e doenças da mente. Britto (2004) afirma que as doenças mentais ou desordens do pensamento seriam corolários das mesmas doenças que afetam o cérebro, enquanto órgão do corpo humano. Esse processo é consequência da derivação da noção de doença mental de um suporte de fenômenos correspondentes a sífilis cerebral ou condições delirantes similares, onde ocorrem manifestações comportamentais incomuns e desordens mentais. Tanto a sífilis cerebral como as chamadas condições delirantes são classificadas por Szasz como doenças do cérebro. Todavia, ao longo do desenvolvimento da psiquiatria, todas as disfunções caracterizadas como doenças mentais passaram a ser compreendidas de modo semelhante às doenças do cérebro. Desse modo, Szasz assegura que o dualismo simétrico entre sintomas físicos (corporais) e sintomas mentais não encontra fundamento científico.

A díade ‘transtornos mentais e defeitos cerebrais’ é oriunda de uma corrente de pensamento psiquiátrico que, segundo Szasz, formulou a hipótese de que os transtornos mentais derivavam de algum defeito no cérebro e esse defeito, por mais sutil que fosse, seria um dia encontrado, trazendo, finalmente, a explicação para todas as desordens do pensamento e do comportamento. Nessa perspectiva, Szasz conclui que essa corrente de pensamento levou muitos psiquiatras e estudiosos contemporâneos a desconsiderar a hipótese de sofrimento a partir de diferentes necessidades pessoais, valores, aspirações, etc. Em última instância, todos os dilemas da vida passariam a ser atribuídos a disfunções nas dinâmicas psicoquímicas que, num futuro propício, depois de muita pesquisa médica, seriam finalmente comprovadas. O problema reside justamente em categorizar as doenças da mente como doenças do cérebro, pois uma doença do cérebro, sendo um problema de ordem neurológica, é de natureza semelhante a qualquer outra doença que afeta os órgãos ou tecidos do corpo, e não um problema deontológico ou mesmo ontológico. Questões dessa natureza deveriam ser procuradas em outros campos.

Apresentando-se no corpo ou na mente, o conceito de doença se refere ao afastamento de alguma norma claramente definida (SZASZ, 1979; FOUCAULT, 2006a; CANGUILHEM, 2009). Quando a doença se manifesta no físico, o referencial correspondente ao distanciamento da norma se traduz em termos anatômicos e fisiológicos (Canguilhem, 2009). Entretanto, quando o dilema reside no campo mental, qual o referencial correspondente exprimiria sua norma? Que norma seria essa? Tal norma só poderia se fundamentar em termos de conceitos psicossociais, éticos e legais, não em padrões médicos (Szasz, 1979).

A relevância dos trabalhos de Thomas Szasz, além de emergir do próprio campo da psiquiatria e questionar suas bases em plena passagem dos anos 1960 para 1970, se reflete na repercussão e amplitude que suas ideias atingiram. As análises de Szasz possibilitaram a abertura de um novo caminho para o questionamento e a contestação dos axiomas psiquiátricos quando a doença mental passou a se constituir como objeto da psiquiatria. Szasz denunciou as origens daquilo que a psiquiatria passaria a perseguir, ou seja, a busca pela localização cerebral dos transtornos mentais.

Ampliando o debate do campo da psiquiatria iniciado por Thomas Szasz para o campo da sociologia, Eliot Freidson (1970) transita entre a organização social da profissão médica e de seus membros, a doença como construção social e a ingerência da medicina sobre o tecido social. Freidson projeta uma lente sociológica sobre a doença, analisando-a mais como estado social e menos como estado biológico. Assim como Parsons inaugurou a possibilidade de análise sobre a significação social do papel do doente, Freidson abre caminhos para uma análise sociológica a respeito da profissão médica, do monopólio da prática e de seu controle sobre o conteúdo do trabalho. Freidson avança mais que Parsons, dizendo que a medicina não tinha apenas legitimidade para definir quem está ou não doente, como cria possibilidades sociais para o desempenho do doente. O que quer dizer que o monopólio da medicina inclui o direito de criar a doença como papel social oficial (MIRANDA-SÁ, 2013).

Segundo Freidson (2009), as profissões têm como principal função recriar realidades sociais. Quando um indivíduo procura um profissional especializado em alguma atividade para solucionar determinado problema, esse profissional desenvolve maneiras de analisar o problema e transformar as informações e interpretações inicialmente apresentadas. Segundo Barbosa (2003), o profissional, ao mesmo tempo que recria o problema, recria o mundo do indivíduo que o procurou, permitindo que através de sua profissão se produza uma nova realidade social. De todas as profissões, a medicina contemporânea é a que mais exercita esse poder. Detentora de grande potencial de autonomia e regulação, a medicina recria o problema, recria o universo do paciente e, assim, produz uma nova realidade social. Ela é “um

empreendimento moral, como o Direito e a religião, que procura descobrir e controlar coisas consideradas indesejáveis” (FREIDSON, 2009, p. 232).

Paralelamente ao poder de produzir novas realidades exercido pela medicina, ela reivindica a exclusividade para o tratamento das doenças. A profissão médica atinge um patamar de legitimidade da cura das doenças e de todas as mazelas a elas associadas, tornando-se, conforme Freidson, uma profissão que domina e controla os critérios que qualificam seus profissionais, bem como os métodos que serão utilizados no trabalho médico.

Se considerarmos a profissão médica atualmente, fica claro que sua principal característica é sua preeminência. É preeminente não apenas no prestígio, mas também na autoridade relativa à sua especialidade. Isto para dizer que o conhecimento médico sobre doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo (FREIDSON, 2009, p. 25).

A medicina é uma ocupação altamente profissionalizada e que possui um conhecimento específico, complexo e fechado em sua própria esfera de atuação. Dentro deste escopo, ela detém o monopólio legal de um grande mercado de serviços com demanda ilimitada.

Ainda que possam existir outras práticas, como a quiropraxia ou a homeopatia, Freidson afirma que nenhuma ocupação conseguiu criar políticas relacionadas à saúde como a medicina. Isto coloca a medicina em patamares próximos das antigas religiões de Estado, já que ela detém o “monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e de tratá-la. Além disso, ela é altamente reconhecida pelo público, o que reflete o grande prestígio que possui” (FREIDSON, 2009, p. 16).

De acordo com Freidson, a prática médica deveria se guiar pela bússola ética, e estabelecer relação de confiança com o paciente, resguardando sigilo sobre sua intimidade. Nesta relação, o paciente seguiria as prescrições, diagnósticos e tratamentos recomendados pelo médico. A construção dessa relação, alicerçada sob a lógica da confiança e do respeito, pressupõe que nada deve ser imposto ao paciente, mas estimulado pelo reconhecimento da autoridade médica. Para Miranda-Sá (2013), a decisão de procurar ajuda médica deve ser de livre e espontânea vontade por parte do paciente. O mesmo ocorre com o tratamento: o paciente deve ver o médico como um aliado no seu processo de cura. Deste modo tanto a procura pelo médico, como a adesão ao tratamento por ele proposto se fundamentam no princípio de sua autoridade legitimamente reconhecida.

As análises de Freidson jogam luz sobre as relações sociais de poder que atribuem ao médico o estatuto de guardião da verdade. Fruto de uma construção histórica, seu poder sobre os indivíduos se expressa como autoridade única sobre as doenças e sua cura. O funcionamento

exitoso da profissão médica se deu através de uma dupla aliança, historicamente construída com a elite – detentora do capital para pagar seus serviços - e com o Estado – que legalmente possibilita o monopólio de seu exercício e cria condições para que ele aconteça.

Da mesma forma como a medicina obteve o monopólio sobre o trabalho, ela também obteve exclusiva jurisdição para definir o que é doença e como o doente deve agir para tratá-la. Dessa maneira, a medicina está “comprometida com a criação da doença como uma condição social que o ser humano deve assumir” (FREIDSON, 2009, p. 229). Criar a doença, diz Freidson, é próprio da medicina, e ela assim o faz quando define como tal a queixa de um paciente e invalida a de outro. O autor desloca o sentido de iatrogenia social ao dizer que essa maneira de produzir doenças é que pode se enquadrar nesse termo, ao passo que o que é comumente definido como iatrogenia, ou seja, a indução de doenças ou desordens biológicas ao paciente pelo médico ou métodos de tratamentos, seria uma falha técnica.

Na medida em que a medicina sanciona oficialmente o que é doença e o que não é, ela define e concebe como devem ser os comportamentos sociais a partir de seus próprios critérios normativos. Assim como em outras áreas, como o Direito (onde o juiz determina quem é culpado ou inocente), a medicina define quem é normal ou doente (FREIDSON, 2009). Isso porque, ao definir doenças ela sai do campo puramente biológico e adentra na realidade social. Ainda que determinada doença tenha origem biológica, o entendimento e a maneira como os indivíduos lidam com ela ultrapassa essa esfera. O ato de nomear algum mal estar ou comportamento de doença tem consequências que independem da condição biológica do organismo. A nomeação que se caracteriza através do diagnóstico médico tem efeitos no campo social, precisamente na interação do paciente com os demais. Para Freidson, o diagnóstico e o tratamento médico direcionado aos seres humanos diferem daqueles que acontecem no mundo animal, justamente porque a doença é definida socialmente, cercada e condicionada por atos sociais. O diagnóstico médico modula o comportamento do indivíduo que o recebe, pois, um estado social vai se somar a um estado biofísico, conferindo outro significado à doença. Nesse sentido, a tarefa da sociologia seria entender como o comportamento social é moldado pelo processo de diagnóstico e tratamento. A denominação de doença é um ato social que, a partir da seleção de algumas características humanas, as avalia como indesejáveis, passa a controlá-las ou se esforça para erradicá-las.

Análises como as de Parsons, Freidson e Szasz abriram caminho para a crítica da Medicina como repositório de verdade e como instituição de controle social. No entanto, o conceito de medicalização propriamente dito só surgiu na literatura científica em 1970, na obra de Irving Kenneth Zola.

O título de seu livro traz implícitos seus objetivos: *A Medicina como uma Instituição de Controle Social*. Zola (1972) designa a medicalização como a expansão da jurisdição médica sobre domínios que, até então, não lhe pertenciam. A medicina utiliza cada vez mais da prerrogativa de neutralidade científica, assumindo progressivamente a função de regulação social que anteriormente estava a encargo da Igreja e da Lei. Passa a comportar um novo repertório de verdade e a ocupar a função de avaliador moral. Nessa perspectiva, Zola afirma que problemas de ordem social foram cada vez mais absorvidos pelo poder da medicina e tratados como doenças, ou seja, medicalizados. Questões sexuais, fenômenos como aborto, alcoolismo e consumo de substâncias ilícitas foram transformados em questões médicas, possibilitando o controle das populações por parte dessa instituição (GIUSTI, 2017).

Segundo Freitas e Amarante (2015), para tratar do fenômeno da medicalização da sociedade, Zola propõe quatro eixos de análise: 1) identificar aspectos da vida cotidiana importantes para a prática da medicina; 2) descrever como, por meio do exercício do controle absoluto sobre determinados procedimentos técnicos, o poder da medicina se impõe como algo natural; 3) reconstruir historicamente o trajeto percorrido pela medicina que lhe possibilitou o acesso a áreas fora de seu domínio e 4) analisar a expansão do que a medicina considera boa conduta de vida.

De acordo com Minakawa (2016), a hipótese de Zola parte do argumento de que a medicina passou a utilizar modelos multicausais da doença, o que lhe possibilitou avançar fronteiras tradicionais e conquistar territórios que não eram de seu domínio. Dessa forma, aspectos que haviam sido banidos de sua competência passam a ser incorporados em suas práticas discursivas. O paciente leva para o médico seus sintomas, como queixas de sua vida cotidiana, acarretando em mudanças na construção das doenças e de seus diagnósticos. A medicina passa a se arrogar o direito de determinar comportamentos e formas de vida. Toda essa construção tem como base a prevenção de doenças e, conseqüentemente o controle social.

Segundo Tabet et al (2017), a medicalização tem como efeito a perda de autonomia dos sujeitos. Partindo desse princípio, Ivan Illich lança, em 1975, *Nemesis Médica: a expropriação da saúde*, impactando a sociologia da saúde. Illich afirma que a medicina havia se tornado a maior ameaça à saúde, e denuncia a medicalização como uma iatrogênese. O 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). Sendo assim, a medicina era uma grande ameaça à saúde justamente por desencadear doenças que não existiam

Suas análises recaem sobre as problemáticas desencadeadas pela sociedade industrial e as tecnologias médicas que irromperam nesse contexto. Minakawa (2016) disserta que a medicina moderna era apontada pelo autor como uma instituição que ameaçava a saúde, causando mais mal do que bem. A única forma dos indivíduos salvaguardarem sua saúde seria através da superação da necessidade de intervenção médico-profissional e de uma drástica redução do consumo intensivo da medicina moderna. Utilizando-se do termo “imperialismo médico”, ele tece crítica voraz contra a medicalização dos problemas sociais.

Segundo Illich, a iatrogenia se revela em três níveis: 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, etc.; ii) nível da iatrogênese social, onde a saúde do indivíduo é afetada pela medicalização social. Esse nível revela dependência da população para com os medicamentos; e os cuidados médicos rotineiros. 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. Illich entende a precocidade diagnóstica como enunciadora de problemas que 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, pois o indivíduo perde sua capacidade de lidar com as transformações inerentes à vida, que são a doença, a dor e até a morte.

As críticas tecidas por Illich na década de 1970 foram um alerta para o que estava por vir. O autor conseguiu antever o que o excesso e a dependência da medicina industrializada poderiam trazer para a sociedade. O processo de medicalização, longe de ser uma simples “tecnicização” do ato de diagnosticar e medicar, destrói as capacidades individuais e culturais de lidar com experiências intrínsecas à existência humana, como a morte, a doença e a dor e, simultaneamente, forma novas subjetividades que demandam por mais medicalização, num movimento de codependência.

O sociólogo americano Peter Conrad trouxe nova perspectiva às análises da medicalização ao mostrar sua dimensão processual. Em sua obra *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, se refere a esse fenômeno como um conjunto de forças sociais e econômicas que sobredeterminam a prática médica, que ele denomina de “motores da medicalização”. O ponto crucial das análises está em mostrar a

face reducionista implicada no processo de medicalização, já que converte múltiplas e complexas questões sociais em fenômenos de causalidade orgânica. Os passos desse processo se revelam na tentativa da medicina de organizar a própria vida em termos de doenças ou distúrbios, descontextualizando questões políticas, históricas e sociais.

Em parceria com Joseph W. Schneider, Conrad lança *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, em 1992, aprofundando as investigações sobre o processo de medicalização. Para os autores, a medicalização pode ser constatada quando um problema é definido pela racionalidade médica e tratado por intervenções dessa categoria. Esse processo se manifestaria em três níveis: conceitual, institucional e de interação. No plano conceitual, o vocabulário médico é utilizado para definir o problema, ou seja, é o nível onde as questões são ordenadas segundo jargões e modelos médicos, sem a necessidade de intervenções diretas. No nível institucional, as instituições tendem a tratar problemas organizacionais fazendo uso de uma abordagem médica. Esse nível evidencia o poder-saber médico mesmo sem a atuação direta dos profissionais, pois, ao agirem como gestores colaboracionistas, os médicos legitimam as condutas organizacionais realizadas por outros profissionais. Já no último nível, o da interação, os médicos estão diretamente envolvidos e a medicalização se manifesta na relação médico-paciente. O médico realiza o diagnóstico de um problema trazido pelo paciente (independentemente de sua natureza, se médica ou não) e adota uma intervenção correspondente, por meio de prescrições farmacológicas, hormonais, técnicas cirúrgicas etc. Compreende-se, então, que 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 (GIUSTI, 2017).

O duplo avanço da medicina - tanto sobre os comportamentos considerados desviantes, como sobre os processos naturais da vida - se manifesta em diversas instâncias. Segundo os autores, no campo dos comportamentos desviantes, a medicina se apropriou de categorias como loucura, alcoolismo, dependência de drogas, hiperatividade e dificuldade de aprendizagem em crianças, obesidade e anorexia, abuso sexual de crianças, infertilidade, transexualismo, dentre outras. No campo dos processos vitais, diversas foram as categorias que se tornaram medicalizadas, dentre elas podemos citar a sexualidade (sobretudo a feminina), o parto, o desenvolvimento infantil, a TPM (tensão pré-menstrual), a menopausa, o envelhecimento, a beleza e estilo de vida saudável.

Um ponto importante levantado por Conrad e Schneider (1992) é de que a medicalização é um processo e, como tal, está em constante formulação de suas bases e ampliação de suas redes de atuação. A expansão das categorias diagnósticas comprova claramente essa afirmação.

O objetivo da expansão das categorias diagnósticas é justamente o de incluir novos problemas ou itens relacionados a eles, incorporando populações adicionais. As categorias que mais sofreram expansão nos últimos anos foram o alcoolismo, a doença de Alzheimer e a Hiperatividade. Especificamente em relação à hiperatividade, os autores afirmam que, inicialmente, esse transtorno se referia apenas a impulsividade e distração, principalmente nos meninos. A mudança de Hiperatividade para TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) permitiu a inclusão de meninas, adolescentes e adultos. Como consequência, nas décadas seguintes houve uma explosão no consumo de psicofármacos utilizados para seu tratamento.

Um dos aspectos mais relevantes do processo de medicalização na atualidade é o aumento exponencial do uso e da prescrição de psicofármacos. O mundo não teria conhecido essa realidade sem uma aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, ou seja, entre quem fabrica as drogas e quem tem o poder legítimo para prescrevê-las. Para que a indústria farmacêutica conseguisse expandir seu monopólio, foi necessário um trabalho conjunto na elaboração e comercialização de seus produtos junto à classe médica. Não apenas para diagnosticar problemas que realmente colocam em risco a vida e a saúde dos indivíduos, mas, principalmente, para criar novas doenças de âmbito subjetivo. A subjetividade contemporânea é marcada pela responsabilização do indivíduo pela gestão de sua saúde. Nessa lógica, uma boa gestão assenta-se na superação de limitações, sempre visando um ideal de otimização física, social e mental. As doenças no âmbito subjetivo apontariam falhas nesse modelo ideal devendo, portanto, ser corrigidas (LIMA et al, 2018).

O poder e o domínio que essas duas instâncias – indústria farmacêutica e classe médica – exercem sobre todas as esferas da vida, categorizando-as e diagnosticando-as, possibilita que suas determinações sejam aceitas e propagadas como verdades. Esse poder se expandiu drasticamente a partir do lançamento do primeiro psicofármaco na década de 1950.

Conrad (2005) mostra que, desde a introdução do primeiro psicofármaco sintetizado e utilizado em tratamentos psiquiátricos no ano de 1952, a indústria farmacêutica investe maciçamente em pesquisas e marketing na área da psicofarmacologia e de lançamento de novos medicamentos. O autor descreve o histórico desse processo e retoma pontos trabalhados em obras anteriores. Ele afirma que o início da medicalização se deu através do que ele chama de “colonização médica”, que denota o grande poder de influência que a cultura médica exerce sobre 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. Houve uma mudança paradigmática no lugar ocupado pelos doentes, que passaram a ser vistos como consumidores potenciais, e não mais como doentes em vias de tratamento. De acordo com Conrad, o domínio para abordagem e tratamento das doenças fez com que a indústria farmacêutica se tornasse a mais lucrativa da América, lançando novas drogas no mercado em uma velocidade cada vez maior. O seu campo de maior atuação? Questões relacionadas à infância e adolescência.

O problema deflagrado pelo processo de medicalização está, justamente, na tentativa de apaziguamento do comportamento humano por via medicamentosa. Há reducionismo biológico nos discursos de verdade da medicina, especialmente da psiquiatria.

O conhecimento e a atuação médica nas sociedades ocidentais sofreram impactantes transformações com o advento da biotecnologia, nanotecnologia e da própria genética. Não menos importantes são tecnologias como aplicativos de smartphone, que permitem uma relação em tempo real entre médico-paciente; a Telemedicina, que possibilita o monitoramento do paciente pelo médico sem a necessidade de encontro presencial; impressoras 3D que imprimem próteses, tecidos e até réplicas de órgãos humanos, mudaram a forma de atuação da medicina.⁷²

O problema, como mostra Bezerra (2002), reside justamente no equívoco epistemológico e ético do essencialismo físcalista:

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 físcalistas 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).

Sobre o essencialismo físcalista, Berrios (2015) nos mostra que a suposta localização cerebral dos sintomas mentais se fundamenta em torno de quatro suposições e inferências. A primeira delas gira em torno da crença cultural de que o comportamento e a mente são funções do cérebro. A segunda, na observação de que os indivíduos que apresentem alguma lesão cerebral podem manifestar alterações mentais ou comportamentais que remetem aos sintomas psiquiátricos convencionais. A terceira suposição se baseia em pesquisas que mostram que

⁷² Sabemos que salvaram e continuam salvando inúmeras vidas. Não se trata de negar as inúmeras contribuições das pesquisas biológicas que foram e continuam sendo realizadas em prol da vida humana. Os subsídios da produção de pesquisas para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que sofrem de doenças degenerativas, por exemplo, são evidentes (GIUSTI, 2017).

determinados tipos de manipulação química, elétrica ou mecânica de regiões do cérebro podem induzir alterações comportamentais em humanos e animais. Por último, em análises que correlacionam determinadas mudanças em atividades mentais, que se sobrepõem no tempo e no espaço (por exemplo, as imagens detectadas pela cartografia cerebral ou neuroimagem).

Em 2015 dois psiquiatras americanos do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pittsburgh e do Instituto e Clínica Psiquiátrica de Pittsburgh, avaliaram os achados de todos os principais estudos de neuroimagem sobre transtorno bipolar no processamento emocional, na regulação emocional e no processamento de recompensas, com o objetivo de sintetizar o conhecimento atual dos fundamentos neurais do transtorno bipolar e fornecer um roteiro de pesquisa em neuroimagem para futuros estudos. Eles selecionaram os estudos que usaram ressonância magnética funcional, análise volumétrica, imagens de difusão e técnicas de estado de repouso, integrando descobertas para fornecer uma melhor compreensão das anormalidades dos circuitos neurais em larga escala no transtorno bipolar. Para os psiquiatras, o objetivo fundamental da pesquisa de neuroimagem é justamente possibilitar a identificação de biomarcadores no transtorno bipolar, fornecer marcadores neurobiológicos objetivos para aumentar a precisão do diagnóstico, identificar marcadores de risco para o futuro transtorno bipolar e abrir caminho para tratamentos personalizados com base em uma compreensão aprimorada dos processos neuropatofisiológicos subjacentes.

Na pesquisa intitulada “*A Critical Appraisal of Neuroimaging Studies of Bipolar Disorder: Toward a New Conceptualization of Underlying Neural Circuitry and a Road Map for Future Research*” (Uma avaliação crítica dos estudos de neuroimagem do transtorno bipolar: em direção a uma nova conceitualização dos circuitos neurais subjacentes e um roteiro para futuras pesquisas), os psiquiatras conceituam o transtorno bipolar em termos de circuitos neurais. Eles afirmam que o transtorno bipolar apresenta disfunção paralela nos circuitos corticais pré-frontais (especialmente corticais ventrolaterais pré-frontais) – que determina o processamento e regulação da emoção hipocampal-amígdala bilateralmente, juntamente com um circuito estriado-ventrolateral e orbitofrontal ventral esquerdo "hiperativo" e circuitos corticais de processamento de recompensas, resultando em anormalidades comportamentais características associadas ao transtorno bipolar: instabilidade emocional, desregulação emocional e sensibilidade à recompensa aumentada. Uma base estrutural potencial para essas anormalidades funcionais é a diminuição do volume de substância cinzenta nos córtices pré-frontal e temporal, a amígdala e o hipocampo e a anisotropia fracionária nos tratos de substância branca que conectam as regiões pré-frontal e subcortical.

Apesar dos avanços nas pesquisas e dos resultados obtidos através da neuroimagem, os psiquiatras relataram que ainda não está claro até que ponto a disfunção nesses circuitos produz alternância entre estados de humor e até que ponto as anormalidades funcionais intrínsecas nesses circuitos desempenham um papel na neuropatofisiologia do transtorno bipolar. Além disso, segundo os próprios psiquiatras, os estudos de neuroimagem existentes para o transtorno bipolar apresentam uma série de limitações. Primeiro, a maioria dos estudos recrutaram pouquíssimos participantes por grupo, implicando em conclusões limitadas sobre a generalização dos resultados para a população em geral. Pesquisas comparando indivíduos com transtorno bipolar em diferentes estados de humor são escassas, e não há quase nenhum estudo de replicação, principalmente para estudos de ressonância magnética e repouso. Eles apontam para a necessidade de mais estudos em estado de repouso usando técnicas semelhantes e mais pesquisas de neuroimagem com amostras maiores.

Outro ponto crítico levantado pelos psiquiatras é que a maioria dos estudos concentraram-se apenas em regiões cortical-subcorticais pré-frontais, com poucas descobertas em outras regiões, o que limita as inferências sobre os possíveis papéis de outros circuitos neurais no transtorno bipolar. Além disso, há uma escassez de estudos de neuroimagem comparando diretamente diferentes subtipos de transtorno bipolar (por exemplo, distúrbios bipolares I e II) ou transtorno bipolar e outros distúrbios psiquiátricos importantes (por exemplo, esquizofrenia). De acordo com os resultados da pesquisa é difícil determinar até que ponto os subtipos do transtorno bipolar ou diferentes transtornos psiquiátricos compartilham ou se distinguem por mecanismos neurais subjacentes.

Os psiquiatras acreditam no potencial dos estudos de neuroimagem para a identificação de biomarcadores neurais que auxiliem no diagnóstico e na escolha do tratamento, particularmente para distúrbios que geralmente são difíceis de distinguir com base apenas na avaliação clínica - por exemplo, transtorno bipolar I versus transtorno bipolar II, transtorno bipolar Distúrbios I e II versus transtorno depressivo maior e transtorno bipolar versus esquizofrenia. Um ponto muito importante destacado pelos psiquiatras são os efeitos potencialmente confusos da medicação psicotrópica nas medidas de neuroimagem. Um número crescente de estudos sobre transtorno bipolar sugere que os medicamentos psicotrópicos têm efeitos normalizadores nas medidas de neuroimagem ou não têm um impacto significativo nessas medidas. Eles afirmam que o lítio tem efeitos neurotróficos em algumas regiões neurais no transtorno bipolar, enquanto medicamentos antipsicóticos estão associados a reduções de substância cinzenta. Como os estudos longitudinais de neuroimagem que examinam indivíduos antes e depois da medicação são raros, eles enfatizam a importância de mais pesquisas que

determinem a natureza dos efeitos de medicamentos específicos nos circuitos neurais no transtorno bipolar.

De acordo com essa pesquisa, podemos observar as dificuldades e limitações que os estudos de neuroimagem apresentam tanto na visualização de fluxos de sangue, consumo de oxigênio, circuitos neurais e proporções da amígdala e massa cinzenta, como na causalidade dos processos subjetivos. Para Berrios, essas suposições e inferências trazem complicações em dois níveis, tanto a nível epistemológico, quanto ontológico. Há uma grande diferença entre os sintomas mentais e os sintomas físicos. Os sintomas mentais não seguem as mesmas regras de localização dos sinais físicos que operam na medicina geral, como tosse, sopros, hiperestesia, etc. Outro ponto é sobre a complexidade em estabelecer correlações patológicas entre regiões cerebrais e sintomas mentais através de neuroimagens, uma vez que os sintomas mentais são heterogêneos. O autor define os sintomas mentais como objetos híbridos, ou seja,

[...] objetos que consistem de um núcleo biológico envolvido em um pesado envelope semântico-cultural. Em certas ocasiões, a informação biológica contida no núcleo pode ser atenuada ou suprimida pela densidade da configuração cultural. Na prática, isso significa que muitas vezes o determinante da forma de um sintoma mental não é seu sinal biológico, mas seus configuradores semânticos. Se este for o caso, é importante perguntar que efeitos isso tem sobre o modelo convencional de “localização cerebral” (BERRIOS, 2015, p. 232).

Foucault (2006a) já havia apresentado diversas similitudes com a discussão presente ao tratar do corpo neurológico. A partir da descoberta de um corpo que não se resume a órgãos e tecidos, mas um corpo com funções, desempenhos e comportamentos, (ou seja, o corpo neurológico), abre-se a possibilidade de inscrever os mecanismos da loucura no campo da anatomia patológica ou da fisiologia patológica. Antes dessa descoberta, não era possível inserir a loucura no campo da sintomatologia médica geral. Foucault chamou esse vislumbre de “grande esperança neurológica”.

Essa possibilidade passou a ser o grande objetivo da psiquiatria. A localização cerebral dos sintomas e sofrimentos humanos e sua inscrição em termos médicos é, até hoje, o motor da psiquiatria. Caponi (2012) remontou as origens desse processo que, como vimos, se desenrola ao longo dos séculos XIX e XX com as novas estratégias de intervenção vinculadas à teoria da degeneração proposta por Benedict August Morel (1857). Morel transforma radicalmente a concepção de doença mental ao atribuir as causas das degenerescências a lesões orgânicas, pois essa tomada significa 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. 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. A partir de Morel, a hereditariedade passou a ocupar o papel central de explicação das causas das doenças mentais.

A hipótese aventada no século XIX (de que todas as doenças físicas devem ter sua localização no tempo e espaço⁷³) acompanha a psiquiatria ainda hoje. Essa lógica se fundamenta nos postulados de que os transtornos mentais e os desvios de conduta estão enraizados no interior do corpo, especificamente no cérebro. O corpo, que até o século XIX não ocupava lugar central de observação, será a íris da psiquiatria. A partir da segunda metade do século XIX, o corpo ampliado⁷⁴ da família ou das populações, carregado de patologias, passará a procurar em seu interior as possíveis disfunções. Na impossibilidade de encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, a psiquiatria foi buscar na família a existência de patologias (FOUCAULT, 2006a). No entanto, a possibilidade aventada pela ideia de hereditariedade nada mais é do que dar um corpo à doença. Já que não é possível encontrá-la 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 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 (FOUCAULT, 2006a, p. 352).

Tal intento vem fracassando desde o século XIX, pois o corpo neurológico ou o corpo fantasmático não se deixam capturar. Essa tentativa de inscrever a loucura numa medicina fundada sobre a anatomia ou fisiologia patológica está fadada ao fracasso, já dizia Foucault (2006a), o que limita a psiquiatria a três instrumentos de poder: o interrogatório, a hipnose e as drogas:

O fracasso dessa tentativa de Charcot, o fato de que o corpo neurológico vai escapar ao psiquiatra, como o corpo da anatomia patológica, vai deixar ao poder psiquiátrico os três instrumentos de poder que foram instaurados na primeira parte do século XIX.

⁷³ O espaço é compreendido como o corpo em geral, e a variável tempo se constitui com a hereditariedade. Foucault (2006) afirma que, a partir do interrogatório realizado pelo psiquiatra, o indivíduo se vincula a sua identidade e se reconhece no seu passado, ou seja, nos acontecimentos de sua vida. Uma das principais funções do interrogatório seria justamente encontrar, nos ascendentes do paciente, possíveis substratos orgânicos que expliquem as causas das doenças.

⁷⁴ Conforme Foucault (2006), o corpo ampliado é o corpo da família. Na ausência do corpo individual, busca-se na família algumas evidências patológicas (hereditárias). Mesmo que essas evidências sejam de outra natureza, elas apontam para a existência de uma base patológica. Esse seria o alongamento do corpo a que Foucault faz menção em vários pontos de seus estudos.

Ou seja, depois do desaparecimento da grande esperança neurológica, só encontraremos os três elementos: o interrogatório – a linguagem -, a hipnose e a droga; isto é, os três elementos com os quais, seja nos espaços asilares, seja nos espaços extra-asilares, o poder psiquiátrico funciona ainda hoje (FOUCAULT, 2006a, p. 374).

Desses três instrumentos de poder, a ponta mais poderosa e a maior aliada ao processo da medicalização é sem dúvida alguma a das drogas. Nesse tripé, a ponta dos psicofármacos representa a possibilidade de domínio da loucura, de apreensão interna, “dessa espécie de suplemento de poder que é dado ao psiquiatra pelo fato de que ele pensa, de que ele imagina poder compreender os fenômenos da loucura” (FOUCAULT, 2006, p. 373).

Apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, Foucault (2010c) 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. A partir de então, a saúde passou a ser objeto de uma verdadeira luta política, acarretando uma nova redistribuição econômica, a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo. 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, 2006a, 2008).

Partindo de uma perspectiva histórica, Foucault (2010b) mostra que os primórdios desse processo aconteceram entre os séculos XVIII e XIX e, desde então, vêm consolidando um espaço de saber e intervenção que ele denominou de *medicina do não patológico*. Essa nova configuração epistemológica possibilitou a ingerência da psiquiatria não apenas no campo da loucura, mas nas diversas condutas cotidianas.

O conceito de medicalização subsiste nos dias atuais com importância teórica e prática. Diversos projetos sociais o tomam como base, bem como intervenções na esfera da saúde se dão a partir dele. Sua influência pode ser vista em muitos países a partir de proposições como movimentos de “desprofissionalização” da profissão médica, regulação estatal do poder médico, novos arranjos organizacionais e clínicos, projetos de organização técnica e assistencial da rede de saúde (ROSE, 2013). Outra importante influência decorrente desse conceito vai na direção de práticas desmedicalizantes e projetos que incentivam os indivíduos a reconquistarem a gestão de sua saúde, tornando-se consumidores ativos de produtos na área da saúde-doença, como o projeto de Promoção à Saúde (CARVALHO, 2007).

Na esfera virtual, podemos acompanhar o surgimento de grupos, fóruns e movimentos que refutam as imposições do DSM e de um tratamento único baseado em psicofármacos; eles também questionam as noções de saúde baseadas em estatísticas normativas, criticam a clínica da sintomatologia psíquica em detrimento da história de vida do paciente e, de modo geral, o avanço da medicalização sobre todas as etapas e esferas da vida. Como exemplo, citaremos 3 deles, começando pelo Movimento Internacional Stop-DSM, cujo slogan é difundido em diversas redes sociais.

Esse movimento é uma iniciativa coordenada pelo Espai Freud, de Barcelona, e pelo Fórum ADD, de Buenos Aires. Em 2011, esses dois grupos se reuniram e criaram o Stop-DSM, com a proposta de analisar o sujeito a partir de uma abordagem subjetiva e questionar a lógica classificatória do DSM, que obstaculiza as possibilidades de pensar e interrogar sobre o sofrimento psíquico.⁷⁵

Outros grupos passaram a se articular contra a medicalização através do *Facebook*, como o “Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade”. Com caráter político e atuação permanente, o Fórum surgiu em 2010 a partir de um seminário internacional sobre medicalização da educação que aconteceu na cidade de São Paulo. Ele tem como objetivos articular entidades, grupos e pessoas para enfrentar a questão do avanço da medicalização da aprendizagem e do comportamento. O grupo “TDAH Crianças que Desafiam” tem como lema a frase “existe vida fora da Ritalina”. O grupo critica os psicofármacos e apoia pais e mães que querem retirar a medicação de seus filhos. Não aceitam participantes que façam apologia à medicação e sugerem leituras e links de sites para que as pessoas se informem sobre a influência dos laboratórios farmacêuticos nas escolas.

Esses grupos e coletivos surgiram da proposta de discutir e combater a medicalização da vida frente ao crescimento exponencial de crianças e adolescentes diagnosticados com transtornos mentais, como o TDAH. Pais, mães, profissionais da saúde e da educação e público em geral trocam experiências, se apoiam mutuamente, organizam eventos e buscam outras formas de lidar com o sofrimento psíquico. O maior objetivo desses grupos e entidades é evidenciar os desdobramentos e as consequências do processo de medicalização em seminários científicos, publicações acadêmicas, audiências públicas, redes sociais e campanhas para o público. Eles vêm ampliando o debate sobre o processo de medicalização e o número de participantes aumenta desde então.

⁷⁵ Mais informações acessar: < <http://stopdsm.blogspot.com/>>.

Há também uma discussão muito viva que traz à público o envolvimento da indústria farmacêutica com os profissionais da saúde. Frequentemente, a literatura internacional denuncia a cooptação da academia e dos profissionais da saúde pela indústria farmacêutica (SHAH, 2006; ANGEL, 2007; 2009; MOYNIHAN; WASMES, 2007), assim como a ligação de outros setores e grupos nacionais com a mesma. A própria ABDA que estamos pesquisando, apesar de declarar em seu site que é uma associação sem fins lucrativos, em sua página principal consta a patrocínio de diversas entidades, empresas e laboratórios farmacêuticos, como Novartis, Janssen e Shire; os mesmos laboratórios que produzem medicamentos utilizados no tratamento do TDAH: Concerta®, da Janssen, a Ritalina®, da Novartis, e a Venvanse®, da Shire (HARAYAMA, 2013).

De acordo com Barros (2004), diversos estudos estão sendo realizados no mundo inteiro, denunciando os laços entre a academia e as indústrias farmacêuticas, assim como as fraudes nas publicações dos ensaios clínicos, os abusos de prescrições médicas e a banalização de diagnósticos. O setor farmacêutico investe milhões de dólares/ano em atividades de promoções e vendas, inclusive concedendo brindes e prêmios aos consumidores. No Brasil, a publicidade de medicamentos controlados - como os psicofármacos – é proibida, o que faz com que os laboratórios, através dos representantes de medicamentos, se relacionem diretamente com os profissionais da saúde. Dessa maneira, há uma relação fina entre o *marketing* e os psicofármacos (AZIZE, 2010). Em troca de patrocínio, os laboratórios científicos interferem nas pautas de eventos e, principalmente, nas publicações científicas. A grande maioria dos médicos mantém uma verdadeira relação de favores com os laboratórios farmacêuticos: aceitam benefícios em dinheiro, presentes e viagens e, em troca, divulgam e receitam seus remédios (BARROS, 2004).

A presença da indústria farmacêutica na literatura científica pode ser comprovada no Congresso Brasileiro de Psiquiatria⁷⁶ que acontece anualmente no Brasil. Azize (2010) fez uma brilhante etnografia na 25ª edição do congresso e constatou a presença maciça da indústria farmacêutica nos diversos estandes do CBP. Através dos anais do CBP, também é possível observar de perto a participação e incentivo da indústria farmacêutica na produção científica das pesquisas e no desenvolvimento de trabalhos nessa área. Selecionamos os anais de suas duas últimas edições, o CBP de 2018 e o de 2019. A participação da indústria farmacêutica vai desde a elaboração e promoção do próprio evento, até o apoio às pesquisas. Ao final dos anais do CBP há uma seção com o título “Participantes da Programação Científica que informaram à

⁷⁶ O Congresso Brasileiro de Psiquiatria é o segundo mais importante do mundo nessa área. Anualmente, palestrantes nacionais e internacionais marcam presença nesse evento que em 2019 chegou em sua 37ª edição.

ABP⁷⁷ terem recebido apoio/patrocínio de empresa farmacêutica”, seguida uma extensa lista de nomes de médicos e pesquisadores que foram patrocinados pela indústria farmacêutica para desenvolverem suas pesquisas e apresentarem no congresso. Nos anais de 2018⁷⁸, 76 médicos e pesquisadores disseram ter recebido apoio de laboratórios farmacêuticos; já no ano seguinte, em 2019⁷⁹ a lista de médicos e pesquisadores apoiados pela indústria passava dos 90.

A intrincada relação entre a indústria farmacêutica e sociedades científicas de psiquiatria está cada vez mais vindo a público, suscitando análises, críticas e questionando a própria veracidade das produções acadêmicas (ANGELL, 2007; 2009; BARROS 2008a; 2008b). O Prêmio Shire de Prática Clínica em TDAH promovido pela "Shire, em parceria com a ABENEPI, a SBNI, a ABDA e a Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica"⁸⁰ é outro exemplo que serve para ilustrar a clara determinação da indústria farmacêutica nos rumos das pesquisas, assim como na maneira de clinicar e prescrever a medicação (HARAYAMA, 2013).

Com isso, não estamos dizendo que todo profissional da saúde que se relacione com a indústria farmacêutica mantenha com ela relações promíscuas. Isso seria falacioso e desonesto. Como nos mostra Azize (2010), existem muitos profissionais da saúde que não se identificam com a tendência mais fiscalista da psiquiatria, e adotam uma postura crítica a esse tipo de relação entre médicos e laboratórios. Nosso objetivo é trazer à luz os interesses comerciais da indústria farmacêutica e seu envolvimento direto e indireto na produção científica dos artigos que circulam no campo discursivo científico e são traduzidos pelo campo jornalístico. A grande maioria dos estudos, hoje, são patrocinados pela indústria farmacêutica, como afirma um médico psiquiatra no 25º Congresso Brasileiro de Psiquiatria quando perguntado sobre sua opinião a respeito do papel desempenhado pela indústria farmacêutica: “uma espécie de mal necessário...em um mundo ideal devia ser diferente, mas hoje, 95% dos estudos são desenvolvidos pela indústria e 5% por iniciativas particulares ou universidades” (AZIZE, 2010, p. 394).

Nessa mesma direção crítica e denunciativa do processo de medicalização, uma corrente de pensamento vem analisando a mudança da medicalização numa perspectiva histórica. Autores e autoras trabalham com a ideia de “biomedicalização”, termo usado para descrever processos de medicalização cada vez mais complexos e multidirecionais (CLARKE et al.,

⁷⁷ ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

⁷⁸ Anais do CBP de 2018:

<<http://www.cbpabp.org.br/hotsite/wpcontent/uploads/2018/10/progOficialWeb2018.pdf>>

⁷⁹ Anais do CBP de 2019: <<http://www.cbpabp.org.br/hotsite/wpcontent/uploads/2019/10/programaOficialWeb-2.pdf>>

⁸⁰ Maiores informações, acessar: <[www.http://premioshire.com.br](http://premioshire.com.br)>

2003). A partir de análises sobre o sistema de saúde de países desenvolvidos, pode-se observar importantes mudanças na organização e nas práticas da biomedicina contemporânea através da implementação de inovações tecnocientíficas. O prefixo “bio” indica as transformações viabilizadas pela biologia molecular, biotecnologias, genomização, das neurociências, da genética, entre outras. A configuração desse processo se dá através de formas e práticas sociais de uma biomedicina extremamente tecnocientífica.

As autoras apontam cinco processos interativos que, ao mesmo tempo que engendram a biomedicalização, são produzidos por ela: 1) reconstituição político-econômica do amplo setor da Biomedicina; 2) um novo foco em saúde, risco e vigilância; 3) novos modelos de gestão da saúde e tecnocientifização da Biomedicina; 4) transformações da produção, distribuição e consumo de conhecimento; e 5) transformações de corpos e identidades. A biomedicalização descreve as mudanças importantes a nível macroestrutural que ocorrem nos domínios da saúde, da doença, da medicina e nos próprios corpos e subjetividades. A nível microestrutural, a biomedicalização se faz cada vez mais presente na vida cotidiana através de discursos e práticas biomedicalizantes, emergindo daí um novo diagrama de gestão da saúde com cuidado de si e a autorresponsabilização pela saúde.

Essa nova face da medicalização, também traz uma mudança significativa no papel dos *experts*. Segundo Rose (2013), a figura do médico continua tendo um papel simbólico de autoridade e saber, mas com modificações em seu lugar social, pois nesse novo cenário ele tem que dividir suas antigas atribuições com as múltiplas profissões que estão surgindo e com outras, até então, distantes da área da saúde, como matemáticos, engenheiros, biólogos e etc. Esses *experts* “do corpo” – geneticistas, especialistas em medicina reprodutiva, terapeutas de células-tronco, etc. - investigam o corpo humano em suas diversas dimensões e constroem novas tecnologias com o objetivo de intervir sobre os corpos e a vida humana.

Esse cenário extrapolou os limites do campo da saúde e penetrou em todas as esferas da vida humana, nos colocando diante dos diagramas governamentais de que falava Foucault (2005; 2008). Estamos num novo regime de gestão da vida, onde a Medicina ocupa o lugar de condutora das condutas humanas. Se séculos atrás a medicina tratava das anormalidades (PORTOCARRERO, 2002), no atual contexto ela surge com uma nova roupagem, provida de nova compreensão molecular de corpos e mentes, e de técnicas inovadoras para manipulação de processos básicos da vida no nível de moléculas, células e genes (ROSE, 2013).

4 INFÂNCIA, RISCO E GOVERNAMENTALIDADE MIDIÁTICA

Após a contextualização histórica e sociológica do conceito de medicalização, da emergência da psiquiatria biológica e do DSM como manual de decifração dos comportamentos humanos em termos neuroquímicos, trataremos agora do governo de condutas intrinsecamente ligado à medicalização dos sofrimentos psíquicos: a biopolítica, essa modalidade de exercício do poder que esfumaça as fronteiras entre política e vida. Ela opera através de mecanismos que têm como pilares a norma, as análises estatísticas dos fenômenos vitais e a antecipação de riscos - como forma de administrar e governar o corpo humano e suas relações com o mundo social. Investigaremos neste capítulo o significado da biopolítica na era da medicalização; governo e dominação no neoliberalismo; a ascensão da categoria de risco como estratégia biopolítica; a governamentalidade da saúde na mídia e sua intersecção com as outras duas dimensões discursivas do fenômeno da medicalização da infância.

4.1 BIOPOLÍTICA: SIGNIFICADO E TRADUÇÃO DA ERA DA MEDICALIZAÇÃO

O conceito foucaultiano de biopolítica é uma ferramenta de grande valor para compreender e diagnosticar diversos cenários atuais: a política e suas crises, a medicina, o psiquiátrico, o educacional. Esse conceito veio a público no último capítulo de *História da Sexualidade I - A vontade de saber*. Posteriormente Foucault desenvolveu amplamente o conceito de biopolítica nos cursos proferidos no Collège de France, *Em defesa da sociedade* (2005) e *Segurança, território e população* (2008). A biopolítica vai se desenvolver no entorno da noção de vida e seus fenômenos mediados pela ideia de norma e oposição normalidade-patologia (Canguilhem, 2009). Longe de se fazer ou trazer um possível diálogo entre a vida e a política, a biopolítica é justamente a anulação da política na esfera da vida, em substituição por um modo de gestão, administração e intervenção das populações entendidas como multiplicidade biológica (CAPONI, 2012).

Se na arqueologia do saber (ser-saber), Foucault estava interessado nas gêneses e transformações dos saberes dentro das ciências humanas, na genealogia (poder-saber) sua atenção se volta para as gêneses dos saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes. Ou seja, ele passa a analisar o poder como chave explicativa para a produção dos saberes e como e em que medida nos constituímos a partir dessa relação (MOREY, 1991). A genealogia foucaultiana tem início nos anos 1970 com a descoberta dos micropoderes disciplinares. Nesse projeto, ele analisava os arranjos e administração do poder que, desde o

século XVII, incidiam sobre o corpo, especificamente sobre a administração do corpo individual, e andaram em paralelo à formação de instituições sociais (como o hospital, a escola, a fábrica, o exército). Na virada do século XVIII para o século XIX, Foucault dirá que começa a se produzir um novo exercício do poder que já não incide sobre o corpo individual e nem se encontra disseminado no tecido institucional da sociedade, mas se concentra na figura do Estado com vistas ao controle da vida e do corpo da população.

No período da genealogia, Foucault tinha como objetivo uma outra grade de análise para o poder, que não fosse aquela da concepção tradicional jurídica, do poder referido à lei ou como constituinte de uma soberania. Sob esse prisma, Foucault analisa o poder disciplinar em *Vigiar e Punir* (1999), definindo-o como anátomo-política do corpo. Já o desenvolvimento do conceito de biopoder no volume I da *História da Sexualidade* (1988) permitiu a compreensão de que ambos, tanto o poder disciplinar como o biopoder, funcionavam a partir dos processos de normalização. Considerando que a biopolítica é um conceito desenvolvido posteriormente ao projeto da genealogia, faz-se necessária uma breve reconstituição do caminho teórico pelo qual Foucault chegou aos conceitos de biopoder e da biopolítica.

Foucault (2003c) denominou a emergência das disciplinas monásticas e religiosas da Igreja como poder pastoral. Esse poder tem como princípio conduzir um grupo de homens livres para a salvação, a partir da interiorização de um determinado modelo constituído de técnicas: as disciplinas. Portanto, foi dentro da lógica pastoral cristã que nasceram e se desenvolveram as disciplinas. A principal delas é o exame, que no poder pastoral se expressa pela confissão. De acordo com Foucault, o funcionamento do poder pastoral é diferente da lógica governamental greco-romana. Ser pastor não é um triunfo, mas um dever. O pastor era designado por Deus para cumprir um serviço: cuidar e conduzir o rebanho (povo). O poder pastoral incidiria sobre os indivíduos, não sobre um território, conduzindo-os e apontando o caminho certo a seguir.

Foucault (2003b; 2003c) nos mostra que o poder pastoral teria a competência de criar subjetividades – disciplinadas e assujeitadas. E foi justamente das tecnologias de criação de subjetividades empreendidas pelo poder pastoral, que a sociedade disciplinar retirou seus instrumentos e técnicas de controle. Nesse sentido, essa lógica se inicia com o poder pastoral e a Igreja; e os seus sucessores seriam o poder disciplinar e o Estado. Tanto o primeiro como o segundo, buscam construir um modelo de individualidade assujeitado, disciplinado, normalizado. A partir do cristianismo, as técnicas de disciplinamento e cuidado de si se modificam, tornando-se mais abrangentes. O que corromperá o homem não será apenas o que vem de fora, mas o que vem de dentro. A atenção e vigilância incidem não somente no âmbito

do corpo, com práticas que dizem respeito aos corpos, mas, e sobretudo, em seu interior. A alma passa a ser a sede da razão e da volição, instância onde a vigilância e a disciplina devem atuar. Dessa maneira, o corpo se torna objeto das técnicas do poder pastoral (FOUCAULT, 1975), e a alma (interioridade – psiquê – subjetividade), o produto e criação dessas técnicas que se aplicam sobre os corpos. Em outras palavras, a subjetividade é o resultado e o instrumento da sujeição produzida na superfície dos corpos.

O discurso e o poder religioso se espalham por todo o tecido social, provocando uma mudança na sociedade entre os séculos XVII e XIX, consolidando aquilo que Foucault (1975) chamou de sociedade disciplinar. Conseqüentemente, os indivíduos estarão ligados a si mesmos a partir de uma lógica subjetiva da consciência de si em termos de verdade e sob a forma de confissão (FOUCAULT, 2003c). Do século XIX em diante, essas técnicas comportarão as formas massificantes de poder das sociedades anteriores e o aumento de forças e vitalidade dos indivíduos. Ou seja, a um só tempo um poder totalizante e individualizante, um biopoder. Mas como isso se consolidou historicamente?

De fato, Foucault não estabelece uma teoria geral do poder, pois construí-la significava ter de descrevê-lo como aquilo que emerge de algum lugar, num certo momento. Para Foucault o poder não era isso; não era uma coisa com uma forma definida e situada num espaço determinado. No lugar de uma teoria do poder, ele sugere uma analítica do poder. Recorrendo à noção de relações de poder, sua análise apreendia o poder como aquilo que atravessava o corpo social e funcionava em rede. Essa rede de micropoderes encontrava-se articulada ao Estado e perpassava toda a estrutura social; nessa perspectiva, o princípio da análise seriam os micropoderes e suas relações com a estrutura mais geral do poder, o Estado.

Mas se, por um ponto, o Estado não detém o monopólio do poder, e os micropoderes funcionam como uma rede de dispositivos da qual nada ou ninguém escapa, por outro, o poder não pode ser definido essencialmente como algo opressor ou repressivo. O poder também é “produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder do saber” (FOUCAULT, 1979, p. 19). Os indivíduos são efeito do poder; efeito dos processos de objetivação que acontecem nas redes de poder e que os capturam, os dividem e os classificam.

Na medida em que a analítica do poder de Foucault configura a existência dos micropoderes, ela estabelece um deslocamento em relação ao Estado. Os micropoderes apontam para uma rede de relações que acontecem fora deles, por isso não podem ser representados ou equiparados pelas formas jurídico-políticas tradicionais de soberania. O Estado continua com sua importância, porém não como centralidade ou ponto de emergência do poder.

Em síntese, Foucault recusa a ideia da tradição econômica, do poder como bem ou mercadoria. Ele dirá que “o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce”, da mesma forma que não é “manutenção ou reprodução das relações econômicas” (FOUCAULT, 1979, p.175). O poder é eminentemente uma relação de forças. Ele é o sistema das relações que as tece e mantém sob tensão. A análise dessa microfísica do poder:

[...] 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 da 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).

Os estudos do poder disciplinar e do biopoder se desenvolvem na esteira das análises genealógicas dos micropoderes (BRÍGIDO, 2013). A partir de *Vigiar e Punir* e dos cursos ministrados no Collège de France na década de 1970, Foucault mostra o surgimento de um novo exercício de poder, não compatível com as relações de soberania que operavam até então. O grande alicerce da época clássica da soberania era o direito de vida e de morte. Nesse período, dizia Foucault (1988, p. 128), o poder era “direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida: culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la”. A vida e a morte não pertenciam à esfera dos fenômenos naturais da espécie humana, mas ao poder do soberano. Ele tinha o direito sobre a vida e a morte de seus súditos, podia fazer morrer ou deixar viver; e estes, por sua vez, só tinham o direito de estar vivos ou o direito de morrerem por causa do soberano. O surgimento dessa nova modalidade de poder, que Foucault denominou de poder disciplinar, provocou um deslocamento no exercício do poder soberano.

A tecnologia disciplinar se instalou no final do século XVII e no decorrer do século XVIII, e se constituía por um conjunto de técnicas de poder que visavam o corpo dos indivíduos. Esse dispositivo de poder, dirá Foucault (1975), desenvolve métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo; que controlam as suas forças, subjagam e impõem uma relação de utilidade e docilidade. Dito de outro modo, as disciplinas moldam e conformam os comportamentos, gestos e pensamentos dos indivíduos. No entanto, essa anatomia política, como dizia Foucault (1975), atua em duas vertentes: ao mesmo tempo que maximiza as forças do corpo em termos econômicos de utilidade, as diminui em termos políticos de obediência.

Em suma, os indivíduos dos séculos XVII e XVIII foram produtos da disciplina, consequência do desenvolvimento da economia capitalista e da expansão do mercado nesse período.

Na virada do século XVIII para o XIX, uma grande mudança na forma de organizar e gerir o poder impacta a sociedade ocidental. O Ocidente atravessou um período de profundas transformações que afetaram as relações sociais, as relações de trabalho e o sistema produtivo. A reorganização do modo capitalista de produção gerou a substituição parcial do trabalho humano por máquinas, o que aumentou o êxodo rural e impulsionou o crescimento urbano. Consequentemente, o crescimento descontrolado das cidades acarretou em problemas de ordem social, como superpopulação e aumento da marginalização dos indivíduos, fome, miséria e violência. Frente a essa realidade, o poder soberano se viu impotente com o deslocamento de sua centralidade para o poder disciplinar. O poder de soberania se viu como mais uma peça, entre outras com funções de controlar e vigiar seus súditos.

O segundo momento de transformação do direito político aconteceu ao longo do século XIX, quando as intervenções se efetuaram não mais no corpo individual do homem, mas na população. A tecnologia disciplinar não foi excluída ou substituída; ao contrário, ela foi integrada e utilizada por essa nova modalidade de poder que agora se dirigia aos processos biológicos da população. Para Foucault (1988, p. 13), foi a primeira vez na história que o biológico incide no político: “o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder”. O velho direito de soberania - fazer morrer ou deixar viver – não foi substituído ou eliminado, mas completado com um novo poder que opera no inverso de suas prerrogativas: poder de “fazer” viver e de “deixar” “morrer”.

Essa nova técnica de poder não disciplinar não se dirige a cada um dos indivíduos tentando regê-los, vigiá-los, treiná-los; ela se dirige à multiplicidade de indivíduos conformados em uma massa global sujeita aos processos inerentes à vida, como o nascimento, a morte, a reprodução, as doenças. Portanto, o período que compreende os séculos XVIII e XIX se caracteriza por essas duas estratégias de poder, sendo a primeira individualizante (homem-corpo) e a segunda massificante (se dirige ao homem-espécie). A primeira, Foucault (2010c) chamou de anatomopolítica do corpo humano; a nova tecnologia ele denominou de biopolítica da espécie humana.

Para que essa nova tecnologia de poder, esse biopoder entrasse em operação foi necessária a construção de novos saberes sobre as populações por intermédio das estatísticas e da demografia. Levantamentos estatísticos sobre taxas de natalidade e mortalidade, taxas de reprodução, fecundidade e longevidade, morbidades e endemias e dados demográficos

passaram a ser coletados em nível local e, posteriormente, comparados em nível global (Caponi, 2013). A preocupação dessa nova tecnologia de poder não era mais disciplinar as condutas individuais, mas implementar uma completa gestão da população⁸¹ e de seus fenômenos internos e externos. Os fenômenos internos são os que dizem respeito à própria vida da espécie, como reprodução, natalidade, morbidade, doenças e anomalias que incapacitam o indivíduo ao trabalho – acidentes e velhice. Já os fenômenos externos se referem às relações da espécie humana com o meio, natureza ou cidade.

O próprio conceito de população surge com o propósito de lidar com essa dimensão coletiva que não tinha sido problematizada no campo dos saberes até aquele momento. População, como ressalta Foucault (2010c), se refere a esse novo corpo múltiplo, de inúmeras cabeças, e não apenas ao indivíduo e à sociedade. A biopolítica vai se ocupar dos fenômenos coletivos que só aparecem com seus fenômenos econômicos e políticos no nível da massa. De natureza aleatória e imprevisível, esses fenômenos apresentam determinadas constantes capazes de se estabelecer quando tomadas coletivamente, pois se desenvolvem fundamentalmente num certo limite de tempo, que Foucault denominou de fenômenos de série. Dessa maneira, a biopolítica vai instaurar mecanismos de previsão e regulação, com vistas a intervir, justamente, nos aspectos globais de tais fenômenos a fim de fixar ali um certo equilíbrio ou homeostase. Nesta perspectiva, se dá a antecipação e prevenção de riscos, de acontecimentos fortuitos que podem acometer a população.

A tônica dessa nova tecnologia do biopoder consiste no poder de fazer viver; intervir para fazer viver. Através de mecanismos de regulamentação, essa tecnologia atuará no alongamento da vida, otimizando-a a partir de um gerenciamento planejado do corpo social. O brilho que revestia a morte tornar-se-á opaco, pois já não diz da passagem da vida de um poder para outro, ou seja, do transcurso do poder soberano terrestre para o poder soberano celestial. A morte, como termo de vida, é instância que escapa do domínio do poder e passa para a esfera do privado. Na soberania, a morte evidenciava o poder do soberano; na biopolítica, ela é o indicativo da não operacionalização do poder. A esfera de atuação da biopolítica não está na morte em si, mas na mortalidade no nível global, geral e estatístico.

Aliada a essa nova configuração do poder, a medicina irá assumir funções de higiene pública, coordenando tratamentos médicos, centralizando informação e normalizando o saber com vistas à medicalização da população. A medicina é um saber-poder que incide sobre o

⁸¹ Foucault (2010c) aponta para o surgimento de um novo corpo como alvo da biopolítica, que não era nem o corpo social dos juristas e nem o indivíduo-corpo das disciplinas, mas um corpo múltiplo, o corpo da população. A biopolítica vai lidar com a população como sendo um problema biológico e político ao mesmo tempo.

corpo (processos orgânicos) e sobre a população (processos biológicos); dessa maneira, ela atua tanto no polo disciplinar, como no regulamentador. E o elemento que irá circular entre esses dois mecanismos, controlando a ordem disciplinar do corpo e o conjunto de fenômenos aleatórios de uma multiplicidade biológica, será a norma. Portanto, nessa sociedade de normalização, há entrecruzamento entre a norma da disciplina e a norma da regulamentação, ali onde o poder se estendeu do corpo (orgânico) à população (biológico), “mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra” (FOUCAULT, 2010c, p. 213).

Esses dois conjuntos de mecanismos, um disciplinar e o outro regulamentador, que vieram reger o corpo econômico e político da incipiente sociedade industrial, não se excluem mutuamente, mas se complementam. O campo de atuação continua sendo a maximização das forças produtivas e da vitalidade da população. Em última instância, Foucault dirá que a biopolítica se ocupará de todo e qualquer risco ou possibilidade de risco que possa desestabilizar a vida da população. No entanto, numa tecnologia como o biopoder, onde a vida que compartilhamos com os animais tenha se tornado o elemento político por excelência, que precisa ser administrada, gerida, calculada e normalizada; a contrapartida do “fazer viver”, será o que “deve morrer”. A maximização da vida de uma dada população traz consigo a morte de outra. Mas isso nos leva diretamente a um paradoxo, pois, se essa tecnologia tem como objetivo a vida, como ela mesma pode deixar morrer?

Para Foucault (2010c), por uma relação biológica. Na biopolítica o que está em jogo não é a vida cotidiana ou a vida como pura existência, mas a vida como esfera do biológico e, paralelamente, todas as estratégias de poder que aí se circunscrevem. Em outras palavras, a vida como domínio do biológico e do político. A biopolítica diz respeito não apenas aos fenômenos próprios à vida humana, mas a como esses fenômenos começam a ser analisados por mecanismos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los através de discursos e práticas reais. Esses mecanismos são o que de mais concreto podemos observar nas práticas da psiquiatria e das neurociências. Através de seus manuais, como o DSM, de pesquisas que buscam bases biológicas para os transtornos mentais, ou de medicamentos que prometem modificar ou reajustar um suposto desequilíbrio químico, tais mecanismos expressam tentativas de controle e homogeneização da subjetividade humana a partir de bases diagnósticas.

A digressão à obra de Foucault nos mostra que foi através da ativação do conceito de racismo - edificado pelos Estados modernos -, que a distinção de raças e sua conseqüente hierarquização possibilitou uma cesura do tipo biológico entre o que deve viver e o que deve morrer. Não se trata apenas da morte de raças consideradas inferiores, mas também daqueles

considerados anormais, degenerados. Em outras palavras, não se trata apenas de racismo propriamente étnico, mas o racismo de tipo evolucionista, o racismo biológico. O que entra em cena não é uma relação guerreira entre combatentes, mas uma relação biológica onde o inimigo a ser suprimido são os perigos externos ou internos à população e para a população. A biopolítica só pode exercer o imperativo de morte para fortalecer a espécie ou a raça eliminando os perigos biológicos, ou seja, “a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2010c, p. 215). Dessa maneira, onde quer que exista uma sociedade de normalização e um biopoder, o racismo será a condição para que se tire a vida de outrem em nome do fortalecimento biológico de determinada população. É, pois, pelo racismo atuante no biopoder que o Estado pode tirar a vida direta e indiretamente, transcrevendo discursos e práticas políticas em termos biológicos. Em última instância, Foucault vai dizer que o racismo assegura a função de morte na economia do biopoder, partindo do pressuposto de que a morte do outro é necessária para o fortalecimento de uma raça ou população. Essa lógica se circunscreveu no interior das políticas de guerra, da loucura, das anomalias, das degenerações.

A especificidade do racismo moderno, o que faz sua especificidade, não está ligado a mentalidades, a ideologias, a mentiras do poder. Está ligado à técnica do poder, à tecnologia do poder. Está ligado a isto que nos coloca, longe da guerra das raças e dessa inteligibilidade da história, num mecanismo que permite ao biopoder exercer-se. Portanto, o racismo é ligado ao funcionamento de um Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano (FOUCAULT, 2010c, p. 217).

O biopoder opera através do racismo, portanto falar de um poder que se refere à vida, à sua organização, multiplicação e controle de eventualidades é concomitantemente falar que o homem enquanto espécie se tornou objeto a ser manejado pelas tecnologias desse poder-saber tanto no campo biológico, quanto no campo político. Os processos relacionados à vida humana começam a ser operacionalizados e governados pelas tecnologias do biopoder que tentam controlá-los e modificá-los via estratégias de normalização. No entanto, essa lógica traz em si mesma um paradoxo, pois a governabilidade das populações implica não apenas na redução do homem à sua esfera biológica, como na supressão da dimensão política da existência. Essa identificação do domínio vital com o político é justamente o que possibilita a configuração e a interpretação de questões inerentes à condição humana em termos de normalidade e patologia, abrindo o caminho para que nossa subjetividade, nossos vínculos sociais, nossos medos e desejos possam ser mediados por intervenções terapêuticas ou preventivas, sejam elas médicas ou psiquiátricas (CAPONI, 2013).

Portanto, o poder pastoral presentificado nas técnicas de controle dos corpos e das almas, constitui o embrião do modo de subjetivação moderno a partir do exame, do controle, disciplina, assujeitamento e normalização dos sujeitos (FOUCAULT, 2005). A referência não será mais o Cristo, mas uma determinada concepção de normalidade e comportamento adequado. Depreendemos daí, que a modernidade utilizou e transformou determinados mecanismos do pastorado cristão, ampliando sua forma de atuação com a edificação do biopoder. O controle continua incidindo sobre os desejos e as subjetividades dos sujeitos no tecido social. No entanto, no biopoder, a relação passa a comportar as normas de desvios de conduta e a vigilância abrange as doenças do corpo e da mente.

A lógica discursiva do pastorado continua vigente (com outras roupagens e técnicas) no discurso da medicalização da vida e da infância. Os discursos da medicalização e suas técnicas de controle, vigilância, cuidado e normalizações passam a girar numa chave religiosa. Os pastores de rebanho de outrora estão incorporados nos discursos que preconizam a condução de condutas dos sujeitos de hoje, ditando o caminho a seguir, a maneira de se comportar; normalizando e categorizando as singularidades. Intervir virou a palavra de ordem e a técnica mais cara desse “poder pastoral da atualidade”. A intervenção precoce encontra-se na mesma proporção que a salvação para a Igreja: intervir para que o sujeito não tome o caminho da perdição. E a medicação encontra-se na ordem do milagre, assim como a hóstia.

4.1.1 Manuseio de técnicas biopolíticas: a teoria na prática

Os meios de comunicação ajudam a criar uma norma ao corpo. Nesse sentido, a mídia possibilita a ampliação e a criação dos espaços de circulação dos corpos. Não apenas no sentido de agendar os corpos, mas tematizá-los e instaurar vínculos entre o individual e o social, entre o real e o virtual (BERTOLINI, 2018). No discurso jornalístico, o papel biopolítico do médico, especificamente do psiquiatra e neurocientista, tem a possibilidade de trazer a público técnicas especializadas do fazer viver e conhecimento especializado sobre saúde. De acordo com Bertolini, o jornalismo não apenas dá voz ao médico, como assume esse discurso como seu. Essa conduta reforça a mensagem biopolítica em dois sentidos: primeiro porque ela é enunciada pelo médico, segundo porque é endossada pela mídia, ou seja, o discurso biopolítico é dito duas vezes: primeiro pelos médicos e profissionais afins, depois pelos jornalistas. A medicina e o jornalismo contam com algum respaldo popular, uma vez que estão associados à noção de verdade; assim, a repetição da mensagem biopolítica tem mais chances de ser apreendida pelo público. Sobre isso, Foucault (2014, p. 8) diz o seguinte: “suponho que em toda a sociedade a

produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes”.

Esses mecanismos biopolíticos de controle de vidas podem ser observados no *e-book* lançado pela *American Journal of Psychiatry*, intitulado "*Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)*" em 2003 e atualizado em 2015. A aceitação hegemônica do discurso biológico dos transtornos mentais permite que intervenções e tratamentos psiquiátricos do TDAH atuem antes mesmo do indivíduo nascer. O *e-book* traz informações muito didáticas a respeito do TDAH, sua natureza, sintomas, meios de detecção e tratamentos. Ele mostra que alguns fatores podem aumentar o risco de desenvolvimento do transtorno, dentre eles: bebês com baixo peso ao nascer, ingestão de álcool pela mãe durante a gravidez, histórico de infecções e exposição a toxinas como o chumbo. O tratamento pode ser realizado com terapia comportamental ou medicamentos, no entanto, a resposta tende a ser melhor se ambos os métodos forem utilizados.

A terapia cognitivo-comportamental consiste no gerenciamento dos sintomas do TDAH em ajudar as crianças a aprender a controlar seu comportamento, além de ensinar pais e professores a lidarem com os sintomas. O tratamento medicamentoso melhora a atenção das crianças, a execução de tarefas e auxilia no controle do comportamento impulsivo. Os medicamentos aumentam a ação de certas substâncias químicas no cérebro e são usados com segurança há décadas quando tomados como prescrito pelo médico. Eles incluem metilfenidato e anfetaminas. Nos EUA, entre 70% e 80% das crianças com TDAH respondem a medicamentos. Outros podem ter apenas algum alívio e podem precisar de alterações nos medicamentos ou doses. No que tange as crianças que não forem devidamente tratadas, o artigo diz que elas correm sérios riscos de reprovação escolar, problemas de comportamento e disciplina, problemas sociais, problemas familiares, uso de álcool e drogas, depressão e problemas posteriores na vida profissional.

Nessa mesma perspectiva, vem o artigo de Luis Augusto Rohde⁸² e Ricardo Halpern (2004); uma espécie de “republicação ampliada” do *e-book* lançado nos Estados Unidos. Com o mesmo título do *e-book*, “Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade”, ele tem 300 citações até o momento (2019), e segue a mesma proposta do *e-book* de fazer uma revisão dos elementos essenciais referentes ao diagnóstico e as abordagens terapêuticas do TDAH. Rohde e Halpern trazem diversas pesquisas que já foram realizadas a respeito da etiologia do TDAH, como fatores ambientais, genéticos, neurobiológicos e estudos recentes de neuroimagem

⁸² Luis Augusto Rohde é vice-presidente do conselho científico da Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA.

estrutural, mas ao final chegam às mesmas conclusões de quase todas as pesquisas realizadas até momento:

Assim, o estudo da etiologia do TDAH ainda está no início. Mesmo em relação à genética, intensamente investigada, os resultados são bastante contraditórios. Nenhum dos genes investigados, nem mesmo o DRD4 ou o DAT1, pode ser considerado como necessário ou suficiente ao desenvolvimento do transtorno [...] Apesar da importância das funções dos dois sistemas atencionais na neurobiologia do TDAH, ainda são muito escassas as demonstrações diretas das suas relações recíprocas no transtorno (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 3;4)

A avaliação diagnóstica em crianças pode ser feita pelo pediatra, que tem “a possibilidade de identificar precocemente sinais e sintomas que possam sugerir TDAH” (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 6). A partir de uma coleta de dados com os pais, com a criança e com a escola é possível formar uma base diagnóstica. Ainda que no momento da consulta a criança não apresente os sintomas do TDAH, o transtorno não deve ser descartado, pois “essas crianças são frequentemente capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário, ou em atividades de grande interesse” (Ibidem. p. 6). Assim como no *e-book*, o pediatra deve ficar atento à história pregressa da criança e de seus pais, bem como ao período perinatal, pois há maior prevalência de TDAH em crianças com baixo peso ao nascer.

Além da história clínica, o pediatra deve atentar para sinais e sintomas de TDAH que, de maneira geral, fazem parte do transtorno (Tabela 2).

Tabela 2 - História clássica do TDAH

Lactente	“Bebê difícil”, insaciável, irritado, de difícil consolo, maior prevalência de cólicas, dificuldades de alimentação e sono.
Pré-escolar	Atividade aumentada ao usual, dificuldades de ajustamento, teimoso, irritado e extremamente difícil de satisfazer.
Escola elementar	Incapacidade de colocar foco, distração, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade.
Adolescência	Inquieto, desempenho inconsistente, sem conseguir colocar foco, dificuldades de memória na escola, abuso de substância, acidentes.

Fonte: Rohde; Halpern, 2004, p. 7

A terapêutica sugerida nessa pesquisa é a mesma sugerida no *e-book*, ou seja, abordagem múltipla com intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. A modalidade psicoterápica cognitivo-comportamental também é apontada como a mais estudada e eficaz para os sintomas centrais do transtorno. No entanto, essa pesquisa dá maior ênfase ao tratamento

medicamentoso, ressaltando os benefícios e resultados atingidos com o uso de psicofármacos em detrimento de psicoterapias:

Entretanto, os resultados recentes do MTA (ensaio clínico multicêntrico, elegantemente desenhado, que acompanhou 579 crianças com TDAH por 14 meses divididas em quatro grupos: tratamento apenas medicamentoso, apenas psicoterápico comportamental com os crianças e orientação para os pais e professores, abordagem combinada e tratamento comunitário) demonstram claramente uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário. Entretanto, a abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada a abordagem apenas medicamentosa. A interpretação mais cautelosa dos dados sugere que o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno (Ibidem, p. 5).

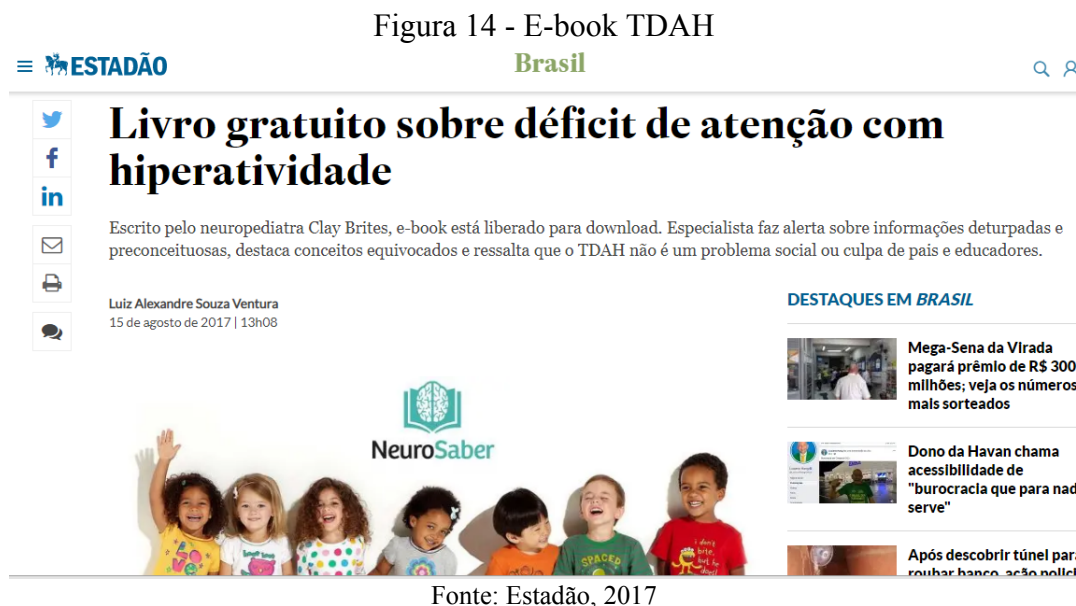
Ao final, afirmam que o transtorno não tem cura, persistindo na vida adulta. Tratamento medicamentoso e acompanhamento médico são fundamentais para que a criança não desenvolva os mesmos problemas apontados no *e-book*:

[...] baixo desempenho escolar, repetência, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso de drogas precoces, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade, assim como dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho (Ibidem, p. 7).

Com esses dois trabalhos podemos constatar o esquadramento da vida pelas estratégias de poder exercidas pela medicina e psiquiatria, ou da vida como domínio do biológico (FOUCAULT, 2010c). Ainda que nenhuma base biológica tenha sido comprovada até o momento, todas as etapas do desenvolvimento comportamental dos indivíduos são observadas através de lentes biológicas e catalogadas em escalas binárias de normal-patológico. As orientações, advertências e alertas dessas pesquisas refletem os discursos e práticas de poder biopolíticas. O apelo ao medicamento parece seguir dois caminhos: como elemento de controle indispensável para aquilo que a família, professores e o olhar médico interpretam como problemático/disfuncional; e como elemento preventivo de problemas futuros.

A narrativa do TDAH como um transtorno de causas que se dividem entre fatores ambientais, genéticos e neurobiológicos, ou como reflexo de causas biológicas, ou como transtorno de disfunções dopaminérgicas, incurável e com sintomas muito bem definidos, atravessou do campo científico para o jornalístico, transformando-se em outro *e-book*, dessa vez divulgado na mídia brasileira para o público em geral, já que seu acesso era gratuito, bastando “baixá-lo” via *web*. Ele foi publicado no Estadão em 2017, tendo rápida e grande

repercussão. Não demorou muito e ele já estava em diversos sites, blogs, postagens do Facebook e estampando muitos jornais, como podemos observar na imagem 14.



Com título atraente, “Os 10 mitos e verdades sobre o TDAH – Entendendo para Incluir”, o *e-book*⁸³ foi produzido pelo pediatra Clay Brites, por uma iniciativa do Instituto NeuroSaber⁸⁴, com o objetivo de ser um livro esclarecedor e com linguagem acessível sobre o TDAH, seus sintomas e manifestações, etiologia e terapêuticas. Clay Brites é um dos médicos indicados pela ABDA, sendo localizado através do link “médicos para tratamento” no próprio site da ABDA. Na dedicatória do *e-book*, Brites diz: “aos meus pacientes, seus familiares, professores e profissionais da Saúde e educação que constantemente têm que lidar com o preconceito e a desinformação acerca deste tema. A vocês o meu mais profundo respeito!” (BRITES, 2017, p. 2)

Como o próprio título sugere, a intenção do livro eletrônico é trazer “verdades” sobre o TDAH, esclarecer dúvidas e solucionar todas as distorções acerca desse transtorno, pois nunca existiram tantos “mitos desvairados e sensacionalistas acerca de uma condição médica como as que são expostas sobre o TDAH” (Ibidem, 2017). Uma das coisas que nos chamou a atenção foi a extensa bibliografia, que traz 56 referências para um texto distribuídos em 35 páginas em meio à imagens e títulos. Dessa maneira, Dr. Clay pretende “desmascarar” os mitos mais “estapafúrdios” que envolvem o TDAH, e para isso, elenca 10 deles: 1) TDAH é uma doença

⁸³ Para acessar o *e-book*: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/36524217/ebook-os-10-mitos-e-verdades-sobre-o-tdah>>

⁸⁴ Instituto NeuroSaber: < <https://institutoneurosaber.com.br/>>

inventada; 2) TDAH é igual a hiperatividade; 3) TDAH é um problema de cunho social e culpa dos pais e educadores; 4) TDAH é um problema exclusivo de escola; 5) professor quer induzir ao diagnóstico do TDAH; 6) médicos são controlados pela indústria para prescreverem a Ritalina; 7) Ritalina dopa, vicia e robotiza as crianças; 8) se os exames são normais não tem TDAH; 9) há um excesso de prescrição de medicamentos para TDAH; 10) todos os profissionais sabem identificar e tratar o transtorno.

Brites vai desconstruindo, um a um, os “mitos” a respeito do TDAH e trazendo verdades de um campo de fala muito bem delimitado por uma área que reivindica os “direitos” acerca dos sofrimentos psíquicos: a psiquiatria. O conteúdo em nada se difere do *e-book* americano ou das pesquisas de Rohde e Halpern que discutimos acima, mas ratifica e corrobora a primazia do campo psiquiátrico em detrimento de qualquer outro. A tradução e divulgação das mensagens do campo científico para o campo jornalístico se pretende didática, breve e direta, mostrando a intenção de difundir em linguagem clara o conhecimento científico.

Sem demonstrar nenhuma fonte científica ou mesmo o caminho percorrido para as conclusões que afirmam, as informações do *e-book* declaram que:

[...] a produção científica tem comprovado que o TDAH leva a alterações de funcionamento neurológico, problemas motores, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, disfunções cognitivas, prejuízos de rendimento no trabalho e nas atividades acadêmicas por levar a excessivo déficit atencional seletivo e sustentado, problemas de memória operacional, severas restrições na autoestima, risco maior de insucesso profissional, traumas, quedas e hospitalizações, desagregação familiar, separação conjugal e maior risco de suicídio. Crianças inteligentes e espertas quando portadoras do TDAH têm seu potencial intelectual e funcional no ambiente muito mais reduzido e prejudicado. Como pode uma doença deste calibre avassalador ser inventada? [...] esta população tem mais risco de obesidade, mais cáries, maior risco de suicídio e oito vezes mais chance de não atingir o diploma universitário ou plenitude na carreira profissional (Ibidem, p. 6;7).

Sobre a possibilidade do TDAH ter relações com o contexto social, histórico, cultural ou político, ou mesmo ser uma invenção americana, Clay Brites adverte que os primeiros relatos TDAH são de 1850. Em 1902 o primeiro artigo falando dele foi publicado, entre 1950 e 1960 seu padrão clínico foi definido e em 1980 foi reconhecido como transtorno.

Além disto, pesquisas recentes mostram que a incidência de TDAH é mais ou menos igual em todo o planeta independente da cultura e do nível social e os sinais do transtorno já podem ser observados e sentidos antes dos 5 anos e com efeitos no sono, alimentação, no comportamento dos esfínteres, no padrão motor e na linguagem da criança e nas dificuldades em memorizar e aprender sequências (e, sinceramente, o que isto tem a ver com influência social??) (Ibidem, p. 11).

De acordo com Whitaker (2016), podemos observar que o trabalho de Clay Brites omite o fato de que até os anos 1980 e início dos anos 1990 o diagnóstico do TDAH era

majoritariamente norte americano, assim como desconsidera que em 1987, os limites foram reconfigurados para ser mais fácil diagnosticar e em 1994, com o DSM-IV, os limites foram novamente expandidos. A partir de então, o psiquiatra Joseph Biederman – da força-tarefa do DSM-IV no campo dos transtornos pediátricos – passou a produzir inúmeros artigos a respeito do TDAH, de sua natureza genética, do tratamento à base de estimulantes e dos perigos do não tratamento. Biederman foi muito bem recompensado por seu trabalho: recebeu honorários por palestras e consultorias, além de financiamento de mais de 24 indústrias farmacêuticas para suas pesquisas, inclusive dos mesmos laboratórios que produziam medicamentos para o TDAH.

Na perspectiva psiquiátrica, o TDAH é pensado como uma doença de natureza semelhante a diabetes, hipertensão, reumatismos: “Não vejo comentários semelhantes sobre Diabetes, Hipertensão, Depressão, Reumatismos e tampouco impropérios sobre seus tratamentos medicamentosos como acerca da Ritalina para o TDAH” (BRITES, 2017, p. 4). Caso a Ritalina não traga os resultados esperados, ou provoque efeitos colaterais indesejados, “deve-se suspender a medicação pois toda a medicação tem a chance de não dar certo em alguns casos como os antidepressivos, antidiabéticos e medicações para infecções” (Ibidem, p. 19). Ao final, ele contraria o relatório da Anvisa que afirma que “o número de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH cresceu nos últimos anos. As estimativas de prevalência no Brasil desse transtorno variam consideravelmente, de 0,9% a 26,8%” (ANVISA, 2016, p. 1), e relata que não há um aumento no número de diagnósticos e nem na prescrição de Ritalina; que isso é um exagero da mídia sensacionalista. O que existe hoje, diz Brites, é mais conhecimento acerca do transtorno e, se há aumento no consumo é “por uso indevido e sem prescrição médica para pessoas que querem, de forma errada, melhorar sua concentração para concursos públicos ou para melhora da performance para as provas escolares ou na faculdade; uso indevido para recreação em festas e raves” (Ibidem, p. 23)

Brites, sendo médico pediatra, se encontra no campo de enunciação do discurso científico, trazendo ao público afirmações e informações médicas. O entrecruzamento das dimensões discursivas do campo científico com o campo do jornalismo faz emergir os enunciados e relações que o próprio discurso coloca em funcionamento, com suas relações históricas e políticas produzidas em razão de relações de poder que se implicam mutuamente (FOUCAULT, 2014). O poder que está em jogo aqui é o poder pelo domínio da vida no campo do biológico, através de práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 1986). Dessa forma, a maquinaria da atualidade midiática do TDAH - bem como de outros transtornos psiquiátricos da infância -, funciona de modo a possibilitar a circulação e ratificação da hegemonia político-epistemológica da biociência, uma vez que não coloca a

possibilidade para o contraditório ou, ao menos, questiona seu discurso de verdade. A atualidade midiática não funciona de forma autônoma frente aos discursos psiquiátricos sobre os transtornos mentais da infância e adolescência, ao contrário, sem nenhum distanciamento dos enunciados científicos, faz coro ao discurso dominante.

Os significantes “vida” e “política” se enlaçaram, materializando-se no conceito de biopolítica. Como nos disse Rabinow (2002, p. 41) “pela primeira vez na história, categorias científicas (espécies, população, fertilidade e assim por diante) ao invés de categorias jurídicas, tornam-se objeto de sistemática e continua atenção e intervenção política”. A biopolítica hoje encontra-se marcada por estudos moleculares e se nos apresenta como poder de manipular a vida humana em todas as suas faces vitais e transformá-la através da genética (Rose, 2013). Atualmente, o estatuto da medicina se circunscreve na compreensão acerca da herança de uma constituição biológica em detrimento de uma preocupação com a saúde da população e sua qualidade. A biopolítica de nosso século ancora-se nas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar e remodelar as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes.

Ainda que o conceito de biopolítica cunhado por Foucault se circunscrevesse ao modo de gerenciamento das sociedades ocidentais dos séculos XVIII e XIX, acreditamos encontrar nele o significado e a tradução da atualidade do contexto histórico de medicalização da vida, onde os saberes biológicos se articulam ao campo da política como gestão calculada da vida. Esse cenário histórico delimitado por Foucault encontrará no neoliberalismo sua expressão máxima. Por que nas sociedades liberais e neoliberais o biopoder encontrará espaço privilegiado de atuação? Em nome de quê a especificidade da biopolítica, ou seja, a neutralização do político na esfera da vida, pôde atualizar-se no neoliberalismo? Essa são algumas questões que nos permitirão situar os mecanismos de atuação da biopolítica na atualidade e os dispositivos pelos quais a administração de fenômenos referidos à população tornou-se possível.

4.2 RELAÇÕES DE PODER, GOVERNO E DOMINAÇÃO: BIOPOLÍTICA E NEOLIBERALISMO

Se a biopolítica pôde encontrar nos sistemas liberais e neoliberais um caminho profícuo para o seu desenvolvimento, é porque essa forma de governo e de racionalidade governamental possibilita a sujeição da subjetividade de modo muito específico. A problemática central do neoliberalismo é a maneira de transpor a lógica empresarial às relações sociais, numa espécie

de autogestão baseada na concorrência integral em todos os níveis. Isso nos permite apontar o neoliberalismo como um modo de produção de subjetividade que se fundamenta no individualismo, na autoconfiança e na meritocracia em detrimento da proteção social, das redes de solidariedade e do próprio espaço político (AVELINO, 2016). Essencialmente o neoliberalismo é uma racionalidade de mundo, um sistema normativo que ultrapassa a ideia de ideologia ou de doutrina econômica; uma racionalidade que estrutura toda a pirâmide social, dos governantes aos governados. O indivíduo torna-se, assim, o seu próprio empresário: controla seu tempo, sua produtividade, sua saúde, suas emoções, suas relações sociais, sua vida como um todo. Em contrapartida, assim como no funcionamento de uma empresa, esse indivíduo precisa prever toda e qualquer eventualidade que possa afetar sua vida, seus lucros, sua saúde e suas relações. Ele passa a antecipar e prevenir todo tipo de risco, procurando uma adequação ótima entre meios e fins para que “sua empresa” não venha à falência (DARDOT; LAVAL, 2016).

Para compreender as condições de possibilidade de articulação da racionalidade neoliberal à biopolítica, é necessário traçarmos os conceitos e panoramas históricos que permitiram a emergência do liberalismo e do neoliberalismo. O interesse de Foucault (2008b; 2010c) pelo liberalismo e neoliberalismo não vai pelo campo das ideologias de dominação ou das teorias econômicas, mas como formas de racionalidade política que dizem respeito à maneira como os homens governam uns aos outros e como isso se articula à biopolítica. Racionalidade política foi o conceito elaborado por Foucault para analisar o neoliberalismo e entender os tipos de racionalidade utilizados para dirigir a conduta dos indivíduos por intermédio de uma administração de Estado e com instrumentos de Estado, ou seja, “identificar a emergência de um certo tipo de racionalidade na prática governamental, um certo tipo de racionalidade que permitiria reger a maneira de governar com base em algo que se chama Estado” (FOUCAULT, 2008b, p. 6). Nesse sentido, racionalidade política é uma racionalidade governamental; e foi precisamente nas sociedades liberais e neoliberais que, para Foucault, se encontrava o significado preciso dessa gestão calculada da vida.

No entanto, o neoliberalismo não pode ser entendido apenas como continuidade das ideias liberais; ao contrário, ele marca uma ruptura com o dogmatismo do liberalismo clássico, que tinha no *laissez-faire* o seu sustentáculo. Segundo Dardot e Laval (2016), o liberalismo pregava o direito natural, a liberdade de comércio, o equilíbrio do mercado e a propriedade privada. Já na segunda metade do século XIX, esse modelo político começa a mostrar suas fragilidades, abrindo brechas para sua reformulação. As crises que sucederam a Primeira Guerra Mundial aceleraram a revisão dos dogmas liberais do século XIX. De 1880 até meados dos anos

1930, o liberalismo atravessa um complexo período de reformulação teórica de seus fundamentos. Há uma forte tensão entre as duas correntes de liberalismo em voga, a dos reformistas sociais que defendiam um ideal de bem comum, e a corrente dos correligionários da liberdade individual como fim absoluto. Essa tensão engendra a revisão dos dogmas liberais e forma o berço intelectual e político do nascimento do neoliberalismo do século XX.

Para Foucault (2008b), essa foi uma crise de intervenção política no âmbito econômico e social, ou seja, uma crise de governamentalidade⁸⁵. No momento em que o governo se choca com questões econômicas e sociais de uma nova natureza, os direitos invioláveis do indivíduo acabam por limitar a própria arte de governar. As mutações que ocorreram no seio do capitalismo, os conflitos de classe que ameaçavam a propriedade privada e os confrontos internacionais abalam o liberalismo dogmático. O princípio do *laissez-faire* era, agora, insuficiente para conduzir os interesses governamentais da prosperidade e a ordem social.

Com a ascensão do totalitarismo, após a Primeira Guerra Mundial, o liberalismo se viu ameaçado e essa foi a maior motivação para a elaboração de um novo discurso teórico e político que deu sentido à intervenção governamental e produziu uma nova racionalidade governamental. As duas correntes que reagiram à crise se distinguiam uma da outra. O novo liberalismo, embasado nas teorias de Keynes, tinha como objetivo “reexaminar o conjunto dos meios jurídicos, morais, políticos, econômicos e sociais que permitiam a realização de uma sociedade de liberdade individual em proveito de todos” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 69). Propunham a utilização de meios opostos aos dogmas liberais para proteger sua implementação, restringindo os interesses individuais em prol do interesse coletivo. Para que a liberdade interna de mercado pudesse existir, não poderia haver o que Foucault (2008b) chamou de efeitos monopolísticos, e para impedir tais efeitos, era necessária uma legislação antimonopólio. A liberdade de mercado precisava de trabalhadores em abundância, desde que fossem politicamente desarmados para não pressionarem o mercado, pois a liberdade dos trabalhadores não poderia colocar em perigo a empresa e a produção. Portanto a garantia de produção dessas liberdades necessárias para governar não poderia acontecer sem uma quantidade considerável de intervenções governamentais:

⁸⁵ A noção de governo para Foucault (2008b) é a de atividade e não de instituição. Atividade que consiste em reger a conduta dos homens através de técnicas e procedimentos. Foucault retoma várias vezes a ideia de técnicas para governar, de procedimentos para conduzir a conduta dos indivíduos. Nessa esteira, o termo ‘governamentalidade’ surge para expressar as diversas formas pelas quais os indivíduos – pertencendo ou não a um governo – podem conduzir a conduta de outros indivíduos. Essa forma de governar os homens tem como objetivo último a obtenção de um autogoverno do indivíduo (DARDOT; LAVAL, 2016).

[...] o liberalismo, a arte liberal de governar vai se ver obrigada a determinar exatamente em que medida e até que ponto o interesse individual, os diferentes interesses - individuais no que têm de divergente uns dos outros, eventualmente de oposto - não constituirão um perigo para o interesse de todos. Problema de segurança: proteger o interesse coletivo contra os interesses individuais. Inversamente, a mesma coisa: será necessário proteger os interesses individuais contra tudo o que puder se revelar, em relação a eles, como um abuso vindo do interesse coletivo (FOUCAULT, 2008b. p. 89).

Já o neoliberalismo, apesar de aceitar uma intervenção estatal, era contrário às ações que dificultassem os mecanismos de concorrência entre interesses privados. A intervenção estatal até poderia ocorrer, desde que possibilitasse a satisfação do interesse coletivo - em outras palavras, a concorrência.

Inúmeras foram as elaborações discursivas de intelectuais da Europa e funcionários do alto escalão de vários países em torno da teorização de um intervencionismo propriamente liberal, ou mesmo de uma reformulação da doutrina do *laissez-faire*. Mas foi no Colóquio Walter Lipmann, realizado em Paris em 1938, que a possibilidade de um neoliberalismo começou a tomar corpo. Se o naturalismo havia obscurecido as teorias jurídico-políticas dos primeiros liberais, transformando o que seria um ideal de emancipação humana em um conservadorismo tacanho, a crítica neoliberal retoma o terreno da governamentalidade. A ideia que vigora nesse novo molde de liberalismo, nesse liberalismo renovado é a de reabilitação do Estado “como fonte de autoridade imparcial sobre os particulares” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 86). Essa intervenção, antes de abolir a concorrência, a fortalece, pois entende que o capitalismo concorrencial não é um produto da natureza, mas uma máquina que necessita de ajustes o tempo todo.

Para Lippmann, a agenda do neoliberalismo deveria se adaptar às mudanças permanentes da ordem econômica, ou seja, a adaptação da ordem social à divisão do trabalho deveria ser constante. É daí que advém a ideia de que a política neoliberal deve mudar o próprio homem, a maneira como ele concebe sua vida e seu destino. O neoliberalismo emerge cômico das realidades sociais e econômicas, procurando novas maneiras de atingir as metas propostas para uma civilização liberal. O mercado ainda ocupa uma posição de suma importância, não mais com o significado atribuído por Adam Smith (de equilíbrio, fruto de uma ordenação misteriosa), mas como uma realidade cambiante que possui sua própria dinâmica e não necessita de intervenções externas. É um “processo regulado que utiliza motivações psicológicas e competências específicas” (Ibidem, p. 139).

A originalidade do neoliberalismo reside na relação entre as instituições e a ação individual. Embora autores neoliberais, como Rougier, Lippmann, bem como os ordoliberais alemães procurassem soluções para os problemas incessantes que se manifestavam nas esferas

políticas e sociais, a corrente de pensamento austro-americana⁸⁶ não deixou de ter importância e influência no chamado “renascimento neoliberal”. De acordo com Dardot e Laval (2016), essa corrente enfatizava a ação individual e o processo de mercado, e vilipendiava a interferência estatal como um entrave à economia de mercado. Além disso, reforçava a ideia de que o capitalismo concorrencial se equilibrava quando não era afetado por moralismos ou intervenções políticas e sociais destruidoras. Para Ludwig von Mises, um de seus maiores representantes, a intromissão de princípios éticos e julgamentos de valor intelectual no processo do mercado desestruturaria a democracia do consumidor. A ideia principal para a prática governamental trazida pela corrente austro-americana encontra-se numa política que ultrapassa os mercados de bens e serviços e engloba a totalidade da ação humana. Essa ideia diz respeito ao homem empreendedor, que se constrói na esfera da concorrência geral. O sujeito empresarial, embebido de um espírito empresarial é o ator real da própria vida econômica, aquele que está sempre à procura de superação e descobertas de novas oportunidades de lucro, num processo permanente de concorrência.

Compreender o trabalhador como empresário de si requer, de um lado, introduzir o trabalho no campo da análise econômica e, de outro, situar-se em sua própria perspectiva, ou seja, na dinâmica do trabalhador. Essa mudança de ponto de vista possibilitará entender o trabalho como uma conduta econômica que é praticada, aplicada, calculada e racionalizada pelo trabalhador. Para Foucault (2008b, p. 308), esse plano de análise econômica coloca o trabalhador, não mais na posição de um “objeto de uma oferta e uma procura na forma de força de trabalho, mas de um sujeito econômico ativo”. Da perspectiva do trabalhador, Foucault diz que o salário não é o preço da venda de sua força de trabalho, mas uma renda.

Dardot e Laval (2016) mostram que para os neoliberais americanos, a renda diz respeito ao produto ou rendimento de um capital - e capital é tudo o que pode ser uma fonte de renda futura - portanto, o salário é a renda de um determinado capital. Dessa maneira, o capital, de que o salário é renda, congrega o conjunto de todos os fatores físicos e psicológicos que permitem que um indivíduo ganhe aquele salário. Em termos econômicos, do ponto de vista do trabalhador, o trabalho comporta todo um capital humano, ou seja, ele é uma máquina formada por aptidões e competências e também é uma renda. Portanto, se o capital possibilita uma renda futura (que é o salário), esse capital-competência não pode ser separado do trabalhador. Ao final do processo o que aparece é o trabalhador como uma espécie de empresa para si mesmo,

⁸⁶ A corrente austro-americana é usada aqui em referência aos economistas que imigraram para os Estados Unidos, bem como aos americanos que aderiram à escola austríaca moderna. Ludwig von Mises e Friedrich Hayek são os dois maiores representantes da corrente austríaca moderna (DARDOT; LAVAL, 2016).

pois recebe certa renda que é o próprio salário, ou seja, uma renda-salário. A partir desse tipo de racionalidade econômica, encontraremos uma sociedade formada por unidades-empresas, em que o *homo oeconomicus*, segundo Foucault (2008b, p. 311), não é mais concebido como o parceiro de troca da concepção clássica, mas como empresário de si mesmo; “sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de [sua] renda”.

Portanto, a corrente austro-americana atribuiu uma nova designação ao conceito de mercado, que passou a ser considerado como um processo subjetivo. Seu modo de funcionamento não é mais estático ou regido por leis naturais, onde as mercadorias circulam livremente sob a regência de um equilíbrio misterioso. O mercado, a partir de então, é visto como um mecanismo subjetivo de autoformação, autoeducação e autodisciplina dos sujeitos. O empreendedorismo, como modo de governo de si, inicia seu processo no meio mercantil e dispensa intervenções, por entender que os indivíduos são capazes de calcular a partir de seu próprio conhecimento. O processo de mercado, concebido pelo neoliberalismo da corrente austro-americana produz não somente situações de mercado: produz o próprio sujeito empresarial.

Com a criação cada vez maior de situações de mercado, essa estratégia organiza por diversos meios a “obrigação de escolha” - dissimulada na ideia de autonomia e realização pessoal - onde os indivíduos são persuadidos sistematicamente a aceitarem a situação de mercado tal como uma realidade dada, e incorporarem a necessidade de realização de cálculos de interesse individual para escolhas individuais. A vida passa a ser o resultado de escolhas e cálculos individuais. Dessa maneira, essa filosofia de liberdade transforma necessidades objetivas em objetivos pessoais, transferindo para o próprio indivíduo a responsabilidade pelo cumprimento de tais objetivos. As problemáticas da vida, como saúde, doença, educação, velhice, trabalho passam a fazer parte de cálculos, gestão e contabilidades individuais. Qualquer fracasso dentro desse quadro de problemática, advém de má gestão, falta de previsão e imprudência (DARDOT; LAVAL, 2016).

Na virada dos anos 1970-1980, no Ocidente, a política conservadora e neoliberal surge como resposta à crise econômica e social. Os governos de Ronald Reagan e Margaret Thatcher questionam duramente a política de crescimento e o pleno emprego. A principal característica dessas novas políticas reside numa profunda transformação do modo de exercício do poder governamental e o estabelecimento de uma nova lógica normativa. O Estado, antes de ser excluído do jogo, passa a exercer um controle maior sobre a população (DARDOT; LAVAL, 2016).

Para os autores, as políticas econômicas e sociais, conduzidas pela nova direita e pela esquerda moderna, tiveram um papel muito maior do que apenas um “retorno ao mercado”. O neoliberalismo que emergia tinha como “ponta do iceberg” o bom funcionamento do mercado. Em sua agenda, encontravam-se medidas que iam desde a privatização de empresas públicas, passando por uma significativa diminuição de impostos e gastos públicos, até a redução da inflação. Em suma, o novo contexto agia em favor do desmantelamento do Estado social. O que estava embaixo do “iceberg” era a formação de certo tipo de racionalidade política e social, associada à globalização.

A partir de determinadas relações e condições concretas entre as forças sociais e econômicas, a concorrência generalizada foi se constituindo como nova diretriz mundial. Combinado às transformações do próprio capitalismo, o objetivo da política neoliberal foi se estabelecendo a partir de contínuas e infundáveis críticas ao Estado de bem-estar social. Segundo os autores, o fator decisivo para que essa nova diretriz se efetivasse deve-se a uma mudança de comportamento que aconteceu graças a um conjunto de sistemas de coação econômicos e sociais, ou seja, de técnicas e dispositivos disciplinares. O objetivo não era outro senão levar os indivíduos ao governo de si, sob a batuta da competição e valorização de capital. O aumento gradativo dos sistemas disciplinares, assim como “sua codificação institucional, levou à instauração de uma racionalidade geral, uma espécie de novo regime de evidências que se impôs aos governantes de todas as linhas como único quadro de inteligibilidade da conduta humana” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 193).

O neoliberalismo, compreendido como uma racionalidade política/governamental, produz uma nova forma de existência, com um certo tipo de sociedade, laços sociais e subjetividades muito peculiares. Essa norma de vida rege as políticas públicas, controla as relações econômicas mundiais, produz o indivíduo e, também sua forma de se relacionar e lidar com os outros e com ele mesmo. O preceito central do neoliberalismo assenta-se, como vimos, na concorrência e competição generalizada que ordena as relações sociais em todas as esferas. Essa razão governamental opera em vários aspectos:

Ora sob seu aspecto político (a conquista do poder pelas forças neoliberais), ora sob seu aspecto econômico (o rápido crescimento do capitalismo financeiro globalizado), ora sob seu aspecto social (a individualização das relações sociais às expensas das solidariedades coletivas, a polarização extrema entre ricos e pobres), ora sob seu aspecto subjetivo (o surgimento de um novo sujeito, o desenvolvimento de novas patologias psíquicas) (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16).

Para além dos impactos econômicos, políticos e sociais, nosso maior interesse é compreender os desdobramentos da racionalidade neoliberal na produção de um novo modo de

funcionamento psíquico que possibilita a gestão calculada da vida. Precisamente, as práticas e efeitos discursivos que se entrelaçam em torno desse novo sujeito modelado pela governamentalidade empresarial. A partir de processos de normatização e técnicas de domínio de si, o discurso gerencial prescreve os modos de ser e agir; os comportamentos, os modelos ideais, os caminhos a serem trilhados para se atingir a máxima eficácia, o melhor desempenho individual, o que é normal e o que é patológico. O empresário de si é produzido ainda na infância, dentro do seio familiar e escolar, já que a racionalidade empresarial não se circunscreve aos limites da empresa.

A empresa deve ser considerada como modelo de formação, como um percurso educativo para a vida. Seus valores e formas de conduta, como previsibilidade e calculabilidade; dedicação e competitividade para o máximo alcance de objetivos são atitudes que devem ser valorizadas e cultivadas desde a infância (DARDOT; LAVAL, 2016). Numa conjuntura que produz subjetividades para uma vida pautada na eficácia, as crianças são vistas como miniempresas, em que a lógica da competitividade se inicia cada vez mais cedo e de forma contundente. Mesmo sem ter atingido idade suficiente para fazer parte do mercado de trabalho, o mercado, como lógica de subjetivação, faz parte da educação desse neosujeito. O modelo educacional vigente é um dos seus maiores representantes, já que transmite todo um ideário normativo que leva a criança desde cedo ao domínio de si, a dar o máximo de si, a tirar as melhores notas, a se esforçar, a se concentrar, a permanecer sentada por um tempo determinado. Para as crianças que não correspondem da maneira desejada a essa lógica competitiva de eficácia e produtividade, são atribuídos problemas psíquicos e disfunções químicas que devem ser corrigidos com medicamentos.

Nesse contexto, a criança perde o espaço que lhe fora concedido a partir da criação do conceito de infância. Ela não tem mais espaço para ser criança dentro de tudo aquilo que estava implicado na constituição do que Philippe Ariès (2011) chamou de sentimento de infância. Ser, estar e viver as etapas de desenvolvimento no seu próprio tempo - no tempo singular de cada sujeito - são sobrepostas pelas demandas do mundo externo que cobram melhor desempenho, melhor concentração, maior dedicação, como se fora adulta. Há uma antecipação de suas habilidades antes mesmo delas estarem formadas; uma espécie de “adultização” de sua formação psíquica e capacidades. Não é por menos que existem diversos cursos de formação, palestras e *workshops* para pais e mães, professores(as) e profissionais que lidam com a infância, cuja proposta é o “desenvolvimento de habilidades e competências”. São verdadeiros

manuais que ensinam a criar e educar as crianças do século XXI⁸⁷, guias que subestimam e minimizam a elaboração psíquica própria da criança para lidar com seus sentimentos e manejo do desejo.

A partir de um discurso de identificação do sujeito com a empresa, um novo ideal de eu passa se constituir como objeto de desejo. Esse novo eu, entidade competitiva por excelência, deve ser atingido por intermédio da assimilação de práticas de gestão da própria vida como uma empresa. O axioma máximo de eficácia, intrínseco à lógica empresarial, é substituído, no nível individual, “por um uso da subjetividade destinado a melhorar o desempenho do indivíduo” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 343). Em contrapartida, os sujeitos são levados a assumir plenamente as responsabilidades por cada passo, cada escolha, cada erro. Nessa perspectiva, o domínio de si equivale à responsabilidade de si. Os sujeitos são responsáveis pelo seu próprio sucesso ou fracasso, e assim, os problemas ligados ao sistema passam a ser tomados por uma perspectiva pessoal como fracasso pessoal, problemas psíquicos, incapacidade própria. As fontes do êxito, felicidade e realização estão no indivíduo e não fora. Em última instância, na ponta desse processo, as instituições, como a escola e a família, bem como estruturas econômicas e políticas não têm nenhuma coparticipação nos infortúnios do neossujeito. Se algo deu errado, isso se deve a problemas psíquicos, falta de dedicação, esforço, concentração.

Nessa lógica de competitividade, de realização de si mesmo, trabalho de si e domínio de si, os indivíduos que não atingem esse ideal de eu e não conseguem “bater a meta” – para usar o léxico empresarial - são levados a acreditar que não são bons o suficiente, ou que têm algum problema ou limitação psíquica, e frequentemente procuram corrigir essa dificuldade e elevar suas potencialidades através de medicamentos. É o caso de adolescentes que lutam por uma vaga nas diversas universidades do país, como nos mostra a reportagem do portal UOL, de dezembro de 2017⁸⁸.

⁸⁷ Para maiores informações sobre os programas de desenvolvimento de habilidades e competências acessar: <<https://www.ibccoaching.com.br/portal/rh-gestao-pessoas/desenvolvimento-competencias-habilidades/>>; <<https://noticias.universia.com.br/educacao/noticia/2019/10/02/1166807/desenvolvendo-habilidades-na-educacao-infantil.html>>

⁸⁸ Matéria completa: < <https://tab.uol.com.br/ritalina-vestibular/#miligramas-por-vaga>>

Figura 15 - Ritalina para vestibular



Fonte: TAB. UOL, 2017.

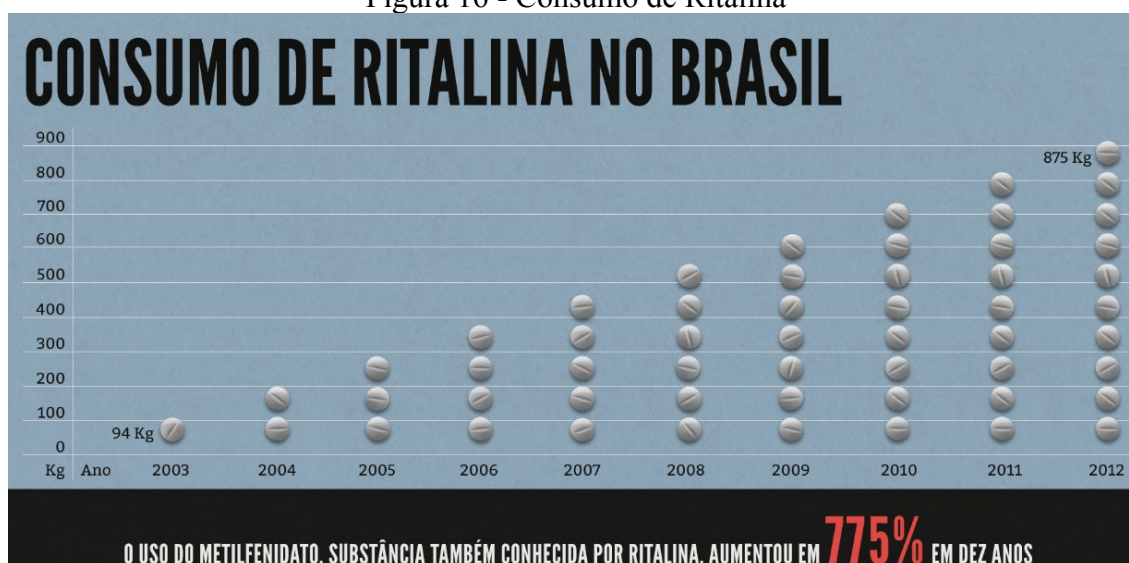
A reportagem “Miligramas por vaga – como o vestibular está criando uma geração movida a remédios controlados” (Imagem 15) traz uma série de casos de estudantes que tentam vaga nos cursos mais concorridos do país, como medicina, psicologia, relações internacionais, publicidade e propaganda. Diante da enorme pressão, os vestibulandos chegam a estudar 10h/dia. Para aguentar o ritmo e melhorar a produtividade, muitos fazem uso de psicofármacos, como Maria Cristina (nome fictício), de 18 anos, que ainda criança passou a tomar Ritalina a partir do diagnóstico de TDAH. Na época do vestibular, ela precisava de um medicamento mais potente, e passou a tomar Venvanse 70mg, cujo efeito é maior e dura mais tempo. Segundo Maria Cristina, o medicamento é mais caro que a Ritalina, mas é relatado nos fóruns da internet como o mais eficaz. “Encarar a concorrência de frente não é saudável, sóbria eu não aguentaria”, diz Maria Cristina.

Segundo a reportagem, nos cursinhos pré-vestibular, ansiedade e tensão afetam muitos estudantes. A rotina extenuante levou 58% dos alunos de cursinhos na cidade de Alfenas-MG a sofrerem de ansiedade e 1/3 a desenvolver depressão. Ao todo, em torno de 21% dos vestibulandos tomam algum psicofármaco, de acordo com um estudo realizado por Eber Cassimiro, especialista em saúde mental infantil da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Para Eber, esse número se justifica pelo estresse, demandas do lar e do entorno social, além da busca pelo aumento da performance nos exames.

Os relatos dos alunos reiteram a rotina competitiva e massacrante de estudos: “No começo eu consegui lidar, mas depois de alguns meses se tornou muito sufocante e cansativo”; “O ambiente [do cursinho] é nocivo, sabe?” A aluna Mônica (nome fictício), que está no terceiro ano de cursinho para prestar vestibular em medicina, toma 3 comprimidos de Ritalina

por dia (3 caixas/mês) a um preço reduzido, pois compra direto com um amigo farmacêutico, sem receita. Ela diz que não é difícil conseguir Ritalina pela internet: muitos perfis falsos comercializam ilegalmente o medicamento a baixo custo. De acordo com a reportagem, o consumo de Metilfenidato tem crescido vigorosamente, como nos mostra a imagem 21. De 2003 para 2012, houve um aumento vertiginoso de 775% no consumo de Metilfenidato no Brasil. Em 2003, o consumo estava na margem de 94kg; já em 2012, beirava 875kg/ano.

Figura 16 - Consumo de Ritalina



Fonte: Instituto de Medicina Social da UERJ – TAB.UOL, 2017

A reportagem nos mostra o modelo educacional orientado pela lógica empresarial, onde os alunos são colocados frente a frente num ambiente extremamente competitivo, reproduzindo e reforçando as relações de disputa entre eles. Muitos adoecem pela rotina exaustiva, excesso de cobranças e tensão; outros acabam fazendo uso de medicamentos justamente para conseguir acompanhar um ritmo agressivo que vai além de suas capacidades físicas e mentais. O modelo tradicional de vestibular, concentrado em apenas uma prova, não é questionado ou criticado em seus métodos. Se o aluno não passa no vestibular, a culpa é dele por não ter se dedicado o suficiente.

Esse é modo neoliberal de pensar e conceber a sociedade. Sob a batuta da fantasia de realização e maximização do desempenho em todas as áreas da vida, a racionalidade neoliberal produz sujeitos que podem e devem ser os melhores no trabalho, nas relações sociais e consigo mesmo. Para que esse sujeito possa desenvolver plenamente seu capital humano, ele precisa fazer escolhas acertadas, bem calculadas e responsáveis. Todos os resultados que ele colher na vida serão frutos de suas escolhas, de seus esforços pessoais, e da quantidade de dedicação empreendida. Em contrapartida, as consequências de suas decisões, sejam elas boas ou ruins,

serão de sua única responsabilidade. Dessa forma, esse sujeito é exposto a riscos em todos os âmbitos de sua vida, e o controle e gerenciamento desses riscos dependem exclusivamente dele. “Ser a empresa de si mesmo pressupõe viver inteiramente em risco” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 346). Esses riscos, a partir da sociedade neoliberal, não são mais riscos sociais, mas individualizados.

Será justamente pela lógica do risco e da segurança que a governamentalidade neoliberal atingirá seus fins. Segundo Foucault (2008b), o exercício de governo nessa sociedade composta por *homo oeconomicus* não se dará pela via da vigilância externa e contínua, como no poder disciplinar. Esse governo atingirá seus fins pela lógica do risco e da segurança. Nesse novo horizonte, em que o Estado e as redes de proteção social não se responsabilizam pelos indivíduos, começa a despontar um novo discurso de valorização do risco inerente à vida individual e coletiva. A vida passa a ser uma constante de riscos que exige autocontrole e regulação individual permanente.

A lei proíbe, a disciplina prescreve e a segurança, sem proibir nem prescrever, mas dando-se evidentemente alguns instrumentos de proibição e de prescrição, a segurança tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela corresponde - anule, ou limite, ou freie, ou regule. (Foucault, 2008b, p. 61)

4.3 A ASCENSÃO DO RISCO COMO ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA

No neoliberalismo, o sujeito está sozinho em suas escolhas e decisões. Não existem garantias para uma vida pautada na lógica do mercado, pois o postuldo fundamental do mercado é o risco e a flutuação econômica. Desde os fluxos financeiros ao próprio mercado financeiro global há uma intensa instabilidade e volatilidade regendo toda e qualquer ação e não é possível falar em volatilidade e oscilações sem falar em riscos. Dardot e Laval (2016, p. 346) falam que a “problemática do risco é inseparável dos riscos de mercado, dos quais desde a Idade Média era necessário saber se proteger por meio de técnicas de garantia”.

De acordo com Foucault (2008a, 2008b), a racionalidade econômica própria ao neoliberalismo tem seu fundamento nas ações do dispositivo de segurança. Para tomar decisões seguras, com baixa probabilidade de erros, é necessário compreender o que é próprio da realidade a fim de construir respostas que carreguem em seu *corpus*, elementos concernentes A essa realidade e seu próprio funcionamento. Essa operação, dentro de uma biopolítica neoliberal, se dará a partir de estudos estatísticos com enfoque na antecipação e gerenciamento de qualquer contingência, infortúnio, fracasso, em última instância, risco. Foi a partir de uma

lógica de identificação precoce de riscos e da necessidade de intervenção e medicalização dos desvios, ou seja, dos comportamentos considerados patológicos que Foucault (2008a) instituiu o dispositivo “risco-segurança”, como peça central e estratégica da biopolítica articulado diretamente ao processo de medicalização.

Os riscos passam a ter estatuto individual e, conseqüentemente, não são mais geridos pelo Estado social, na forma de direitos ou através de mecanismos públicos de solidariedade. Dentro de uma ética individualista, todas as formas de crise social passam a ser percebidas como crises individuais ou problemas relacionados ao fracasso pessoal, cálculos errados e má gestão da vida. O caráter polifônico do termo “risco” revela em si mesmo sua natureza política. Esse termo propaga um ideário padronizante que configura diferentes contextos sociais para uma via de mão única, a via da medicalização (GIUSTI, 2016). No que tange a infância, a lógica psiquiatrizante alerta para um perigo sempre iminente, com um horizonte repleto de riscos. Nesse cenário, cabe ao processo de medicalização criar um dispositivo de normalização do comportamento infantil por meio dos saberes e práticas que incidem diretamente sobre os corpos e as subjetividades dos indivíduos.

A ideia de risco adquiriu um sentido excessivamente amplo, assumindo o cerne das questões sociais, políticas, econômicas, jurídicas, éticas e médicas da atualidade. Neves e Jeolás (2012) apontam várias categorias que compõem o conceito de risco, como riscos industriais, ambientais, econômicos, políticos, financeiros, riscos na saúde etc. Castel (1983) mostra que o conceito de risco na psiquiatria sempre foi visto como um perigo que rodeava a esfera do mental; uma noção que carrega a qualidade imanente sobre o perigo e se baseia em simples probabilidades assentadas em dados aleatórios. Beck (2003) distingue risco de perigo. Os perigos estão presentes em todas as épocas e em todos os lugares, no entanto eles são incapazes de serem interpretados como condicionados às ações humanas e, portanto, são considerados inevitáveis. O conceito de risco é distinto, pois se trata de catástrofes que ainda não aconteceram e, por isso, carecem de intervenções, controles e ações preventivas no presente a fim de impedir que se configurem como cenário no futuro. Em Foucault (2008b), a noção de risco pode ser vista como uma ferramenta de cálculo e previsibilidade. A psiquiatria preventiva, assim, acredita poder calcular e antecipar os riscos de um indivíduo apresentar comportamentos que possam se agravar num futuro, levando-o a desenvolver uma série de transtornos e até mesmo a morte.

Os diagnósticos precoces de transtornos mentais em crianças e adolescentes se revelam como uma estratégia biopolítica que se atualiza através da identificação de anomalias e problemas cotidianos como precursores de doenças mentais. Os perigos que cercam o campo

mental da infância estão reproduzidos maciçamente nos discursos psiquiátricos como um problema que pode não só afetar a própria criança, mas a sociedade. Frequentemente encontramos esse discurso em artigos científicos e materiais jornalísticos, o que evidencia um entrelaçamento da saúde à lógica do risco. A partir de estudos estatísticos, calcula-se a probabilidade de ocorrência de um determinado tipo de transtorno mental, bem como suas possíveis comorbidades ou agravamentos, caso não seja precocemente detectado e tratado. No artigo intitulado “*Polygenic Risk: Predicting Depression Outcomes in Clinical and Epidemiological Cohorts of Youths*” (Risco poligênico: prevendo consequências de depressão em cortes clínicos e epidemiológicos entre jovens), publicado por uma equipe de pesquisadores americanos na *American Journal of Psychiatry*, podemos comprovar as estratégias biopolíticas adotadas pela psiquiatria preventiva atuando sob a forma de diagnósticos precoces de transtornos mentais. Os pesquisadores desse estudo declararam receber apoio e financiamento de diversas instituições e associações, dentre elas a Boehringer Ingelheim, companhia farmacêutica alemã. O estudo procurou identificar fatores de riscos (escores de risco poligênico – PRSs) para depressão maior e sintomas depressivos em jovens a partir de um estudo em larga escala do genoma (GWAS - *genome-wide association studies*). A pesquisa mostra que o transtorno depressivo maior pode surgir em qualquer idade, no entanto, sua prevalência aumenta acentuadamente na puberdade, por isso identificar fatores de risco precoces já na infância pode ter implicações importantes para os esforços de depressão. Foram entrevistadas 279 crianças e adolescentes diagnosticados com depressão maior, de idade entre 12 e 14 anos.

Os resultados dessa pesquisa mostraram que a depressão maior é um distúrbio psiquiátrico hereditário, com estimativas de herdabilidade variando em até 40%. No entanto, apesar da alta herdabilidade, os esforços para descobrir variantes genéticas específicas associadas à depressão maior por meio de projetos de estudos de associação genômica (GWAS) não têm tido êxito. Mesmo assim, os pesquisadores têm esperança de que, no futuro, estudos como esse possam apoiar a identificação de jovens em risco de depressão maior antes do surgimento de sintomas clinicamente significativos.

Estudos dessa natureza evidenciam a atuação das políticas preventivas adotadas pela psiquiatria e pela biomedicina para intervir na sociedade. De acordo com Castel (1983), a lógica preventiva não recai sobre o indivíduo com o objetivo de corrigi-lo, mas sua atuação se dá através de fatores de correlação de elementos heterogêneos. Nesse sentido, 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 a antecipação dos próprios riscos. Foucault (2008b; 2010c) já havia analisado a desconstrução

do sujeito concreto, no que tange à prevenção e antecipação de riscos. A antecipação dos riscos, segundo o autor, é a preocupação máxima da biopolítica. A partir do momento em que fenômenos aleatórios são observados, não mais individualmente, mas em termos de população, as possibilidades de intervenção de riscos emergem. Esse processo, no qual os fenômenos de contingência se referem a fatos sociais, possibilita a instauração de mecanismos reguladores que têm como objetivo manter um estado de equilíbrio.

Essa perspectiva fica muito evidente na dimensão discursiva do campo científico e do campo jornalístico com inúmeros estudos e publicações orientados pela lógica do risco. Os enunciados versam sobre as mais variadas condições de possibilidade associadas ao desencadeamento de doenças mentais; os riscos se referem à genética, passando por outros fatores (biológicos, individuais, escolares, familiares, sociais) e comportamentos de risco (abuso de drogas e álcool, estresse). Há também o risco atrelado às consequências do não tratamento dos transtornos.

A preocupação em relação ao futuro do indivíduo que não tenha seu transtorno mental diagnosticado ou que não receba o devido acompanhamento médico é um sentimento predominantemente forte entre pais, mães e demais profissionais que lidam com a infância. Por outro lado, boa parte da literatura médica e das informações divulgadas na mídia reforça esse sentimento através de predições sobre os males e prejuízos que podem afetar a criança caso ela não seja submetida a tratamento, como nos mostram a pesquisa abaixo e matéria publicada na revista *Crescer* em 2016.

A pesquisa intitulada “*Drug Treatments for ADHD Reduce Risk of Substance Use Disorders*” (Tratamentos medicamentosos para TDAH reduzem o risco de transtornos por uso de substâncias) foi publicada na *American Journal of Psychiatry* em 2017, por Philip Asherson do King's College London. Asherson recebeu honorários por consultoria da Eli Lilly, Lundbeck, Novartis e Shire; além de prêmios educacionais e de pesquisa da GW Pharma, Lilly, Janssen, Novartis, QbTech, Shire e Vifor Pharma, e foi palestrante em eventos patrocinados por Lilly, Janssen, Novartis e Shire. A pesquisa afirma que crianças e adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) apresentam risco aumentado de desenvolver distúrbios de uso concomitante de substâncias (drogas e álcool) devido a uma série de fatores, como propensão ao comportamento impulsivo de correr riscos; recorrência de problemas de saúde mental e comportamentais, como depressão e transtorno de conduta; fatores de risco psicossociais, como expulsões escolares e exposição a drogas na adolescência. Examinou-se a possibilidade de que o uso de estimulantes no tratamento do TDAH poderia sensibilizar os

indivíduos aos efeitos recompensadores dos medicamentos, levando ao aumento do risco de transtornos por uso de substâncias.

Os resultados apontam dois lados: o uso de metilfenidato ou dexanfetamina no tratamento do TDAH pode aumentar a relevância dos efeitos recompensadores dos medicamentos, levando a um maior risco de transtornos por uso de substâncias; por outro lado, ao reduzir os sintomas e deficiências do TDAH, os medicamentos estimulantes podem diminuir o risco de transtorno pelo uso de substâncias. No entanto, uma pesquisa de meta-análise realizada em 2003, de um conjunto total de dados combinados de 674 casos de crianças e adolescentes tratados com estimulantes para o TDAH e 360 casos não tratados, encontrou uma redução de 1,9 vezes no risco de transtornos por uso de substâncias no grupo tratado. Além disso, segundo Philip Asherson, quanto maior a duração do tratamento, menor a taxa de problemas substanciais. A conclusão final é de que o tratamento com medicamentos para o TDAH diminui, em lugar de aumentar, o risco de transtornos por uso de substâncias e problemas relacionados. Asherson afirma que essa interpretação leva à conclusão adicional de que o reconhecimento e o tratamento precoces do TDAH desempenham um papel importante na redução do risco de desenvolvimento de distúrbios de uso de substâncias que ocorrem simultaneamente no TDAH.

Nessa mesma linha, publicada em 2016 pela revista Crescer, a matéria “Transtorno do Espectro Autista (TEA) afirma que o Brasil precisa ligar a sirene de alerta!”⁸⁹. Desde o DSM-III, o TEA entrou como uma nova classificação dentro dos transtornos do neurodesenvolvimento, ampliando as possibilidades diagnósticas. Esse quadro engloba o Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtornos do desenvolvimento e Transtorno Desintegrativo da Infância. Em tom alarmante, a matéria traz uma série de condições de desenvolvimento e sinais de alerta para a identificação precoce do TEA. Compara os avanços para a detecção do TEA nos EUA e no Brasil, mostrando que os bebês americanos de 9 e 10 meses que apresentam qualquer suspeita ou atraso nas fases do desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico já estão inseridos em terapias de estimulação, enquanto que no Brasil há crianças de 4 e 5 anos sem diagnóstico. O alerta máximo é dado quando a autora afirma que a situação brasileira é bastante grave, pois não se sabe quantas pessoas com TEA existem no país. De acordo com as estatísticas internacionais, estima-se que 1 em cada 68 bebês nascidos tenham características, totalizando 2 milhões de cidadãos brasileiros no Espectro

⁸⁹ A matéria completa se encontra no endereço eletrônico:

< <https://revistacrescer.globo.com/Colunistas/Lilian-Kuhn/noticia/2016/04/transtorno-do-espectro-autista-tea-o-brasil-precisa-ligar-sirene-de-alerta.html>>.

Autista. Por isso, os familiares devem buscar informações e ficar atentos ao menor sinal. Os sinais a serem observados vão desde birras, timidez, bebês preguiçosos ou bonzinhos, crianças mais calmas ou quietinhas. Todas essas características são interpretadas como sintomas do espectro, “e isso não tem a ver com traços de personalidade” (CRESCER, 2016). A partir desses sinais, o TEA deve ser considerado e a família deve procurar ajuda o quanto antes:

Não vamos deixar de exigir uma intervenção precoce, intensiva e adequada. O diagnóstico de TEA não é uma “sentença de morte” - apesar da tristeza, do medo e da angústia dos pais em um primeiro momento. Sei que é um turbilhão de novas informações e compromissos, mas o tempo é o grande inimigo e as intervenções devem começar o quanto antes (CRESCER, 2016).

Apesar do alerta trazido pela matéria da revista Crescer, uma pesquisa publicada no mesmo ano, 2016, sobre a prevalência do TEA trazia dados mais esclarecedores. Intitulado “*The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders*” (A mudança epidemiológica do transtorno do espectro do autismo), esse estudo foi realizado por um grupo de 12 pesquisadores de diversos institutos e centros de pesquisa, universidades e fundações de pesquisa dos EUA. A pesquisa mostrava que o TEA tem aumentado em diversas partes do mundo, principalmente nos Estados Unidos, levando o país a criar políticas públicas, como a cobertura de seguro estatal para serviços de atenção ao TEA. Segundo os pesquisadores, em 2012 os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos, estimaram que aproximadamente 1,5% das crianças de 8 anos apresentavam TEA. A estimativa de 2012 era semelhante à de 2010, marcando a primeira vez que a prevalência de vigilância do CDC não excedeu uma estimativa anterior desde a primeira notificação em 2002 com 0,66%. No entanto, uma grande pesquisa realizada por telefone - com base no relatório de pais de crianças diagnosticadas com TEA - forneceu uma estimativa de prevalência nacional dos EUA um pouco mais alta (2,2%) para crianças de 3 a 17 anos em 2011. Mas em grande parte, esse aumento ocorreu em casos mais leves de TEA, sem deficiência intelectual.

Segundo os pesquisadores, as estimativas de prevalência após a mudança de critérios diagnósticos estabelecidas pelo DSM-5, incluindo a influência potencial do novo diagnóstico sobre a prevalência ainda não estão amplamente disponíveis, mas essa condição não deve ser descartada como um fator de aumento potencial. Vários estudos avaliaram a proporção de indivíduos diagnosticados com TEA de acordo com o DSM-IV-TR que atendem aos critérios de TEA no DSM-5, com estimativas resultantes variando amplamente (38% a 93%). Os pesquisadores alertam que os próximos desafios nos estudos descritivos sobre a epidemiologia de TEA incluem a caracterização do impacto da mudança para o DSM-5, estudos sobre a

interação de raça e etnia na distribuição de TEA e análises das disparidades de diagnóstico relacionando esses fatores a diferenças de gênero.

A matéria apresentada pela revista *Crescer* não contemplava a complexidade do impacto das mudanças dos critérios diagnósticos do DSM-5 na prevalência do TEA. O enfoque da matéria recaía apenas sobre o aumento do TEA, a precariedade de estudos brasileiros sobre a situação e a necessidade de intervir o quanto antes. Ao comparar o modelo de detecção americano com o brasileiro, a matéria sugeria intervenções precoces antes da criança completar 1 ano, ou seja, nos primeiros meses de vida. Isso evidencia um quadro que se caracteriza com intervenções em bebês e crianças pequenas. Nessa mesma esteira, segue a pesquisa “*Early Markers in Infants and Toddlers for Development of ADHD*” (Marcadores precoces em bebês e crianças pequenas para o desenvolvimento do TDAH), publicada em 2014 por pesquisadores de Tel Aviv University e Bar Ilan University. Os pesquisadores declararam não terem recebido nenhum apoio financeiro para a realização do trabalho. O artigo sugere que a identificação precoce de fatores de risco para o TDAH na infância diminui os sintomas do transtorno na idade adulta. A partir de um sistema de triagem clínica, os marcadores iniciais podem ser utilizados para identificar indivíduos com risco de desenvolver TDAH. Eles acreditam que tais marcadores podem ser altamente benéficos para identificação do TDAH não apenas pelo sistema de saúde, mas pelo público.

O método utilizado foi um estudo retrospectivo que comparava os registros clínicos dos primeiros cuidados do bebê, desde o nascimento até os 18 meses de idade de um grupo de 58 crianças diagnosticadas com TDAH (de acordo com os critérios do DSM-IV) em idade escolar, com um grupo-controle de 58 crianças selecionadas aleatoriamente no mesmo banco de dados. Essa amostra populacional era de um nível socioeconômico médio-alto de uma cidade do centro de Israel. A ideia era fazer coincidir o sexo e a data de nascimento das crianças do grupo-controle com o grupo de TDAH, a fim de delinear marcadores clínicos precoces para a detecção e o desenvolvimento do TDAH. As diferenças entre os dois grupos foram analisadas estatisticamente. Em Israel, segundo os pesquisadores, todos os bebês são acompanhados por clínicas infantis, desde o nascimento até os 5 anos de idade, sob a supervisão do Ministério da Saúde e, portanto, seus perfis de saúde são documentados. O desenvolvimento de TDAH pôde ser previsto até os 18 meses de idade em até 58% dos pacientes em acompanhamento que fizeram parte da amostra dessa pesquisa.

A ideia de risco balizou todo o estudo, enfatizando a importância da identificação precoce mediante a condição crônica do TDAH - que persiste na adolescência e na idade adulta - afetando a vida do sujeito em diversas instâncias: seus relacionamentos, realizações

acadêmicas e vocacionais e autoestima. Um outro dado que nos chamou atenção foi a comparação de medidas biométricas do crânio⁹⁰ com variantes sociais. De acordo com os pesquisadores, os indivíduos diagnosticados com TDAH apresentaram diminuição do perímetro cefálico na primeira infância. Eles afirmam que este estudo é o primeiro a sugerir uma correlação entre diminuição do crescimento craniano durante a primeira infância e desenvolvimento de TDAH numa fase posterior da vida, além de fornecer novos marcadores iniciais que podem prever o desenvolvimento do TDAH.

As possíveis intervenções e tratamentos medicamentosos começam cedo. Segundo os pesquisadores, aos 9 meses de idade já é possível verificar os três principais parâmetros preditivos de desenvolvimento futuro do TDAH: atrasos na fala e na linguagem e dificuldades comportamentais. Esses marcadores criam um "perfil clínico" capaz de prever o desenvolvimento de TDAH, podendo ser utilizado pelo profissional da saúde e demais profissionais que acompanham o desenvolvimento, fator que possibilita a intervenção precoce.

O entrelaçamento dos discursos a respeito da gestão de riscos nas pesquisas científicas e matérias jornalísticas nos comprova que esse conceito se tornou um mecanismo de disseminação da lógica preventiva e medicalizante utilizado pela psiquiatria. Por intermédio de tecnologias de poder empregadas pela psiquiatria, os indivíduos são catalogados em grupos de risco de desenvolver transtornos mentais. As intervenções preventivas e estratégias de normalização são as ferramentas utilizadas pela psiquiatria para poder intervir antes que a doença mental se cronifique. No artigo de Joel Rennó⁹¹, “Diagnóstico precoce em saúde mental é negligenciado no Brasil”⁹², publicada no site do Estadão em 2016, a intervenção precoce em transtornos mentais é vista como salvadora de vidas, porém isso ainda é ignorado no Brasil. A matéria afirma que há um grande equívoco da política de saúde mental brasileira em relação ao tratamento e até mesmo em relação à classe psiquiátrica. Se houvesse um controle efetivo dos transtornos mentais na primeira infância, toda a sociedade sairia ganhando. Ao final, alerta sobre a necessidade dos políticos priorizarem a intervenção primária logo na infância.

Em outra matéria publicada no Estadão em 2014, a identificação precoce e o início do tratamento foi o que permitiu com que gêmeos de 12 anos tivessem oportunidade de seguir os

⁹⁰ As análises consideraram que o índice de crescimento craniano nas crianças do grupo controle era quase constante desde o nascimento até os 18 meses idade, enquanto que nas crianças do grupo TDAH desacelerou durante esse período.

⁹¹ Joel Rennó é professor colaborador médico do Departamento de Psiquiatria da FMUSP e diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher do Instituto de Psiquiatria da USP (IPq-USP). Coordenador da Comissão de Estudos e Pesquisa da Saúde Mental da Mulher da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e médico do Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo.

⁹² Acessar matéria completa: <<https://emails.estadao.com.br/blogs/joel-renno/diagnostico-precoce-em-saude-mental-e-negligenciado-no-brasil/>>.

estudos. O título “Percebi algo errado quando eles foram à escola”⁹³, já alude ao fato da identificação ter ocorrido muito cedo. Segundo a mãe das crianças, eles foram diagnosticados aos 6 anos de idade e logo em seguida passaram a tomar Ritalina. Antes disso, eles não conseguiam ter foco em nada, nem mesmo para serem alfabetizados. Ela alerta para a necessidade de intervir o quanto antes, pois a falta de tratamento coloca a vida das crianças em risco.

A necessidade de intervir e medicar comportamentos ainda na infância foi tema de um estudo de ampla repercussão, publicado por um grupo de pesquisadores da Espanha, Brasil, Austrália, Novo México e Califórnia em 2018⁹⁴, intitulado “*Early Intervention in Bipolar Disorder*” (Intervenção precoce no transtorno bipolar). Dos nove pesquisadores que desenvolveram a pesquisa, seis têm relações com a indústria farmacêutica, prestando consultoria, participando de palestras e recebendo apoio financeiro de vários laboratórios.⁹⁵ A pesquisa afirma que a implementação de estratégias de intervenção precoce pode ajudar a alterar o resultado da doença e evitar danos potencialmente irreversíveis aos pacientes com transtorno bipolar (TB), pois as fases iniciais podem ser mais responsivas ao tratamento e a terapias menos agressivas. Por não existirem biomarcadores ou ferramentas diagnósticas que auxiliem na identificação dos indivíduos com alto risco de conversão para o TB, o histórico familiar, principalmente dos pais, é o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento futuro do transtorno ou seu espectro.

A principal justificativa para a intervenção precoce é que os tratamentos psiquiátricos têm melhores resultados quando aplicados no estágio inicial da doença. Por isso, a intervenção se faz necessária em crianças a partir dos 7 anos que já apresentam psicopatologia com sintomas de depressão, ansiedade, instabilidade de humor ou mania. No entanto, o principal obstáculo para a intervenção precoce ainda é a ausência de uma etiologia clara, ou seja, a falta de especificidade dos sintomas prodrômicos - que são altamente heterogêneos e específicos para cada indivíduo - coloca em dúvida a própria eficácia das intervenções precoces. Os pesquisadores destacam a urgência de estudos que comprovem a eficácia das intervenções precoces nos transtornos mentais em geral e não apenas no TB. Em consequência da ausência

⁹³ Acessar matéria completa: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,percebi-algo-errado-quando-eles-foram-a-escola-diz-mae,1541959>>.

⁹⁴ VIETA, E., SALAGRE, E., GRANDE, I., CARVALHO, A. F., FERNANDES, B. S., BERK, M., et al. (2018). **Early Intervention in Bipolar Disorder**. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 411–426, 2018.

⁹⁵ Inclusive, o Dr. Mauricio Tohen declarou ter sido consultor da AstraZeneca, Abbott, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Otsuka, Roche, Lundbeck, Elan, Allergan, Alkermes, Merck, Minerva, Neurociência, Pamlab, Alexza, Forest, Teva, Sunovion, Gedeon Richter e Wyeth, além de ter sido funcionário em período integral da Eli Lilly (1997–2008).

de biomarcadores, deve-se avaliar com cautela os fatores preditivos a fim de determinar com maior precisão quais indivíduos correm o risco de conversão e quais se beneficiariam com as intervenções precoces.

Essa pesquisa traz dados importantes a respeito da perspectiva de risco em que as estratégias de intervenção precoce se apoiam, a começar pelo fato de que todos os fatores de risco previstos se baseiam em grupos como um todo, não nos riscos individuais. Os pesquisadores afirmam que ainda não existem escalas clínicas confiáveis para avaliar os sintomas prodrômicos; eles têm caráter heterogêneo e não contemplam a história singular de cada sujeito e nem o potencial de risco individual. Um fator extremamente relevante levantado pelos pesquisadores diz respeito ao processo de subjetivação relacionado ao diagnóstico, que é entendido aqui como o paciente percebe as coisas e o mundo, como analisa os acontecimentos de sua vida e em que medida isso afeta seu corpo. Segundo os pesquisadores, o grau de conhecimento a respeito dos próprios sintomas pode influenciar o relato dos pacientes no momento da consulta que, por sua vez, pode interferir no diagnóstico. Em outras palavras, o paciente passa a se entender a partir de uma perspectiva sintomatológica médica, descaracterizando os acontecimentos de sua vida e a relação com seu estado atual.

Outro ponto a ser destacado se encontra na natureza progressiva dos transtornos, que parte de um estágio de risco para um estágio avançado e persistente. Os pesquisadores consideram que 50% das pessoas no mundo manifestam os primeiros sintomas do transtorno bipolar antes dos 21 anos (7–12 anos), sendo esse o principal motivo da presença da psiquiatria na vida dessas crianças. De todo modo, prevenindo ou retardando o início do quadro sindrômico durante a infância, as intervenções precoces dos transtornos mentais objetivam evitar impactos nas tarefas normais do indivíduo, principalmente o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, ou morte prematura por suicídio.

Em suma, os resultados dessa pesquisa corroboram com as propostas de vários outros autores no que diz respeito ao estado prodrômico e o curso progressivo dos transtornos mentais, especialmente do transtorno bipolar, onde o fator de risco mais significativo se encontra no histórico familiar. A farmacoterapia é extremamente indicada para as crianças que já apresentam a psicopatologia sintomática do transtorno bipolar, principalmente pelo alto risco de comprometimento cognitivo decorrente do transtorno.

Esta pesquisa, extremamente atual, nos mostra que até o presente momento a ciência se debate em busca de provas e explicações efetivas a respeito da natureza dos transtornos mentais. A maioria dos estudos e pesquisas são desenvolvidas com apoio da indústria farmacêutica; com médicos e cientistas profundamente ligados aos laboratórios farmacêuticos. De acordo com

Angell (2007; 2011; 2017), as indústrias farmacêuticas são grandes patrocinadoras de pesquisas envolvendo medicamentos e produtos médico/farmacêuticos, cooptando médicos e instituições. A autora afirma que a indústria farmacêutica gasta dezenas de bilhões de dólares com médicos e, em contrapartida, controla o modo como usam e avaliam seus produtos. Além disso, o envolvimento da indústria com os médicos catedráticos e as escolas médicas interfere na produção de conhecimento e nos resultados das pesquisas, desde o modo de atuação médica até a própria definição etiológica da doença.

Mesmo sem provas contundentes a respeito das causas dos transtornos mentais, esses estudos partem de premissas etiológicas genéticas, e se encontram alicerçados na perspectiva de riscos com potencial para destruírem a vida dos indivíduos que não aderirem ao tratamento psicofarmacológico. Um dado da biopolítica na nossa atualidade se revela nesse último estudo que analisamos na página 199 (*Early Intervention in Bipolar Disorder* - Intervenção precoce no transtorno bipolar), em que os pesquisadores declaram que ainda não é possível fazer um diagnóstico a partir da história de vida do sujeito, levando em conta os acontecimentos de sua vida que podem se relacionar com o atual sofrimento. Como estudos desse tipo são feitos a partir de grupos, a história do sujeito não entra para o diagnóstico, o que é levado em conta no momento da consulta são apenas seus sintomas, e mesmo assim a intervenção precoce e a terapia farmacológica são indicadas.

Nosso ponto consiste em ressaltar a fragmentação e orientação do discurso científico a partir da interferência de práticas e discursos biológicos atrelados à lógica do risco. Essa formação discursiva atravessa o campo científico e adentra o campo jornalístico que, muitas vezes, pautado pela gestão das informações sobre o risco, acaba hipervalorizando classificações que não têm bases epistemologicamente sólidas nem no próprio campo científico. Ou seja, superdimensiona questões com que os cientistas - desde os teóricos da degeneração (FOUCAULT, 2006a; CAPONI, 2012) - ainda se debatem, como etiologias que ainda não foram verdadeiramente comprovadas, testes genéticos que não demonstraram resultados concretos, escalas clínicas frágeis e sintomas heterogêneos. As informações vinculadas às novas patologias, aos novos medicamentos e às formas de prevenção e intervenção precoces levantadas no campo científico e divulgadas pelas mídias se pautam num futuro catastrófico, em doenças e sofrimentos que ainda não existem, mas que podem se manifestar, caso nada seja feito no presente. Ocorre um interessante jogo de inversão discursiva, onde o que ainda é questionável por uma parte da comunidade científica é transmitido como verdade inquestionável no campo jornalístico. Essa inversão – que é muito útil à indústria farmacêutica

-, disseminada e atualizada pela mídia, termina por reforçar premissas controversas e epistemologicamente problemáticas.

Em um modelo de sociedade que atribui carga gigantesca de responsabilização sobre os indivíduos pelo seu próprio bem-estar, sua saúde e gerenciamento de sua vida como um todo, os transtornos mentais passam a representar um mal individualizado e atomizado que deve ser contido. De maneira nenhuma pretendemos negar existência dos transtornos mentais e o sofrimento que trazem para o indivíduo e seu entorno. Sabemos, também, o quanto a utilização de alguns medicamentos ajudam essas pessoas a passarem pelo sofrimento e buscarem formas de simbolizá-lo, transformá-lo em linguagem e dar-lhes outro destino, seja pela análise ou pela arte. Nosso ponto crítico é a banalização da própria doença psíquica a partir do momento em que sofrimentos cotidianos - inerentes à condição humana (como lutos, perdas, dúvidas, medos, dificuldades e, até mesmo, características próprias ligadas ao contexto individual e cultural dos sujeitos, como introversão, extroversão, entusiasmo, euforia) - passam a ser medidos em termos de diagnóstico e interpretados como transtorno.

O campo jornalístico tem papel relevante ao traduzir e transmitir para o público informações do campo científico. Grande parte do jornalismo que trabalha com temas da saúde baliza suas informações na lógica do risco e na proposição de novos modelos de comportamento, hábitos cotidianos e gerenciamento de si. Os textos seguem certos padrões próprios ao jornalismo (frases curtas, vocabulário acessível etc.) que favorecem uma estruturação da condução de condutas segundo determinadas formações discursivas, no sentido foucaultiano. Podemos pensar numa racionalidade governamental que se exerce a partir do próprio campo jornalístico. Como essa governamentalidade se relaciona discursivamente com a dimensão do campo científico, traduzindo em textos rápidos e linguagem simples, informações técnicas e complexas? Esse será o tema de nossa próxima seção.

4.4 GOVERNAMENTALIDADE DA SAÚDE MENTAL NA MÍDIA: TRAJETÓRIAS E DESDOBRAMENTOS DISCURSIVOS DO CONTROLE DO DEVIR

A lógica do risco nos possibilita entender os meandros da governamentalidade da saúde na mídia jornalística, tendo em vista que o risco representa um perigo iminente (CASTEL, 1983), porém dotado de certa reversibilidade, desde que controlado, administrado e gerido pelo indivíduo e pela sociedade. Robert Castel (1991) nos mostra que, na perspectiva do risco, a noção de sujeito concreto foi substituída por uma combinação de fatores abstratos e suscetíveis capazes de produzir riscos. A periculosidade torna-se bastante paradoxal: ao mesmo tempo que

implica uma característica intrínseca do sujeito ao afirmar que ele/ela é perigoso, trata-se de uma mera probabilidade, um *quantum* de incerteza. Segundo essa lógica, a imprevisibilidade é imanente ao comportamento patológico, e todo e qualquer indivíduo carrega em si uma ameaça, podendo ou não manifestá-la. Decorre daí uma nova maneira de vigilância que funciona de modo a antecipar e impedir o surgimento de algum evento indesejável, seja doença, anormalidade ou comportamento desviante.

Segundo Bertolini (2018), o risco está presente no biopoder, pois é compatível com o dispositivo da segurança da população que se caracteriza como uma forma de gerir casos, riscos, perigos e crises que a ameaçam. Sendo assim, o risco precisa ser calculado. Na perspectiva de nossa pesquisa, a segurança conta com a colaboração da mídia para alertar a população dos perigos a respeito dos transtornos mentais. É por meio da mídia que o discurso científico chega à população em seus diversos estratos sociais, trazendo alertas sobre os riscos a que uma criança está sujeita ao não ser diagnosticada na idade certa, não fazer uso da medicação sugerida para o transtorno do qual foi diagnosticada, para citar tópicos recorrentes neste estudo.

Essa formação discursiva é disseminada constantemente ao público através das mídias, promovendo a ideia de que é possível administrar a felicidade e controlar o futuro a partir de ações preventivas no presente. A apropriação midiática das ideias de qualidade de vida e gestão do risco, como nova regulamentação da vida, tem crescido em importância na nossa época. A possibilidade de banir os perigos que rondam o corpo e a saúde dos indivíduos parece ser o sonho que rege nosso mundo. Os mecanismos disciplinares de outrora (FOUCAULT, 2008a) não saíram de cena, mas foram readaptados pela lógica do risco através de ideários normativos de conduta, em que padrões de comportamento e novas condutas desejáveis para uma vida saudável são propostos como forma de controle do devir. Nas terapêuticas de saúde mental e vida saudável preconizadas atualmente, as prescrições medicamentosas equivalem ao prolongamento das disciplinas no interior do corpo.

Cuidar do corpo e da mente equivale a ser responsável, honesto íntegro, normal. Foucault (2008b) nos mostra que, a partir do século XVII, a morte e tudo o que a ela estivesse associado passa a ser interpretado como falha moral, vergonha, fraqueza. O foco agora é em torno da vida, de seu prolongamento, de sua melhoria. Nessa perspectiva, o governo da vida com sua lógica discursiva do fazer viver encontra-se imiscuído no campo jornalístico, disseminando informações a respeito do que comer, qual tipo de exercício físico praticar, quais comportamentos são saudáveis, quais são indícios de transtornos mentais, qual idade certa para cada etapa de desenvolvimento infantil etc. Aquilo que não condiz com as estratégias biopolíticas do fazer viver é considerado errado, anormal, perigoso e, em última instância,

associa-se com a loucura. Por outro lado, o que conjuga com tais estratégias consolida-se como obrigatório, regra a ser seguida.

Nesse quadro, que vem se constituindo desde a década de 1970, os próprios indivíduos, e não mais o Estado, devem zelar pela sua saúde e responsabilizar-se pelos riscos que podem afetar o seu bem-estar (PETERSEN, 1997). O futuro saudável e a qualidade de vida dependem unicamente das escolhas itinerárias que os indivíduos fazem. O indivíduo, como empresário de si, deve adotar atitudes responsáveis e calculadas em relação aos riscos e perigos em sua vida. Deve se informar a respeito da sua saúde, da melhor maneira de se autorregular, de melhorar sua performance, sua alimentação, sua qualidade de sono; quais exercícios físicos praticar, quais remédios tomar em caso de doença, quais doenças, que problemas determinados sintomas representam e como tratá-los, etc. Esse indivíduo neoliberal é livre para fazer suas escolhas e traçar seus itinerários, desde que leve em conta os riscos e perigos que comportam cada decisão. Conforme nos mostram Caliman e Tavares (2013), nessa realidade competitiva, onde a saúde tornou-se mais um bem a ser administrado, os corpos saudáveis e não saudáveis têm assumido cada vez mais o significado de identidade normal e anormal respectivamente.

Apesar da maciça divulgação sobre os diversos tipos de doenças e as maneiras de evitá-las, quando elas se manifestam trazem consigo o emblema de uma falha moral, de que algo no nível da responsabilidade e racionalidade própria não está funcionando. Como, em tese, os indivíduos são dotados de livre arbítrio para construir uma vida longe dos riscos, das doenças e dos infortúnios, eles podem explorar ao máximo seu potencial de autonomia para gerir-se e operar transformações em si mesmo a fim de se aperfeiçoarem física e mentalmente. Nesse quadro, a doença significa falta de cuidados adequados com a saúde ou má gerência de riscos - deste modo, uma forma de irracionalidade (LUPTON, 1999), uma vez que têm liberdade de escolha para gerir e garantir a manutenção da própria vida.

O sujeito das relações de poder dos nossos dias é o empresário de si mesmo, que deve fazer valer a exigência cada vez mais voraz de optar pela perfeita administração de sua saúde. Mas essas escolhas, traduzidas pelo conceito de liberdade, na verdade são induzidas por uma racionalidade que se constitui a partir de formações discursivas de ideários de saúde, gerenciamento de riscos e padronização de estilos de vida - em suma, para um modelo ideal de comportamento governamentalizável. A saúde, então, é concebida no interior de uma formação discursiva subordinada a uma racionalidade governamental, cuja autoridade última se expressa através dos peritos do corpo: médicos, psicólogos, psiquiatras e profissionais da saúde. Não se trata de não cuidar ou não promover a saúde, mas, sobretudo, de normatizar esse cuidado e transformá-lo em regra geral desconsiderando as particularidades de cada sociedade e,

consequentemente, de cada indivíduo. Uma das maiores características do biopoder é a descrição e através dela, ele age diluído em mecanismos de poder. Assim, as estratégias biopolíticas que se encontram nos meios de comunicação, redes sociais, organizações como a própria ABDA, trazem o discurso universalizante da norma em relação aos cuidados com a saúde, aos comportamentos e todo modo de agir e, até mesmo, sobre as subjetividades dos sujeitos.

Para compreendermos o conceito de “formações discursivas”, precisamos nos ater ao que Foucault entende por discurso. O discurso é um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva: ele se constitui de enunciados e relações colocados em funcionamento; por outro lado, os sujeitos não são origem ou causas do discurso, mas efeitos discursivos - ao mesmo tempo que falam, são falados (FOUCAULT, 1986). O enunciado em si não constitui uma unidade: ele é um acontecimento que não se esgota na língua e nem no sentido é “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 1986, p. 98). Os enunciados não são palavras, frases ou proposições, mas formações que podem ser vistas quando se destacam de seu *corpus*. Os enunciados soltos que encontramos expostos nos textos jornalísticos a respeito da saúde mental, por exemplo, estão inscritos em um determinado dispositivo de poder e repartem-se de acordo com outros enunciados de determinadas formações discursivas, principalmente os da medicina. Uma de principais características do enunciado, que requer nossa atenção no momento de leitura de um texto ou uma notícia, é que ele não está completamente explícito/óbvio, mas, também, não está totalmente oculto. Portanto, quando demarcamos uma formação discursiva, trazemos algo do enunciado à tona. Por outro lado, quando descrevemos enunciados procedemos à individualização de uma formação discursiva (FISCHER, 2011). Segundo Foucault:

Por sistema de formação é preciso, pois, compreender um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (FOUCAULT, 1986, p. 82).

De acordo com Fischer (2011), essas formações devem ser vistas dentro de um espaço ou campo discursivo, datadas e localizadas, o que quer dizer que estão sempre em relação com determinados campos de saber. Para Foucault, a formação discursiva é vista como princípio de dispersão e repartição dos enunciados que rege o que pode e o que deve ser dito dentro de determinado campo, funcionando como uma matriz de sentido. Portanto, as “coisas ditas”, não

são ditas ao acaso, mas se encontram completamente amarradas às práticas de poder e saber de seu tempo. Tratar do conceito de prática discursiva em Foucault significa falar de acordo com regras determinadas, fazendo emergir as relações que se dão dentro de um discurso. Nesse sentido, quando nos referimos ao discurso psiquiátrico, por exemplo, afirmamos que ele compreende um conjunto de enunciados que se apoia num determinado sistema de formação discursiva, cujos falantes se reconhecem, já que as significações lhes aparecem como naturais, próprias e conhecidas. Ao mesmo tempo, falamos, também, de relações de poder-saber que possibilitaram à psiquiatria um lugar privilegiado para garantir a defesa das sociedades de qualquer fato que possa representar uma ameaça à ordem interior, seja o crime, seja o alcoolismo, a loucura ou a degeneração da raça (CAPONI, 2012).

As formações discursivas não são alheias ao tempo, mas delineiam um sistema de regras que teve que ser colocado em prática para que determinado objeto ou estratégia se modificasse sem deixar de pertencer ao mesmo discurso. Portanto, analisar o discurso - no nosso caso, o discurso psiquiátrico - significa analisar as relações históricas e práticas concretas vivas no discurso atual e constantemente atualizadas por dispositivos de poder e segurança, como o DSM (CAPONI, 2014). O discurso da degeneração, de que tratamos no início desse trabalho, e todas as teorias daí derivadas e planteadas a respeito da hereditariedade, dos anormais e sua herança mórbida, bem como todas as proposições de ideais de homem, não foram suprimidos, mas atualizados e readaptados à ciência do nosso século e ao seu discurso vigente, a partir de paradigmas biológicos articulados ao campo da genética, dos diagnósticos e padrões de comportamentos formulados sob o binarismo normal-patológico.

De acordo com Fisher (2001), tudo é prática em Foucault, e tudo está imerso em relações de poder-saber. Portanto, enunciados, textos, instituições, até mesmo atos de falar, ver, etc. constituem práticas sociais que se encontram inteiramente vinculadas às relações de poder que as autorizam e as atualizam. Nesse sentido, o discurso ultrapassa a mera nomeação das coisas ou sua expressão: ele apresenta regularidades que possibilitam definir uma rede conceitual própria. As regras e as formações dos conceitos não pertencem aos sujeitos, nem residem em suas mentes; elas se encontram no próprio discurso, impondo-se a todos os que falam dentro de determinado campo discursivo. Portanto, falar em “realidade objetiva” implica compreender que a realidade se constrói por dentro de uma trama discursiva, de práticas sociais em suas continuidades e descontinuidades históricas – imersas em relações de poder, produzidas discursivamente e produtoras de discursos e saberes.

Analisar as continuidades e descontinuidades do discurso psiquiátrico que atravessa o século XIX e se reatualiza nas sociedades contemporâneas nos exige atenção para sua

composição. Além dos enunciados, o discurso é formado por práticas muito concretas, sendo a linguagem constitutiva dessas práticas, o que significa dizer que o discurso não é algo estático, com estruturas permanentes, mas uma prática social que sempre se produz em determinadas relações de poder (FOUCAULT, 1986). Os laços entre as palavras e as coisas não são tão fortes e o discurso não pode ser tratado apenas como um conjunto de signos, mas como “práticas que formam sistematicamente os objetos que falam” (FOUCAULT, 1986, p. 55). Uma vez que os enunciados foram ditos, eles são instaurados numa determinada formação e serão reutilizados de outras maneiras, tornando-se outros, justamente porque constituem e modificam as próprias relações sociais (FISCHER, 2011). Desta maneira, Foucault nos orienta a observar a formação e transformação dos discursos em nossa época, para que, então, seja possível apanhar a história de um dado objeto e apreendê-lo como um acontecimento, que surge num determinado tempo e lugar. Temos que levar em conta seus pontos de partida, suas discontinuidades, transformações, contradições, novos usos, esquecimentos e, até mesmo, apagamentos.

As práticas atuais da psiquiatria, aliadas à indústria farmacêutica, formam uma espécie de contrato terapêutico entre a saúde mental e a economia, com vistas a aumentar a produtividade e construir subjetividades a partir de modulação de hábitos saudáveis, vigilância e gerência de si e consumo de psicofármacos. Essas relações se estabelecem através de práticas discursivas que, como vimos, colocam em funcionamento os mesmos procedimentos da anatomoclínica como parâmetros de construção de saber e de construção diagnóstica. No século XIX, elas partiam de investigações biológicas a respeito da matriz genealógica dos pacientes; hoje, o ponto de largada ainda é o mesmo, mas integrado às últimas descobertas dos campos da biomedicina, da genética e da neurologia.

Na contemporaneidade, o campo da saúde mental se configura nesse novo modelo de gestão da vida através do que é apregoado pelos peritos do corpo e difundido pelas mídias. O discurso sobre a loucura, ou como Foucault (2010e) dizia, da medicina do não patológico, emerge com outros significados e significantes, mas dentro da mesma formação discursiva. A partir da proposição de práticas de cuidado de si, esse discurso se articula entre os perigos que rondam o campo do mental – preconizados pelas neurociências e pela psiquiatria – e a responsabilização que os sujeitos devem ter para com sua vida, seu corpo, seus negócios, ou seja, sua empresa. Os enunciados de várias fontes (psiquiatria, pedagogia, biomedicina, psicologia, farmacologia, economia, política) são reprocessados, colocando essa pluridiscursividade do social numa luta pela imposição de sentido travada entre vários discursos (FISCHER, 2011), pela conquista desse modelo ideal de comportamento governamentalizável.

O indivíduo autônomo idealizado pela modernidade na verdade tem um raio de ação delimitado para poder realizar suas escolhas, além de depender dos discursos técnicos de especialistas de cada um dos campos que citamos acima para lhes indicar qual o melhor caminho a seguir, qual o melhor comportamento a adotar, a melhor dieta a fazer, o melhor profissional a consultar. O indivíduo tem sua autonomia assistida, como denominou Ehrenberg (2004, p.151), pois a disciplina não desapareceu, mas se encontra embutida nessa suposta autonomia, tornando-se “um elemento a partir do qual somos medidos, como o era antes a disciplina. Não se tem que tomar a autonomia por uma substância, uma realidade; é uma linguagem, e como tal, é alguma coisa normativa, que implica expectativas”. Portanto, essa indexação da autonomia pelo discurso médico traz certas delimitações que massificam as singularidades, ao mesmo tempo que não deixa uma única estrutura na qual se possa responsabilizar um agente por qualquer consequência desastrosa, a não ser o próprio indivíduo. Nesse quadro, há um paradoxo entre autonomia e escolha própria:

Do lado da autonomia, o paradoxo consiste no fato de que, com o desenvolvimento do individualismo e da radicalidade da crítica moderna a todas as determinações sobre os indivíduos, hoje em dia, vivemos uma cultura na qual, de fato, as pessoas se sentem cada vez menos submetidas, de maneira superior a sua vontade, a princípios, normas, valores, etiquetas e ideais. Todos nós somos mais autônomos do que nunca para fazermos as nossas escolhas. Tudo depende das escolhas que fazemos. Isso aparentemente faz com que devêssemos nos sentir mais autônomos, mais capazes de decidir. Mas curiosamente – aí é que está o paradoxo – numa cultura onde todo mundo é autônomo, a grande parte das pessoas se sente desassistida, precisando da assistência de alguém que diga o que deve fazer, qual é a escolha certa. Aí entram os experts em tudo, com o “discurso competente”, que explicam à mãe se ela deve ou não dar comida de sal “na marra”, ou se deixa o filho escolher, explicam que tipo de roupa é adequada para suas pretensões sociais, que tipo de música se deve escutar. Isso causa uma espécie de enfraquecimento de algo fundamental na vida de todo mundo que é a possibilidade de sentir a marca pessoal nas escolhas. Nós nos sentimos instados por uma força anônima, que nos conduz a querer fazer as coisas certas, adequadas (BEZERRA, 2007).

Nesse cenário, as relações entre poder e liberdade se tornam muito mais complicadas, já que é o próprio exercício do poder que baliza a liberdade. A liberdade de ação não mais se configura como busca individual ou coletiva, mas torna-se um imperativo da racionalidade neoliberal. Para Caliman e Tavares (2013), a atual exigência de liberdade não tem provocado a irrupção de subjetividades mais livres no mundo; ao contrário, nesse processo, a liberdade é conduzida pelo mercado, pelo consumo e pela capitalização da vida e direcionada para a construção de modos de vida saudáveis e seguros. Como afirma Foucault (1995), o exercício do poder consiste em conduzir condutas e ordenar possibilidades, estruturando o campo de

ações dos outros, objetivo que se materializa nas formações discursivas a respeito da saúde e adoção de modelos de vida saudável e segura.

Nesse contexto, a dimensão jornalística teve papel fundamental na condução de condutas e estruturação de modelos de comportamentos e cuidados de si, pautados pelo bom gerenciamento de capital informativo. De entrevistas com especialistas às últimas descobertas sobre dos transtornos mentais, o jornalismo propaga modelos de subjetivação a partir de informações sobre o modo como as pessoas podem operar mudanças de hábitos e comportamentos considerados nocivos pelos *experts* em risco. Com pretensões didáticas, para melhor compreensão das audiências, o jornalismo aspira ao papel de educador da opinião pública (CHARAUDEAU, 2013). No entanto, observamos que a dimensão discursiva do jornalismo parece ignorar as estratégias biopolíticas veiculadas entre os conteúdos que, de início, pretendem apenas informar a população a respeito de seu estado de saúde, do comportamento infantil ou da maneira mais saudável de se viver a vida. No arcabouço discursivo da medicalização da vida e da infância, o discurso jornalístico ocupa um papel marginal, uma vez que os jornalistas são agentes sociais e partilham da cultura que já aceitou a medicalização como parte da vida.

Investidas pela lógica da responsabilização pessoal e do risco, as conduções de conduta assumem caráter de “dicas” ou “conselhos para uma vida melhor”, que englobam diversas esferas da vida: superar problemas e enfrentar as dificuldades no trabalho, no casamento, na família, na criação dos filhos; identificar sintomas de TDAH (ou outros transtornos mentais) nos filhos(as); identificar comportamentos de risco; desenvolver alegria e tranquilidade; assumir uma vida mais saudável, indicações de especialidades médicas para cada situação do cotidiano, etc. As matérias analisadas a seguir ilustram e comprovam o alcance desse discurso pautado pela lógica do risco e do comportamento governamentalizável.

No campo da saúde mental e comportamental da infância, a revista Crescer de novembro 2014 lançou a matéria “Como reconhecer os sinais do TDAH”⁹⁶. Ela apresentava os sintomas mais frequentes de acordo com estudos estatísticos e probabilísticos e alertava pais e mães para o início do transtorno, que pode ocorrer antes dos 5 anos. No mesmo ano, a Crescer publicou “TDAH: porque ele atinge mais os meninos?”⁹⁷. O primeiro parágrafo da matéria já trazia diversas informações em tom assertivo, como se fossem verdades comprovadas cientificamente: afirmava que o TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas,

⁹⁶ Acessar matéria completa: <<https://revistacrescer.globo.com/Crianças/Comportamento/noticia/2014/11/como-reconhecer-os-sinais-do-tdah.html>>

⁹⁷ Acessar matéria completa: <<https://revistacrescer.globo.com/Mae-de-meninos/noticia/2014/04/tdah-por-que-ele-atinge-mais-os-meninos.html>>

que aparece na infância, atinge 5% das crianças e pode seguir pela vida toda. Um trecho da entrevista com o psiquiatra Paulo Mattos, um dos fundadores da ABDA, afirmava que a diferença na prevalência do transtorno entre meninos e meninas era mais visível no ambiente clínico (ambulatórios e consultórios), do que nos dados de estudos epidemiológicos. A explicação era que os meninos apresentavam mais sintomas de hiperatividade e “incomodavam mais” (Crescer, 2014), enquanto que as meninas apresentavam mais sintomas de desatenção, por isso a necessidade de fechar um diagnóstico por volta dos 6 ou 7 anos.

Na esteira da condução de condutas e estruturação de modelos de comportamentos e cuidados de si, a matéria “As sete atitudes positivas para uma vida melhor”⁹⁸, do jornal Folha de São Paulo, apresentava 7 posturas a serem adotadas para melhorar a qualidade de vida como um todo. As dicas versavam sobre a limpeza da casa, passando pela valorização do tempo, até o cultivo de sentimentos, como a gratidão. Em 2017, no mesmo jornal, a matéria “Psicólogo cria kit de reparo para descontentamento no casamento”⁹⁹, inferia que as pessoas buscavam nos cônjuges a mesma proteção e apoio que antes eram compartilhadas pelas grandes famílias, pela igreja ou clubes, e apresentava soluções para o fortalecimento da relação amorosa, como mudanças de comportamento diário, adotar um comportamento mais carinhoso e dócil, demonstrar gratidão, elogiar, controlar a ansiedade.

No campo da saúde, as dietas e o controle emocional parecem ser a tônica para uma vida saudável, não importa qual o lugar do mundo. A matéria “Os segredos de 5 dos países com maior expectativa de vida”¹⁰⁰ publicada na Folha de São Paulo em 2017, comparava os hábitos de vida do Japão, da Espanha, de Cingapura, da Suíça e da Coreia do Sul, países que se destacaram no Índice Mundial de Felicidade de 2017, de acordo com a matéria. Independente da cultura local, da economia do país ou da quantidade de habitantes, a orientação “global” era adotar uma dieta rica em tofu, peixes, azeite e vinho, fibras e fermentados, praticar exercícios físicos regularmente e, conforme a filosofia budista, manter conexão com o presente. Segundo a matéria, basta seguir esse estilo de vida para ter mais longevidade e afastar riscos de doenças físicas e mentais.

Além de uma vida regrada e da adoção de hábitos saudáveis, o controle do cérebro se apresenta como um grande indicador de saúde. São várias as possibilidades que os *experts*

⁹⁸ Matéria completa: < <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/miriangoldenberg/2020/01/as-sete-attitudes-positivas-para-uma-vida-melhor.shtml>>.

⁹⁹ Acessar matéria completa: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/10/1923758-psicologo-cria-kit-de-reparo-para-descontentamento-no-casamento.shtml>>.

¹⁰⁰ Matéria completa: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/08/1910296-os-segredos-de-5-dos-paises-com-maior-expectativa-de-vida.shtml>>.

recomendavam para controlar o cérebro e mantê-lo saudável: dietas a base de ômega-3, chá verde, chá preto, meditação, boa leitura, exercícios, música clássica, sol, e uma boa qualidade de sono¹⁰¹. Aliadas às mudanças no estilo de vida, existem substâncias capazes de melhorar a performance do cérebro, tratar sintomas de alguns transtornos mentais e mantê-lo protegido de doenças. É o que diz a matéria “Cientistas descobrem substância capaz de barrar pensamentos indesejados”¹⁰², publicada no Estadão em 2017. Através de ressonância magnética, os cientistas descobriram que as pessoas que tinham grandes concentrações do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), conseguiam ter maior controle de si em situações de estresse, além disso, apontaram a eficácia do GABA no tratamento de transtornos de ansiedade, depressão, esquizofrenia e distúrbios de aprendizagem. Mesmo essa substância sendo produzida pelo próprio cérebro em combinação com o neurotransmissor glutamato, os cientistas recomendavam a sua suplementação, pois ele age como preventivo contra o aparecimento de diversos transtornos mentais, ou diminui os sintomas daqueles que já se manifestaram.

Personalidades midiáticas também servem como perfis identitários de modelação das subjetividades com dicas infalíveis sobre dietas, superação de problemas, até maneiras de se vestir e se comportar. Na matéria “Os 10 alimentos para o cérebro”¹⁰³, publicada pelo Estadão em setembro de 2015, além dos alimentos que prometem manter o cérebro jovem e protegido de doenças, havia uma entrevista com dois nutricionistas a respeito da cantora britânica Adele Laurie Blue Adkins, mais conhecida como Adele, que perdeu 30 quilos após adesão ao vegetarianismo e o abandono de hábitos nocivos, como o tabagismo e o sedentarismo. Os nutricionistas mostravam os perigos do emagrecimento sem acompanhamento médico, e reforçavam a importância da prescrição médica no planejamento de uma rotina de exercícios conciliada com uma dieta adequada. O exemplo de Adele foi trazido como modelo de superação e guarda continuidades com outros protótipos da estrutura individualizante de responsabilização pessoal como núcleo irredutível. A partir das falas dos nutricionistas, a obesidade (e seus problemas associados) era colocada como um somatório de falta de informação, vontade própria, organização e planejamento.

De acordo com Bertolini (2018), o poder nutricional se coaduna ao biopoder, uma vez que segue os mesmos preceitos do poder médico. O nutricionista, assim como o médico, pode

¹⁰¹ Matéria completa: < <https://epocanegocios.globo.com/Vida/noticia/2016/05/7-habitos-diarios-para-manter-seu-cerebro-saudavel-segundo-um-neurocientista.html>>.

¹⁰² Matéria completa: < <https://emails.estadao.com.br/noticias/bem-estar,cientistas-descobrem-substancia-capaz-de-barrar-pensamentos-indesejados,70002071338>>.

¹⁰³ Matéria completa: <<https://emails.estadao.com.br/blogs/vigilante-da-causa-magra/dez-alimentos-para-o-cerebro/>>

se converter em instrumento do controle político para o disciplinamento da saúde e dos corpos da população. O poder nutricional transita entre mecanismos biopolíticos e disciplinares, já que a alimentação pode estar a serviço da saúde da população (biopolítica) e na disciplina alimentar do sujeito (disciplina).

Nesse contexto podemos observar que a mudança sugerida parte sempre de uma perspectiva individual, de certa assunção para com todas as escolhas de vida, centradas apenas na responsabilidade e o comportamento próprio, como se não houvesse nenhum elemento social, político, cultural ou histórico envolvido que pudesse atrapalhar, ou mesmo impedir a construção e desenvolvimento dessa performance empreendedora capaz de traçar o próprio destino. Alain Ehrenberg (2010) nos chama atenção para o quadro simbólico que é representado por essas personalidades midiáticas e seu impacto nos sujeitos neoliberais. Se, antes do neoliberalismo, os indivíduos admiravam seus ídolos e personalidades famosas à distância e continuavam com suas vidas e rotinas laborais, com o advento do neoliberalismo, os indivíduos foram imbuídos do sentimento do *self made man* e investidos de meios para converterem-se em seu próprio modelo ético e moral de sucesso, ou seja, se converterem naquilo que admiram. A contemporaneidade abre espaços para que a figura do herói assuma um papel fundamental na vida do indivíduo. O trabalhador não é apenas o indivíduo contratado por uma empresa, que vende sua força de trabalho em troca de seu salário, mas um batalhador que luta sozinho e diariamente pelo seu sucesso pessoal. O indivíduo bem sucedido é aquele que assumiu a responsabilidade integral por sua vida e conseguiu, heroicamente, vencer todas as batalhas que a vida lhe apresentou, seja no trabalho, na família, nas relações pessoais, ou consigo mesmo. Nesse sentido, manter-se saudável e dentro dos padrões estéticos estabelecidos culturalmente, cuidar do corpo e da mente, também são sinônimos de sucesso e dedicação, iniciativa, eficiência e autonomia.

Nesse processo, a infância é o terreno mais propício para a modulação da subjetividade pela incorporação de características auto responsáveis e formação de hábitos saudáveis. A escola e a família precisam estar atentas para prevenir qualquer sinal de doença e perigo. Médicos e alguns especialistas que lidam com a infância ensinam pais e mães a reconhecerem quando algo no comportamento da criança não vai bem. Na matéria “Prevenindo o déficit de atenção”¹⁰⁴, publicada em abril de 2014 pelo Estadão, o psiquiatra entrevistado diz que é possível prevenir o TDAH condicionando o cérebro ludicamente. Como o nosso cérebro pode ser treinado, pais e mães podem fazer isso através de brincadeiras.

¹⁰⁴ Matéria completa: < <https://emails.estadao.com.br/blogs/daniel-martins-de-barros/prevenindo-o-deficit-de-atencao/>>

A adolescência também se apresenta como período delicado e que pede atenção. No entanto, essa atenção deve ser redobrada quando o sinal de alerta vem do lado das meninas. É o que nos mostra a matéria “Cuidado com as garotas”¹⁰⁵, publicada em outubro de 2016 pelo Estadão. A matéria trazia dois estudos realizados com meninas, um nos EUA e outro no Reino Unido. A pesquisa americana afirmava o oposto da outra matéria, e dizia que as meninas se encontram no grupo mais vulnerável a transtornos mentais. Numa amostra de 2 mil meninas de 8 a 13 anos de idade, 40% tinham diagnóstico de TDAH. Para os pesquisadores da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA), nos EUA, essa condição eleva os riscos de gravidez na adolescência, baixo desempenho escolar e abuso de drogas. Além disso, outros transtornos, como ansiedade, depressão, transtorno desafiador opositivo (raiva, hostilidade, dificuldade de lidar com regras), distúrbios de conduta e violência foram mais comuns no grupo de meninas com TDAH. A outra pesquisa, feita pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*) no Reino Unido, mostrava que as adolescentes britânicas estavam se tornando o grupo com mais problemas com o álcool. A pesquisa revelava que as meninas têm maior propensão a desenvolver transtornos mentais, como depressão e automutilação, e que uma em cada quatro enfrentará essas questões ao longo da vida. Ao final da matéria, o alerta: pais e escolas devem ficar atentos, avaliar com frequência o comportamento das garotas e procurar ajuda quando necessário.

Segundo Denise Maurano (2017), na Antiguidade as questões femininas foram, num primeiro momento, atribuídas ao útero, *hystera*. As angústias e perturbações de toda ordem eram vistas como um mistério que habitava o corpo da mulher. Com Hipócrates, 460-377 a.C., essas perturbações foram imputadas à falta de sêmen devido à ausência de relação sexual; com Platão, 428-347 a.C., à falta de filhos.¹⁰⁶ O útero errante era a causa e origem dos sintomas

¹⁰⁵ Matéria completa: < <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cuidado-com-as-garotas,10000081060>>

¹⁰⁶ De acordo com Nunes (2010), a noção da histeria surgiu com Hipócrates, em meados do século IV. Sua concepção, formulada como “sufocação da matriz”, retoma a ideia presente no antigo Egito, de que o útero, ou *hystero*, seria um organismo vivo dotado de certa autonomia e capacidade de deslocamento no interior do corpo da mulher. As inúmeras doenças femininas seriam decorrentes dos deslocamentos do útero que, ao se movimentar pelo corpo, se fixava em outros órgãos, causando ansiedade, dores, paralisias, tonturas etc. A teoria hipocrática afirmava que a histeria, como uma doença feminina, era consequência da falta de relações sexuais. Mais adiante, Platão reforça a ideia do útero como uma entidade viva, cujos deslocamentos advinham do desejo em gerar filhos. A tradição grega instaurou a histeria como uma questão exclusivamente feminina, representante do desejo de gerar, fato que era impensável no campo masculino. No período da Idade Média, a teoria de “sufocação da matriz” foi substituída por pensamentos mágicos, e a sintomatologia atribuída à histeria passou a ser pensada como possessões demoníacas, problemas de bruxaria que deveriam ser resolvidos pela igreja. Por volta do século XVII, a histeria ressurgiu no campo médico, com duas correntes distintas. De um lado, acreditava-se na etiologia uterina, de outro, começavam a esboçar as primeiras teorias neurológicas da histeria ao defenderem que sua sede seria o cérebro, a partir de disfunções do sistema nervoso. Os precursores do ponto de vista neurológico sustentavam que o corpo, os nervos e o temperamento das mulheres eram mais frágeis e,

femininos como ansiedade, angústia, tonteira, vômito, desmaios, enxaquecas, perda da fala, paralisias, convulsões e etc. Quando Freud percebeu a impotência da medicina para lidar com a histeria, ele passou a atender essas mulheres e compreender a histeria não como uma patologia, mas como um modo de subjetivação, uma maneira de ser e estar no mundo, “de fazer laços e de operar com o desejo, funcionando como uma curiosa defesa frente à falta inerente à condição humana, uma vez que viver é sempre estar em busca de algo” (MAURANO, 2017).

No entanto, com a psiquiatria biológica, a histeria passou a ter uma abordagem cada vez mais biológica e fisicalista. Seu lugar foi sendo ocupado por categorias diagnósticas referidas a uma série de transtornos. São diversas as tentativas da psiquiatria em localizar nas diferenças de gênero a prevalência de transtornos mentais desde sistemas de estratificação, como casamento, maternidade, sexualidade, até as questões biológicas, anatômicas e hormonais. O estudo realizado por pesquisadores dos Estados Unidos e Reino Unido em 2016, “*Are female children more vulnerable to the long-term effects of maternal depression during pregnancy?*” (As crianças do sexo feminino são mais vulneráveis aos efeitos a longo prazo da depressão materna durante a gravidez?), afirmava que a depressão materna pré e pós-natal se revelava mais severamente em meninas, porque os fetos femininos são mais vulneráveis a altos níveis de glicocorticóides maternos. Uma das possibilidades da depressão materna atingir o feto é através da transmissão alterada de cortisol pela placenta. O objetivo da pesquisa era investigar se a depressão pré-natal materna atingia mais as meninas e conferia um risco maior de desenvolver depressão adolescente em meninas do que em meninos. As hipóteses eram de que, aos 18 anos, as meninas de mães deprimidas no pré-natal seriam mais suscetíveis à depressão

portanto, elas eram mais suscetíveis a adoecer. Dessa maneira, a concepção da histeria se fixou no território das mulheres, sendo reforçada ao longo dos séculos XVIII e XIX com os estudos sobre as diferenças entre os sexos. A concepção da diferença entre os sexos acreditava na existência de diferentes essências entre o homem e a mulher, fato que fora determinante na divisão dos papéis e funções masculinas e femininas. O casamento e a maternidade selaram o destino das mulheres, e estas se tornaram objetos privilegiados de intervenção e controle. A partir de então, a sexualidade entrou para os domínios da biopolítica, que visava a reprodução e produção de corpos saudáveis e disciplinarizados. Esse período inaugura o processo de medicalização do corpo feminino, que passou a ter sua sexualidade, comportamento e hábitos vigiados e controlados. As mulheres que não se adaptavam ao projeto da maternidade eram classificadas como histéricas. No século XIX, Morel (1809-1873) inaugura a teoria da degenerescência, sugerindo que a histeria era uma desordem dos nervos, portanto, uma forma de degeneração psíquica, hereditária ou adquirida. As maiores disputas em torno da etiologia da histeria foram travadas por Jean Martin Charcot (1825-1893) e Hyppolyte Bernheim (1837-1919). Charcot entendia a histeria como uma alteração do sistema nervoso, com etiologia hereditária, portanto, fruto de alguma degeneração, e que era impelida por traumas e choques mecânicos. O tratamento que ele sugeria era a hipnose, pois ela seria capaz de revelar a latência dessa doença. Bernheim defendia o caráter psicológico e relacional da histeria ao advogar que ela era produto direto da sugestão, e no lugar da hipnose, recomendava a sugestão como forma de tratamento. No século XX, Freud propõe a hipótese que desloca a histeria do campo somático para o psíquico, no entanto a assimilação da histeria ao binômio hereditariedade-degenerescência não acabou, sua hipótese apenas separou seus adeptos do campo da psiquiatria. A psiquiatria alemã com Emil Kraepelin (1856-1926) reforça a tese da histeria como afecção mental, abrindo caminho para que sua sintomatologia fosse revista no campo da demência precoce, da esquizofrenia, dos estados crepusculares, dos estados maníacos ou melancólicos.

do que os meninos de mães deprimidas no pré-natal. Segundo os pesquisadores, mesmo com uma série de limitações, como dados ausentes, baixo poder estatístico nas interações entre depressão e gênero; confusões que podem impactar o desenvolvimento da depressão em jovens, como a qualidade da criação e envolvimento afetivo materno, influência de outros cuidadores, recidiva e remissão da depressão materna que não foram contabilizadas nos momentos da coleta de dados, os resultados da pesquisa apontaram que a prevalência em meninas foi de 10,6% e em meninos, 4,3%.

Outro estudo que também procura vincular o discurso da loucura ao feminino foi publicado em 2017 por dois pesquisadores da Universidade da Pensilvânia. Intitulada “*Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach*” (Transtornos de ansiedade entre mulheres: uma abordagem de expectativa de vida feminina), a pesquisa longitudinal traz uma série de variantes biopsicossociais que influenciam tanto na gravidade dos sintomas, como na prevalência dos transtornos mentais entre as mulheres. De acordo com os pesquisadores, os sintomas variam em decorrência de diferentes fases de vida e fatores hormonais, puberdade, período menstrual, gravidez, pós-parto e menopausa. As mulheres têm mais chances de desenvolver diversos transtornos, como ansiedade social, síndrome do pânico, depressão, distúrbios de humor comórbidos. A Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas avaliou mais de 43.000 adultos nos Estados Unidos usando os critérios do DSM-IV e encontrou uma prevalência de 5,67% para mulheres e 4,20% para homens.

Um ponto interessante dessa pesquisa é a descrição de cada um dos principais transtornos de ansiedade, focando nas diferenças sexuais. As mulheres apresentam mais chances de desenvolver TAG (transtorno de ansiedade generalizada), que se caracteriza por preocupação constante, inespecífica e de difícil controle. Esses sintomas seguem ao longo da vida e têm prevalência maior entre mulheres (cerca de 6%) do que entre homens (cerca de 3%). Comparadas aos homens, as mulheres geralmente apresentam queixas somáticas, como fadiga, tensão muscular ou sintomas gastrointestinais. A caracterização desse conjunto de sintomas é a mesma que Maurano (2017) aponta nos estudos de Freud sobre a histeria, mas que a atual classificação de transtornos mentais retirou do DSM (assim como o termo neurose, colocando em seu lugar apenas transtornos dissociativos e somatoformes). Ao final desse estudo, os pesquisadores alegam que, mesmo que o DSM-5 não classifique mais o transtorno de estresse pós-traumático e o obsessivo-compulsivo como transtornos de ansiedade, existe uma rica literatura sobre eles entre as mulheres.

A partir das matérias jornalísticas que apresentamos acima, podemos observar como as informações a respeito da saúde são apresentadas pelo campo jornalístico. Entrevistas com

especialistas, recortes de pesquisas científicas, novas descobertas sobre doenças e suas correlações com hábitos de vida, sexo e gênero, tudo isso é traduzido e processado por uma linguagem operacional que tem como objetivo primeiro fazer com que os leitores reconheçam os sintomas e procurem o médico diante de uma situação de perigo. A dimensão jornalística nos apresenta uma ciência sem limitações como porta voz de uma verdade desvinculada desses processos históricos e políticos. A condução de condutas, imiscuídas nas formações discursivas de seus textos, é orientada por valores de uma vontade de verdade que privilegia determinadas formas e modelos de vida como as únicas válidas e possíveis.

O discurso do corpo saudável e da saúde perfeita reifica a lógica do risco e a constituição do indivíduo responsável e autônomo. As formas de ser e estar no mundo não mais carregam as marcas singulares de cada indivíduo, mas são traduzidas em comportamentos de risco que devem ser reconduzidos pelas condutas oferecidas pelos especialistas. Na mídia tradicional, o discurso sobre a saúde se configura como construção de modelos de vidas saudáveis apresentados ao público como a maneira mais segura de cuidar de si próprio e evitar toda sorte de infortúnios. Os sujeitos são levados a adotar medidas restritas, seguras e previsíveis de ação para com seu próprio corpo, saúde, relacionamentos - em outras palavras, adotar uma nova subjetividade. Na medida em que o sujeito transita de uma posição dócil e passiva para uma posição reflexiva e ativa, onde é responsabilizado integralmente pela sua vida, a governamentalidade da saúde se faz possível. A partir de formações e práticas discursivas que, como diz Foucault (1986, p. 2018), “tomam corpo em técnicas e efeitos”, os sujeitos são formados - ou melhor, os sujeitos são seus efeitos. Os efeitos dos discursos aventados pela dimensão discursiva do campo científico sobre a saúde mental e propalados na dimensão jornalística, desde as práticas discursivas (conhecimento sistemático) às não discursivas (práticas correspondentes)¹⁰⁷, vão se inscrevendo nas superfícies dos corpos e remodelando as subjetividades dos sujeitos.

Nessa conjuntura, em que a mídia tradicional reivindica o protagonismo na divulgação dos discursos científicos para o público em geral, atuando como um verdadeiro dispositivo pedagógico (FISCHER, 2002)¹⁰⁸ de aprendizados sobre modos de existência, maneiras de

¹⁰⁷ Em *História da Loucura* (2010a), Foucault analisou o discurso do século XVIII sobre a loucura e percebeu uma descontinuidade entre a época clássica e a modernidade. Segundo Fischer (2001), essa ruptura diz respeito ao discursivo, ou seja, ao conhecimento sistemático sobre a loucura e, também, ao não-discursivo, às práticas médicas correspondentes. Dessa maneira, a analítica foucaultiana nos permite atentar para as rupturas operadas nos discursos e nas práticas.

¹⁰⁸ A mídia, segundo Fischer (2002) pode ser analisada como um dispositivo discursivo, já que produz saberes e discursos, e ao mesmo tempo não discursivo, uma vez que está em jogo uma complexa trama de práticas veiculadas na TV, jornais, revistas em uma dada sociedade e cenário social e político.

comportar-se e modos de constituir a si mesmo, uma outra instância discursiva nos possibilita observar a produção de significações, a elaboração e os efeitos desses discursos nos sujeitos, bem como as relações que se constroem a partir deles. A dimensão discursiva do senso comum, retratada nos grupos e páginas do Facebook, nos permite observar mais de perto os múltiplos processos de atribuição de sentido às formações discursivas psiquiátricas e sua circulação entre os sujeitos.

Na próxima seção, analisaremos as imbricações dessa relação de mão dupla - dimensão discursiva do jornalismo com a dimensão científica - e seus efeitos nos sujeitos, pais e mães de crianças diagnosticadas com TDAH tanto no que tange a produção e circulação discursiva, como na construção de subjetividades.

4.5 DO DISCURSO JORNALÍSTICO AO SENSO COMUM: A CONSTRUÇÃO DO SENTIDO E SEUS EFEITOS

Iniciaremos este tópico levantando alguns dos pontos problemáticos da complexa relação entre a dimensão discursiva do campo científico e a dimensão discursiva do jornalismo que incidem fundamentalmente na transposição, tradução e produção dos textos midiáticos pautados por pesquisas científicas. Num segundo momento, analisaremos a circulação, assimilação e reapropriação desse discurso pelo senso comum.

De acordo com Bueno (2009, p. 162), a comunicação científica e a divulgação científica não são a mesma coisa. A primeira se dirige ao grupo de especialistas, tanto entre pares científicos ou entre especialistas de outras áreas. A segunda, a divulgação científica, tem como alvo o público leigo. A divulgação científica compreende a “utilização de recursos, técnicas, processos e produtos (veículos ou canais) para a veiculação de informações científicas, tecnológicas ou associadas a inovações ao público leigo”. Por sua vez, a comunicação científica “diz respeito à transferência de informações científicas, tecnológicas ou associadas a inovações e que se destinam aos especialistas em determinadas áreas do conhecimento”. Ainda que os dois conceitos possuam características similares e se reportem à divulgação de informações em ciência, tecnologia e inovação, na prática eles trazem aspectos distintos, como o perfil do público, o nível do discurso, a natureza dos canais ou ambientes em que serão veiculados, assim como a intenção explícita de cada processo específico.

A comunicação científica visa, basicamente, à disseminação de informações especializadas entre os pares, com o intuito de tornar conhecidos, na comunidade científica, os avanços obtidos (resultados de pesquisas, relatos de experiências, etc.)

em áreas específicas ou à elaboração de novas teorias ou refinamento das existentes. A divulgação científica cumpre função primordial: democratizar o acesso ao conhecimento científico e estabelecer condições para a chamada alfabetização científica (BUENO, 2010, p. 5).

Segundo Bueno (2009, 2010), o perfil do público também se difere entre esses dois conceitos de difusão científica. Nos processos de comunicação científica, o público está identificado com os especialistas, ou seja, são pessoas que por sua formação têm familiaridade com determinados temas e conceitos apresentados. No segundo bloco, o da divulgação científica, encontra-se o público que não possui formação que lhe permita decodificar jargões e conceitos técnico-científicos. O nível do discurso científico entre a divisão proposta por Bueno também apresenta diferenças. No caso da comunicação científica não há necessidade de fazer concessões em termos de decodificação do discurso especializado, pois leva-se em consideração que os jargões e conceitos são compartilhados por seu público. No caso da divulgação científica, o público leigo não tem familiaridade com conceitos e jargões técnico-científicos, uma vez que não é alfabetizado cientificamente no tema em questão. Aqui, faz-se necessário a decodificação ou recodificação do discurso especializado, o que pode alterar e até mesmo comprometer a precisão das informações, acarretando em leituras equivocadas ou incompletas.

Em relação à natureza dos canais ou veículos de transmissão das informações científicas, sua publicação está associada às divulgações pela imprensa, confundindo-se com a prática do jornalismo científico, o que não é correto, afirma Bueno (2009), uma vez que ela não se restringe à mídia. A divulgação científica pode alcançar uma audiência bastante ampla, como em programas de TV aberta brasileira, internet e redes sociais; ou pode se circunscrever à um grupo restrito. De todo modo - e esse é um ponto importante destacado por Bueno, a divulgação pela imprensa, que acontece graças ao jornalismo científico, concebe instâncias adicionais de mediação. A fonte de informação – que pode ser o cientista, o pesquisador e etc., sofre a interferência de um agente – o jornalista ou divulgador – e de uma estrutura de produção (que traz especificidades a depender do tipo de mídia e suas propostas de divulgação). Geralmente, essa mediação interfere na divulgação, podendo comprometer a qualidade da informação, uma vez que alguns fatores intervêm nesse processo. Em grande parte, o jornalista ou divulgador não possui capacitação técnica para o processo de decodificação ou recodificação do discurso especializado. Nesse caso, o processo de produção jornalística pode favorecer a espetacularização da notícia, procurando maior audiência em detrimento da precisão ou integridade da informação. Tanto a decodificação do discurso especializado ou a ressignificação

dos conteúdos especializados podem propiciar a incompreensão entre fontes e divulgadores/jornalistas.

Nesse sentido, Bueno (2009) aponta para a relação entre divulgação científica e poder e nos mostra que, na maioria das vezes, o campo do jornalismo ignora ou desconsidera interesses subjacentes à produção científica, como se os produtos e processos tecnológicos não se constituíssem como mercadorias valiosas. Inclusive, grandes empresas multinacionais avançam sobre a mídia para colocar em circulação mensagens de seu interesse. Em grande parte das mídias, observa-se com frequência a reprodução de releases de empresas e grandes corporações que se aproveitam dos meios de comunicação para fazer valer seus interesses comerciais. No que diz respeito à medicalização da vida e da infância, é exatamente isso que ocorre com a divulgação acrítica e nociva da indústria farmacêutica e médicos a ela afiliados. Travestidas de informação sobre a saúde ou desenvolvimento infantil, grande parte das matérias publicadas nos meios de comunicação e republicadas nas mídias sociais, trazem implícitos os interesses comerciais e financeiros da indústria farmacêutica, bem como de ascensão profissional dos médicos e especialistas envolvidos. De acordo com Bueno (2009, p. 122), os profissionais do jornalismo médico e científico precisam se dar conta dessa realidade, sobretudo com a “ação da indústria da guerra, de alguns representantes da indústria farmacêutica e da nefasta indústria tabagista, conhecida por sua truculência, seu comportamento pouco ético e pela tentativa insistente de manipular a opinião pública”. Uma vez que o campo jornalístico tem como objetivo informar e trazer a público fatos, notícias e conhecimento, ou seja, produzir e colocar conhecimentos em circulação, “o jornalista científico, comprometido com o seu tempo, deve estar disposto e capacitado a enxergar além da notícia” (BUENO, 2009, p. 124).

De acordo com Charaudeau (2013), toda a informação produzida no campo jornalístico parte do princípio de transmitir um saber, com a ajuda de determinada linguagem, para um receptor que, presume-se, não o possui. Entretanto, quando nos referimos à linguagem, não estamos tratando apenas dos sistemas de signos internos a uma língua, mas de todo um sistema de valores que orientam o uso desses signos dentro de situações de comunicação particulares. Charaudeau (2013, p. 33) se refere à linguagem enquanto ato de discurso que está intrinsecamente ligado à maneira pela qual se “organiza a circulação da fala numa comunidade social ao produzir sentido. A informação implica processo de produção de discurso em situação de comunicação”.

As informações produzidas no campo jornalístico teriam como objetivo informar o cidadão. No entanto, Charaudeau nos alerta sobre um ponto de vista ingênuo a respeito dessa questão. A começar pelo modelo de comunicação, que é o mesmo do senso comum. Este se

assenta numa visão tecnicista do mundo social, que pressupõe uma instância de transmissão (um mediador ou sistema intermediário) capaz de fazer circular um determinado saber entre a própria realidade (fonte de informação) e o receptor. A fonte de informação seria o lugar de onde derivariam as informações. Da mesma maneira, o receptor seria aquele capaz de registrar e decodificar “naturalmente” essas informações, sem que a questão da interpretação ou os efeitos subjetivos daí decorrentes fossem problematizados. O segundo problema reside no fato de não existir uma unidade de medida ou um agente encarregado de averiguar os efeitos produzidos pelas informações. Com efeito, considera-se que a instância de transmissão garanta uma transparência fidedigna entre a fonte e a recepção. Portanto, esse modelo define a comunicação como um circuito fechado entre a emissão e a recepção, baseado numa relação simétrica entre o emissor, cuja tarefa seria codificar a mensagem, e o receptor que a decodificaria. Nesse modelo homogêneo, não há espaço para os efeitos da intersubjetividade inerente e constitutiva das trocas humanas, a comunicação se transforma em mera informação, e esta, em simples transmissão de sinais.

Na prática, o processo se desenvolve de outras maneiras. Charaudeau nos mostra que a natureza dessas três instâncias, fonte-transmissão-receptor, e as relações que elas mantêm entre si, influenciam diretamente no tratamento e no entendimento das informações. A informação, ele diz, é pura enunciação, portanto ela não existe em si, independente da ação humana. Ela constrói saber que, em tese, é dependente do campo de conhecimentos que o determina, da situação de enunciação na qual se insere e do dispositivo no qual é posta em funcionamento. Portanto, o ato de informar traz algumas questões que precisam ser analisadas mais de perto.

Em primeiro lugar, no que concerne à fonte, além da questão da natureza da informação, coloca-se o problema de sua validade, isto é, o que constitui seu valor de verdade. Outra questão é a seleção da informação que se opera num conjunto de fatos que parecem impossíveis de transmitir em sua totalidade. Desse imbróglio, surgem questões complexas que Charaudeau elenca: em qual campo de significação social essa seleção deve acontecer e com quais critérios? Em torno de quais interesses esses critérios são definidos? Dos interesses do mediador ou do alvo? Existem garantias contra a subjetividade ou contra possíveis manipulações do mediador?

Em segundo, da parte do receptor é importante saber o que ele é e como atingi-lo, se ele tem algum conhecimento sobre as informações, se as informações irão despertar seu interesse, sua capacidade de compreensão, se tais informações terão os mesmos efeitos num espaço privado ou público. Outro ponto de igual importância é saber se existe a possibilidade de controle de uma informação quando ela é recebida, recolhida e posteriormente retransmitida fora do dispositivo inicial, e a imprevisibilidade dos seus efeitos decorrentes.

O terceiro ponto, o que aborda o tratamento da informação, também não é menos problemático. Ele se refere à maneira como é realizada a transposição dos fatos selecionados em linguagem, levando em conta o alvo predeterminado e a intenção de seus efeitos discursivos. A inteligibilidade da informação transmitida depende primordialmente das escolhas discursivas do sujeito informador, que seleciona certos fatos em detrimento de outros. A linguagem é cheia de armadilhas, aponta Charaudeau, por isso o sujeito informador deve ter ciência de suas gradações de sentido e dos seus diferentes valores enunciativos.¹⁰⁹ Além disso, a significação colocada em discurso se efetiva através de um jogo de dito-não-dito; explícito-implícito que não é tão evidente.

A partir das análises de Charaudeau, podemos colocar algumas questões a respeito das publicações jornalísticas que selecionamos para nosso trabalho. Que sistemas de valores orientam o uso dos signos que circulam nas informações dessas matérias? Sobre quais premissas se organiza a circulação das informações contidas nas matérias e visando quais interesses? Por exemplo, da matéria que analisamos, publicada em 2016 pela revista Crescer, “Transtorno do Espectro Autista (TEA): o Brasil precisa ligar a sirene de alerta!”, quais efeitos se esperava produzir a partir das informações ali contidas? Se o sujeito informador deve se perguntar, “não se é fiel, objetivo ou transparente, mas que efeito lhe parece produzir tal maneira de tratar a informação” (CHARAUDEAU, 2013, p. 38), quais critérios fizeram parte de suas escolhas de efeito de sentido, ou seja, de suas estratégias discursivas? Grande parte das matérias jornalísticas não traz questionamentos e reflexões a respeito do processo de medicalização que está em voga no cenário mundial, tampouco traz ao conhecimento público os diversos e catastróficos efeitos colaterais dos medicamentos prescritos sem necessidade verdadeiramente comprovada para crianças com seus corpos e cérebros em formação, também não investiga ou questiona os enunciados científicos, os interesses da indústria farmacêutica e todo o financiamento que existe por detrás das pesquisas científicas.

Na matéria “Cuidado com as garotas”, publicada em 2016 pelo jornal Estadão, quais foram os efeitos produzidos e quais valores enunciativos as estratégias discursivas questionaram? Charaudeau afirma que a informação constrói saber, então, qual saber foi possível de se construir a partir das informações dessa matéria e em qual campo de conhecimento ele se circunscreve? Ademais, com base em uma seleção discursiva, ao efetuar o tratamento da informação o sujeito informador escolhe os fatos em função do alvo

¹⁰⁹ Patrick Charaudeau (2013) discute que as formas linguísticas podem apresentar uma polissemia de sentidos (vários sentidos), ou sinonímia de sentidos (sentidos próximos), e que um mesmo enunciado pode ter diversos valores (polidiscursividade): valor referencial (descreve um estado de mundo), valor enunciativo (se refere a identidade e intenções dos interlocutores), valor de crença.

predeterminado, com o efeito que deseja produzir. Isso implica em reter e desprezar determinados fatos, ou seja, suas escolhas discursivas colocarão em evidência certos fatos e deixarão outros à sombra. No entanto, o que a matéria deixa à sombra é justamente o fato de que nas pesquisas científicas publicadas a esse respeito, as hipóteses testadas sofrem diversas limitações, inclusive a falta de estudo replicado, falta de dados claros e conclusivos, que ora afirmam que os meninos são mais suscetíveis aos graves efeitos dos transtornos mentais, como o TDAH, ora são as meninas. Efetivamente, o campo de valor da enunciação discursiva e sua velha tentativa de vincular a loucura ao feminino a partir do binômio hereditariedade-degenerescência e suas oscilações de hormônios e humor, fica de fora da seleção de fatos operada pelo sujeito informador. O que entra na ordem desse discurso são as proposições de uma medicina que se constituiu em torno de uma racionalidade que relaciona os comportamentos femininos à loucura, ao desvio, a doenças localizadas no interior do corpo da mulher.

Comunicar, informar, tudo é escolha. Segundo Charaudeau, essa escolha não se restringe apenas aos conteúdos que se deseja transmitir, mas, principalmente, aos efeitos de sentido para influenciar o outro. As escolhas das estratégias discursivas influenciam diretamente na produção do sentido do discurso que, no âmbito da informação, deve questionar sobre a mecânica da construção do sentido, sobre a natureza do saber que é transmitido e sobre o efeito de verdade que será produzido no receptor.

Charaudeau fala em “construção do sentido”, pois o sentido nunca é dado antecipadamente, mas construído numa troca social. Ele é acessível através de formas: toda forma remete a sentido e vice versa, numa relação recíproca. Para o autor, o sentido se constrói ao final de um duplo processo de semiotização que concerne a transformação e transação. No processo de transformação, o significado é atribuído às coisas e ao mundo, ou seja, transforma o “mundo a significar” em “mundo significado”, e o estrutura em categorias que se expressam por formas. Essas categorias nomeiam, qualificam, narram, argumentam e avaliam. O ato de informar se encontra nesse processo, pois, segundo Charaudeau (2013, p. 35) deve “descrever (identificar-qualificar fatos), contar (reportar acontecimentos), explicar (fornecer as causas desses fatos e acontecimentos)”. Já no processo de transação, o sujeito atribui uma significação psicossocial (um objetivo) ao seu ato de linguagem, levando em conta alguns parâmetros em relação ao destinatário-receptor: sua identidade (seu saber, posição social, interesses); os efeitos que intenciona produzir nele; a relação que pretende estabelecer com ele e o tipo de regulação em relação a esses parâmetros. O ato de informar participa desse processo, possibilitando a circulação do saber entre o sujeito informante e o receptor. Com isso, compreendemos que todo

discurso representa uma relação e que, por conseguinte, não existe informação desprovida de valor de crença, o que Charaudeau chama de “grau zero de informação”.

Como ato de transação, a informação não pode pretender, por definição, à transparência, à neutralidade ou à factualidade, uma vez que ela é dependente do tratamento que lhe é imposto nesse processo de transação e do tipo de alvo que o informador escolher. Elas serão interpretadas de acordo com dois tipos de saber, os saberes de conhecimento dos sujeitos (percepção objetiva e real do mundo) e os saberes de crenças (olhar subjetivo que o sujeito lança sobre o mundo). Em termos gerais, Charaudeau afirma que as crenças têm uma dupla função; funcionam como reguladoras das práticas sociais a partir da criação de normas efetivas de comportamento e, a partir de discursos de representação produzidos no âmbito do grupo social, avaliam esses comportamentos com a criação de normas ideais.¹¹⁰

Os saberes de conhecimento e os saberes de crenças se constroem no interior do processo de representações, que pode ser descrito como um conjunto de imagens que organizam o real e são transpostas em discurso ou outras manifestações comportamentais. As representações “apontam para um desejo social, produzem normas e revelam sistemas de valores” (CHARAUDEAU, 2013, p. 47). Dessa maneira, a interpretação de um enunciado depende dos muitos entrecruzamentos entre os discursos construídos numa determinada sociedade. Por isso, os efeitos interpretativos produzidos pelas matérias jornalísticas devem ser constantemente interpelados quando, ao invés de apontarem para os saberes de conhecimento, colocam em cena os valores de crença. Charaudeau nos atenta para o fato de que cada tipo de discurso tem o poder de modular seus efeitos de verdade de maneiras singulares, e o crédito que será dado a uma informação dependerá da posição social do informador, de seu papel social na relação de troca, de sua representatividade no grupo de pertencimento e seu engajamento.

Por definição, Charaudeau vai dizer que as mídias são um organismo especializado que tem como objetivo trazer a público fatos desconhecidos. Porém, como uma empresa em vigor dentro de uma economia liberal, ela também se define pela racionalidade comercial, com sua lógica concorrencial que atravessa a própria credibilidade da informação e tenciona posições ideológicas. A fim de captar a maior parte do público, as mídias recorrem a vários tipos de discurso, como o informativo, o propagandista, o científico, o didático, e todos os tipos dependem das condições específicas da situação de troca na qual ele surge. Portanto, segundo Charaudeau, as mídias fazem com que a verdade se fixe na opinião pública provisoriamente,

¹¹⁰ Em Charaudeau (2013), as normas ideais apontam para os imaginários de referência dos comportamentos (o que e como deve ser feito) e para os imaginários de justificativa dos comportamentos (se são bons ou maus).

para, então, dar espaço a outras verdades e outros discursos que, da mesma forma, irão se inscrever num quadro pragmático de ação e de influência.

O maior problema, conforme exemplificamos com as duas publicações jornalísticas acima, reside no fato que Charaudeau aponta, como responsabilidade das mídias, que muitas vezes, para captar atenção pública, transformam e descontextualizam as informações de origem, destacam certas partes de um fato e ignoram outras, alterando-o significativamente. Entretanto, “mesmo quando essas transformações não são voluntárias, as mídias deveriam questionar-se sobre a maneira pela qual todo discurso relatado impõe uma certa orientação interpretativa” (CHARAUDEAU, 2013, p. 257).

Se, no início deste trabalho acreditamos na possibilidade de encontrar um jornalismo independente, questionador e crítico do discurso psiquiátrico, ou ao menos, da assombrosa inflação diagnóstica que cerca a infância, nossas investigações nos mostraram outra realidade. Na esteira de toda a análise da dimensão jornalística realizada neste estudo, podemos depreender que o lugar ocupado pelo jornalismo no cenário da medicalização da vida e da infância não é central. No âmbito do fenômeno da medicalização da vida e da infância, o jornalismo não atua de forma independente ou imparcial, ao contrário, ele serve de reforço e complemento às convicções do discurso científico. Seu papel está mais para subsidiário do discurso científico do que aquele que supostamente pretende autonomia em relação a este. Os próprios jornalistas não demonstram autonomia na discussão, mas dependência do próprio discurso científico - psiquiátrico. Não se trata de colocar os jornalistas no papel de vilões que estão a serviço da indústria farmacêutica e do processo de medicalização; mas de constatar que eles são parte de uma mentalidade biopolítica e se encontram inseridos e atravessados por ela. Uma vez que o discurso é aquilo que atravessa os corpos, a dimensão jornalística é atravessada pelo biopoder. Nessa perspectiva, o campo do jornalismo é usado para defender posições que já estavam consolidadas desde a dimensão científica, especificamente a psiquiátrica. Ele funciona mais como um sistema de reafirmação do que como um sistema de debate. Através do jornalismo, o discurso científico e o discurso dos peritos do corpo adquirem a dimensão biopolítica de poder sobre as massas, conferindo cada vez mais uma configuração biológica/biologicista sobre a vida, suas etapas e acontecimentos.

Dada essa complexidade, nos cabe aqui investigar como esses discursos são transpostos e apropriados pela dimensão do senso comum. As análises de Charaudeau nos mostraram as dificuldades em se atingir uma palavra de verdade, de transmitir uma informação objetiva e, principalmente, de evitar sua espetacularização desviante. Como os discursos a respeito dos transtornos mentais na infância circulam pela dimensão discursiva do senso comum? Se o

panorama desta seção rascunha um pano de fundo mais amplo, trataremos a seguir da especificidade desses discursos no campo do senso comum, entre pais e mães de crianças diagnosticadas com transtornos mentais, principalmente o TDAH na comunidade social virtual do *Facebook* e na Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA.

4.6 DO DISCURSO JORNALÍSTICO AO SENSO COMUM: RECRUDESCIMENTO DA NORMALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E JOGOS DE VERDADE CONTEMPORÂNEOS

Rosa Maria Bueno Fischer (2002) desenvolveu o conceito de “dispositivo pedagógico da mídia” para compreender o *modus operandi* da mídia numa perspectiva foucaultiana. Segundo a autora, ao produzir imagens, significações e saberes que se dirigem à população, a mídia participa efetivamente da constituição dos sujeitos e subjetividades, traçando panoramas educativos e modelos de ser e estar na cultura em que vivem. A centralidade da cultura e os múltiplos processos de atribuição de sentido às práticas sociais não podem ser compreendidos desvinculados do amplo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação. Fischer nos mostra que os meios de comunicação contribuem enormemente para os aprendizados sobre os modos de existência. Nesse sentido, os modos de comportamento, modos de constituição de si mesmo; o que fazer com o próprio corpo, como educar os filhos, como se alimentar etc., fazem parte dessa teia que nos constitui e modelam nossas concepções a respeito dos negros, das mulheres, das camadas populares, dos portadores de deficiência, dos grupos religiosos, dos partidos políticos e assim por diante. A autora afirma que os espaços da mídia são lugares de formação, assim como a escola, a família e as instituições religiosas.

As mídias sociais também se constituem como dispositivos de formação de subjetividades e de veiculação e circulação de discursos medicalizantes e tecnologias políticas de regulação de corpos. Até mesmo as comunidades virtuais, como os grupos do *Facebook*, não se restringem a apenas informar as pessoas sobre os vários tipos de transtornos mentais, seus riscos e sintomas, mas permitem que os usuários troquem experiências, coloquem suas dúvidas, medos e inseguranças e, ponto fundamental, que sejam capazes de identificar os transtornos em si e nos outros. Os sujeitos são convidados a um exercício de auto-observação e reconhecimento de suas experiências a partir de uma perspectiva biomédica o que, de um ponto de vista foucaultiano, aponta para um lugar de saber e de produção de verdade sobre si mesmo balizados pelos discursos médicos.

Sendo o sujeito foucaultiano aquele que de alguma forma está submetido ao outro, ou seja, está assujeitado, seja submetido a si próprio (capturado em sua própria identidade) ou

mesmo através de práticas de dominação e normatização que implicam em relações de controle ou de dependência; o aparato discursivo das mídias sociais produz saberes e discursos ao mesmo tempo que produz práticas sobre “si mesmo”. Entretanto, essas práticas não podem mais ser vistas do mesmo modo que a noção de cuidado de si da Antiguidade greco-romana, ou seja, como uma constituição estética da existência em que as práticas de construção das subjetividades compreendiam o sujeito como aquele capaz de produzir suas próprias verdades – verdades estas que seriam resultantes da relação travada consigo próprio, mediadas pela temperança e pela justa medida.

O cuidado de si desse período se orientava pelo princípio de uma relação que o sujeito travaria consigo mesmo, numa prática reflexiva a respeito de suas condutas. O exercício em questão se assentava numa mudança do olhar, colocar o olhar sobre si mesmo, tendo como objetivos o conhecer-se, o transformar-se e constituir-se livre, não sendo dominado nem por si mesmo e nem por outrem. Nessa perspectiva, o cuidado de si está intrinsecamente emaranhado ao exercício político e às práticas cotidianas de liberdade, o que Foucault chamou de prática racional da liberdade, sem qualquer relação de cunho normativo ou caráter prescritivo (FOUCAULT, 2010c). A moral, nesse período, não objetivava um assujeitamento, ou seja, a produção do sujeito por meio de práticas de dominação e normatização. O princípio norteador se assentava na produção de subjetividade, na qualidade de modos de constituição de si (FOUCAULT, 2010c)

Na atualidade, essa noção é atravessada por enunciados de ordem moral, construída através de códigos de conduta, interdições e prescrições. Foucault (2006b) nos mostra como as apropriações morais da ascese cristã pelos códigos morais da ascese antiga produziram morais incorporadas ao saber pedagógico, psicológico e médico:

Na Antiguidade, a vontade de ser um sujeito moral, a busca de uma ética da existência eram principalmente um esforço para afirmar a sua liberdade e para dar a sua própria vida uma certa forma na qual era possível se reconhecer, ser reconhecido pelos outros e na qual a própria posteridade podia encontrar um exemplo. [...] Da Antiguidade ao cristianismo, passa-se de uma moral que era essencialmente a busca de uma ética pessoal para uma moral como obediência a um sistema de regras (FOUCAULT, 2006b, p. 290).

No final dos anos 1970, a política institucional passa a ser problematizada por Foucault a partir de modos de governar que convergem para a difusão de discursos impositivos de verdades. Discursos estes que privilegiariam determinados modos de governar e legitimariam suas próprias ações (GOMES; FERRERI; LEMOS 2018).

Com base na tessitura de Foucault, reiteramos que os discursos propalados pelas mídias sociais e comunidades virtuais encontram-se imbricados em dispositivos de verdade e dispositivos biopolíticos, e têm como objetivo controlar as práticas dos sujeitos e limitar suas escolhas (ou falsas liberdades), configurando um processo normalizador das subjetividades.

Para analisar o discurso veiculado nessas mídias e comunidades virtuais, bem como a troca de experiência entre os integrantes dessas comunidades, seguimos a etnografia virtual proposta por Christine Hine (2004, 2015), que parte de um estudo das práticas sociais na internet e seus significados para os participantes. Com Hine, compreendemos que as comunidades virtuais constituem-se como interface cotidiana da vida dos usuários, espaço de encontro que suscita novas formas de sociabilidade. Nesse sentido, deduzimos que não podemos minimizar ou colocar em segundo plano a condição digital da cultura contemporânea, a qual se espalha de modo gradual a todas as esferas das relações sociais.

A etnografia descreve um grupo humano e consiste na vivência prolongada em determinado lugar. Diversos estudos têm utilizado o método etnográfico para analisar a sociabilidade e a identidade online. No ambiente virtual, essa estratégia de estudo analisa a interação entre as pessoas (levando em conta seu caráter volátil, marcado por uma intensa entrada e saída desses espaços), as conversas simultâneas e a diversidade de contextos sociais (ANGROSINO, 2009). Na sociabilidade que se estabelece nas comunidades virtuais como o *Facebook*, a base de conexão se constrói em torno de um interesse em comum, em que os membros mantêm contato por um determinado período. O engajamento dos membros é bem diversificado: há os que participam ativamente, postando informações de interesse do grupo, lendo e comentando as mensagens e, também, aqueles que apenas observam, leem mas não interagem.

A etnografia virtual se caracteriza, então, pela análise de dados a partir da interpretação dos significados e funções das atuações humanas expressas em descrições ou explicações escritas e verbais; observação direta de um grupo particular de pessoas por um determinado período de tempo; abordagem multifatorial conduzida pelo uso de duas ou mais técnicas de coleta de dados de natureza quantitativa ou qualitativa a fim de triangular possíveis conclusões (HINE, 2004, 2015; ANGROSINO, 2009).

No entanto, se por um lado Hine trata as comunidades virtuais como a interface cotidiana da vida dos usuários, um espaço de encontro que possibilita novas formas de sociabilidade; por outro, jogos de verdade e modos de subjetivação atravessam esses espaços, trazendo o imperativo da psiquiatria para a (auto)constituição dos sujeitos. A partir das

pesquisas levantadas por Foucault (2010c; 2003b) sobre técnicas de si e processos de subjetivação, foi possível construir nossa análise.

Para Foucault (2003b), as relações saber-poder nos permitem entender como se estabelecem as conexões entre os sujeitos e os jogos de verdade, ou seja, o conjunto de regras de produção da verdade. Segundo Nardi e Silva (2005), jogos de verdade se referem ao conjunto de procedimentos que conduzem a uma verdade, e esta pode ser validada ou não a partir de seus princípios e suas regras, inaugurando, então, um regime de verdades que pode adquirir legitimidade social, sustentando e caracterizando uma determinada forma de dominação.

A análise das técnicas de si na atualidade nos possibilita compreender como determinadas verdades se relacionam a um conjunto de regras morais que, associadas, atuam de modo a sustentar e perpetuar a forma de dominação própria a nossa era. A sustentação e a perpetuação desse regime de verdades são viabilizadas a partir da legitimação dada pela própria sociedade. Em última instância, a verdade em Foucault se equipara à estruturação de lógicas específicas operacionalizadas pelos sujeitos com objetivos de compreenderem a si mesmos. Dessa forma:

A verdade é, portanto, produzida por indivíduos livres, que organizam um certo consenso e que se encontram inseridos em uma rede específica de práticas de poder e de instituições que as impõe e legitimam. Se a produção de verdade refere-se ao saber que os indivíduos utilizam para compreender a si mesmos, cada verdade sustenta, ao mesmo tempo, um ideal para cada grupo, cultura e sociedade. As verdades produzidas vão servir como justificativa tanto para as formas de dominação quanto para as formas de resistência que marcam os modos de subjetivação de cada contexto (NARDI; SILVA, 2005)

O processo de subjetivação construído pelas redes sociais virtuais, reflexo de um tipo de relação entre técnicas de dominação sobre os outros e sobre si mesmo, coloca os jogos de verdade intrínsecos à lógica medicalizante e normalizante no contexto mesmo do processo de medicalização.

Em comunidades e redes sociais virtuais como a plataforma *Facebook*, nossas observações nos permitem inferir que elas se configuram como formas de subjetivação da atualidade, uma vez que atuam na construção da subjetividade do sujeito (FOUCAULT, 2010c). A problematização acerca dos processos de subjetivação suscitados por Foucault nos permite analisar os modos como essas redes operam, no sentido de viabilizar o relacionamento dos sujeitos com o regime de verdades próprio ao período atual - em outras palavras, como o conjunto de regras que define a nossa sociedade é vivenciado.

De acordo com Nardi e Silva (2005), as técnicas de si, das quais os sujeitos se apropriam para se definirem, não são por eles criadas, mas são esquemas que encontram na cultura, e

podem ser sugeridas ou mesmo impostas. Nossa análise mostra que as redes sociais virtuais, como o *Facebook*, disponibilizam um verdadeiro arsenal de cuidados e técnicas de si¹¹¹, ocupando um lugar privilegiado na constituição do sujeito contemporâneo. A tecnologia política efetivada nessa plataforma permite que as técnicas de si se configurem como um dispositivo privilegiado de normalização. A partir das publicações, das interações entre usuários, de relatos de sintomas, bem como os diagnósticos clínicos disponibilizados sobre os membros (adultos ou crianças) identificados com algum transtorno psiquiátrico, das matérias jornalísticas (sem lastro científico comprovado e com conflitos de interesse ocultos), das trocas de situações cotidianas enfrentadas por pais e mães de crianças diagnosticadas com TDAH, a constituição da subjetividade vai se processando de modo contínuo e persistente a partir de “clicks”.

O controle vai se produzindo por intermédio da interiorização da norma, sustentando-se em “modos de dominação dependentes da construção da ideia de uma interioridade única, singular e autônoma do sujeito” (NARDI; SILVA, 2005, p.96). A ilusão de interioridade ofusca ou mesmo invisibiliza tais dispositivos, promovendo uma verdadeira intromissão da norma em todas as esferas da vida. Finalmente, a construção da subjetividade - análoga a uma modelagem - se produz a partir de um processo de normalização, com o objetivo último de propiciar homogeneização das formas de existir e supressão da alteridade. Os sujeitos passam a se ver a partir dos jogos de verdade do campo da psiquiatria, assim como também passam a ver seus semelhantes. As informações que circulam no *Facebook*, de certa forma, permitem aos sujeitos identificarem em si e nos outros traços e características de possíveis transtornos mentais. É na perspectiva da legitimidade da verdade que o argumento científico entra na cena política.

Nessa concepção, é o discurso psiquiátrico da busca de anormalidades neuroquímicas - materializadas no comportamento - que categoriza determinados comportamentos como anormais ou não. Dessa maneira, podemos observar como o caráter totalizante dos discursos psiquiátricos resulta numa serialização e normalização dos modos de existência e da própria noção de infância. A legitimidade de verdade conquistada por esse saber (que se arroga sobre a essência humana) no jogo de poder e verdade da atualidade adquire ação impositiva abrangendo a vida em todas as suas etapas, com maior predomínio na infância, atuando como um poderoso exercício biopolítico. O cuidado de si, apoiado em discursos medicalizantes e

¹¹¹ As técnicas de si, tal como foram laboradas por Michel Foucault, não podem ser separadas do cuidado de si. Segundo Foucault, elas representam o conjunto de tecnologias e experiências que cooperam junto ao processo de constituição e autoconstituição e modificação do sujeito (NARDI; SILVA, 2005).

presentificado em técnicas, estratégias e formas de sujeição, transforma-se, então, em dispositivo de normalização.

A falsa ideia de liberdade e autonomia que o Facebook traz – através da possibilidade de inúmeras trocas entre os usuários, sem as barreiras geográficas e temporais – é ainda mais nociva do que se imagina, uma vez que ela limita o sujeito a escolher entre aquilo que está dado, inviabilizando qualquer possibilidade de olhar a infância sem as lentes dos transtornos mentais contidos nos DSM. As conversas e publicações dos membros giram em torno de diagnósticos, desabafos, dúvidas, sintomas, remédios e novas descobertas genéticas a respeito dos transtornos mentais. Os efeitos de grupo e noções de comunidades que se produzem no *Facebook* parecem evocar sentimentos de pertencimento e amparo frente ao diagnóstico recebido, aos terríveis efeitos colaterais produzidos pelas medicações e ao estigma social que enfrentam diariamente. Essa temática será abordada em profundidade no próximo capítulo.

5 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA NA ESFERA VIRTUAL

Qualquer tentativa de fazer do sintoma psíquico um equivalente do sintoma corporal puro é fadada ao fracasso, pois o psíquico é indissociável do falar, que é uma experiência que sempre inclui o outro. Não é como a constelação de sintomas que surgem, por exemplo, em uma apendicite (VERAS, 2014)

Nos capítulos anteriores procuramos descrever e analisar a trajetória discursiva do processo de medicalização da vida e da infância, desde a dimensão discursiva do campo científico até seus desdobramentos para o campo da mídia tradicional. Partindo de uma análise foucaultiana do discurso, encontramos elementos que permitem a produção e a manutenção da teoria psiquiátrica da degeneração na circulação discursiva sobre os transtornos mentais na atualidade. Nossa análise nos permitiu observar a prescrição de práticas, valores e justificativas apregoadas pelos peritos do corpo que se desdobram para a dimensão do discurso jornalístico. Traçamos um panorama desses desdobramentos discursivos desde suas relações com o DSM e as classificações psiquiátricas, as tentativas de traduzir comportamentos em déficits neuroquímicos, bem como o envolvimento da indústria farmacêutica na produção de pesquisas.

Nesse capítulo, iremos verificar a última dimensão dessa trajetória discursiva: o senso comum. Num primeiro momento, analisaremos a constituição do discurso do biopoder e o reforço de suas estratégias a partir dos peritos do corpo representados pela ABDA, bem como o envolvimento de seus membros (médicos e afins) com a indústria farmacêutica. A ABDA trabalha no sentido de “sensocomunizar” o discurso científico, com objetivos escusos de divulgação de medicamentos, revelando a materialidade da dimensão biopolítica de poder sobre as massas.

Dessa maneira podemos constatar os efeitos desse percurso discursivo que possibilitou com que as convicções do discurso científico e médico se desdobrassem para o campo discursivo do jornalismo e, aqui na dimensão discursiva do senso comum, são capazes de produzir significados e valores hegemônicos pautados na biologização e medicalização de comportamentos sem precedentes.

Partindo de uma etnografia virtual nas mídias e redes sociais (comunidades do Facebook), podemos acompanhar as discussões dos usuários em torno dos diagnósticos, medicamentos, déficits neuroquímicos, idas e vindas de consultórios médicos em busca de respostas para os comportamentos de suas crianças. Nas discussões veiculadas nestas mídias é possível identificar o discurso psicopatológico e sua busca insistente pelo fundamento no modelo biológico da psiquiatria e das neurociências, numa tentativa de suprimir a crise de

paradigmas da contemporaneidade, atendendo a interesses mercadológicos de grandes corporações. Se por um lado essas comunidades sociais virtuais possibilitam o encontro, o apoio mútuo e a troca de experiências; por outro, reproduzem e reforçam o discurso psicopatológico fundamentado numa visão biologicista e fisicalista exercendo papel crucial na produção de subjetividades de acordo com padrões de normalidade/doença. A partir de mensagens trocadas entre pais e mães das comunidades virtuais que selecionamos, iremos analisar como o modelo biomédico é propalado nas redes sociais, e como a dimensão do senso comum lida com as premissas do discurso científico.

Durante o período de 2014 a 2017, acompanhamos os conteúdos postados por essas famílias e os mantivemos na íntegra, preservando o modo de escrita e as ilustrações dos participantes. Ainda que esses conteúdos estejam visíveis para os mais de 44 mil membros, e que para participar do grupo basta pedir para ser membro, decidimos preservar a identidade dos participantes e colocamos abreviaturas fictícias em seus nomes, mantendo apenas a data original em que a postagem foi feita.

5.1 PERITOS DO CORPO: A DISSEMINAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO NAS REDES SOCIAIS

Monique de Saint Martin (2008) traça um panorama a respeito de grupos dirigentes na França, enfatizando as transformações, as recomposições, reconversões e a internacionalização crescente das elites, o que contribuiu para o entendimento sobre os atores em torno da medicalização da vida e da infância.

As progressivas transformações que se deram com a mundialização da economia, a constituição da União Europeia, privatizações, liberalização econômica, emergência de novos modos de ação coletiva etc. trouxeram a marca da incerteza como significante mestre da sociedade francesa. Esse cenário favoreceu um crescimento relativo do poder dos experts, ou dos consultores, dos jornalistas e dos meios de comunicação.

No que tange a questão da diferenciação entre os termos elite, categoria dirigente, categoria favorecida, grupo dirigente, classe dirigente, classe dominante; Saint Martin nos esclarece:

Se destacamos o fato de que esses grupos preocupam-se sobretudo com a manutenção, ou mesmo com a reprodução, de seus recursos e de seus privilégios, bem como da ordem social, falaremos mais propriamente de grupo dominante. Ao falar de grupo dirigente, o destaque recai sobre o fato de que esses grupos participam da produção

da sociedade e de sua modernização [...] nos dois casos, esses grupos sempre devem administrar a tensão dominação/direção e se inscrevem na dupla dialética das relações de classe. Para dar conta destas tensões, talvez fosse conveniente falar de grupo dominante/dirigente (SAINT MARTIN, 2008, p. 47).

Compartilhando das investigações de Saint Martin acerca das elites e seu modo de atuação, nossa análise se refere aos atores que orbitam ao redor do processo de medicalização como “peritos do corpo”, ou seja, “elites” que permitem e/ou impulsionam seu crescimento. Saint Martin nos mostra que, apesar das críticas, a noção de elites foi a mais utilizada nas pesquisas em ciências sociais ao final do século 20 e início do século 21. Ela serviu de alternativa aos conceitos de classe dirigente, classe dominante ou categoria dirigente ou dominante que eram utilizados nas décadas de 1960 a 1980. Para a maioria dos pesquisadores, o termo “elite” caracteriza todos os que se encontram no topo da hierarquia social, exercendo funções importantes que são valorizadas e reconhecidas publicamente através de vantagens, como grandes rendas, diferentes formas de privilégio e prestígio¹¹²

Essas elites ocupam posições de poder político, administrativo, econômico, militar, cultural e religioso. Elas não se constituem apenas pela soma do conjunto dos grupos ou dos atores que ocupam posições dominantes nos cenários político, econômico e administrativo; e também não se restringem a uma categoria da estratificação social. Elas têm um raio de ação que ultrapassa essas fronteiras, uma vez que propõem modelos de comportamento, detêm sistemas de valores e interesses, constituem grupos de influência e, às vezes, de pressão (SAINT MARTIN, 2008). A autora nos mostra que a maioria dos estudos franceses a respeito das elites trata sobre origem social, formação escolar, universitária, sobre trajetórias sociais e as carreiras profissionais de membros dos diferentes grupos dirigentes, mas raramente sobre os discursos produzidos.

Nesse sentido, nossa pesquisa procurou contemplar a articulação dos discursos produzidos pelos peritos do corpo (elites) no campo científico e suas interfaces com os campos do jornalismo e do senso comum. Conforme demonstrado nos capítulos 3 e 4, os discursos produzidos pelos peritos do corpo - entrelaçados a interesses corporativos e econômicos - têm grande capacidade para prescrever ações, valores e influenciar a abordagem a respeito dos transtornos mentais. Apesar de uma rede de atores envolvidos direta e indiretamente no

¹¹² O uso da noção de elites não significa adesão à teoria das elites (Pareto, Michels, Mosca, etc.) que se constituía em oposição ao marxismo e que nega a diferença entre os regimes democráticos modernos e os regimes aristocráticos do passado. Ela sugere, pelo menos quando a noção é utilizada no plural, que a sociedade em que estas elites se inserem é diversificada e que o regime político é pluralista, por oposição a um conjunto social que seria relativamente homogêneo (notadamente no caso de uma ditadura) (SAINT MARTIN, 2008, p. 49).

processo de medicalização da vida e da infância insistir sobre a ausência de favoritismo teórico sobre essas abordagens, há uma clara sintonia e reciprocidade entre suas diretrizes diagnósticas e as teorias psiquiátricas e neurocientíficas, principalmente as que tratam do TDAH. Marcia Angell (2007; 2009) nos mostrou o envolvimento inadequado da indústria farmacêutica na elaboração dos DSM e com sua equipe de força-tarefa, além de pesquisadores que tiveram suas pesquisas financiadas pelos mesmos laboratórios farmacêuticos, médicos e psiquiatras que obtiveram vantagens, prêmios e visibilidade ao promoverem remédios.

Vimos com Foucault (2014) que o que está em jogo nesse discurso, ou melhor, na vontade de verdade do objeto, é desejo e poder. Saint Martin (2008) também nos mostrou que o poder se apresenta quando mobilizado em uma relação, e quando se concretiza em um peso exercido sobre outrem. Nesse sentido, existem grandes interesses políticos e econômicos imiscuídos nesses discursos, e a interpelação fisicalista e biologicista, que minimiza a experiência subjetiva, encontra-se emaranhada nas três dimensões discursivas que analisamos, promovendo uma necessidade urgente de tratamento precoce e prometendo eficácia através dos inúmeros remédios produzidos anualmente. A produção discursiva das abordagens dos transtornos mentais, especialmente o TDAH, tem suscitado questões de extrema importância a respeito do modo como compreendemos os sujeitos, os comportamentos, a noção de infância e os acontecimentos da vida. A procura pelo estabelecimento de uma linguagem técnica e universal que relacionasse as condições mentais ao aparelho neurológico está presente desde os primórdios da psiquiatria. No entanto, apesar dos avanços das neurociências, que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida daqueles que realmente necessitam de tratamento para doenças neurológicas, a procura incessante pelo deciframento dos transtornos mentais em um correlato material cerebral continua sem sucesso.

5.1.1 Os peritos do corpo no tecido virtual: psiquiatras acadêmicos e a tradução dos postulados psiquiátricos no *Facebook*

A ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção foi uma das comunidades virtuais que analisamos e que representa com maestria o discurso e atuação dos peritos do corpo. Conforme abordamos nas seções 2.4.3 e 3.2.1 desta pesquisa, ela possui um site e uma página no Facebook. O site¹¹³ descreve todo o trabalho da Associação, desde sua fundação, seus princípios, valores e missão, publicação de artigos, passando por indicação de profissionais

¹¹³ Endereço do site: < <https://tdah.org.br/> >

associados (médicos, psicólogos e fonoaudiólogos), informações e descrições do TDAH, prescrição de tratamentos, de venda de livros e doações de cartilhas do TDAH até eventos por todo o Brasil. A página do Facebook é aberta ao público, e qualquer um pode curtir e opinar nas postagens.

Segundo informações do site, a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) é uma associação de pessoas com TDAH, sem fins lucrativos, fundada em 1999, com o objetivo de disseminar informações científicas sobre o TDAH; além de, capacitar profissionais de saúde e educação, e oferecer suporte a pessoas diagnosticadas com TDAH e seus familiares em todo o Brasil.

No site consta a informação de que a ABDA é a referência nacional no assunto, divulgando informações científicas, matérias e conteúdos atualizados sobre TDAH, com uma média de 500 mil visitas mensais até dezembro de 2020. O maior objetivo da associação é lutar para garantir a inclusão, a cidadania plena de todas as pessoas com TDAH no Brasil, ampliar a educação e o conhecimento da população sobre o assunto. Além disso, ela realiza eventos para profissionais de diferentes áreas. Tanto para os profissionais de saúde ou de educação, a meta é sempre a mesma: capacitar a população para a correta identificação, diagnóstico e tratamento do TDAH.

Essa capacitação se efetiva através de atividades que a Associação oferece com seus núcleos de voluntários e grupos de apoio mensalmente em sete capitais do país: Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Porto Alegre, Belo Horizonte, Manaus e Vitória. Além de participar ativamente de congressos nacionais e internacionais, simpósios e palestras, e, em especial, diz o site, na construção de Políticas Públicas para o TDAH no Brasil.

Na janela ‘quem somos’, a ABDA coloca em negrito, bem destacado, que não oferece atendimentos clínicos, diagnósticos e nenhum outro tipo de tratamento. Mais abaixo, diz que não desenvolve pesquisas e não produz conhecimento acerca do TDAH, uma vez que esta tarefa é atribuição exclusiva da comunidade científica. E termina reforçando que o site não tem como finalidade analisar, comentar ou emitir qualquer tipo de parecer e/ou diagnóstico aos visitantes, tarefa esta que é reservada exclusivamente a profissionais de saúde especializados.

No entanto, três pontos nos chamaram muito atenção. O primeiro deles foi que, apesar de afirmar que não prescreve nenhuma medicação e não oferece nenhum tipo de tratamento, em sua própria barra de navegação há uma janela chamada “sobre o TDAH” com um *link* para “tratamento”. Contradizendo o que haviam afirmado na janela anterior, já no primeiro parágrafo podemos ler que “a medicação, na maioria dos casos, faz parte do tratamento”. Ou seja, o medicamento já está colocado de antemão como parte do tratamento. Mais adiante, vem a

indicação de psicoterapia, em negrito e bem destacado dizendo “a psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se Terapia Cognitivo Comportamental”, excluindo qualquer outra abordagem terapêutica que possa auxiliar no tratamento. E termina o parágrafo afirmando que “não existe até o momento nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH”.

O mais grave vem logo a seguir: Um quadro com medicamentos e posologia (imagem 17)

Figura 17 - ABDA - prescrição de tratamento

								
Home	A ABDA	Sobre TDAH	Profissionais para tratamento	Mídias	Fórum	Loja	Eventos	Associe-se
Veja a seguir a tabela com os medicamentos utilizados no tratamento.								
MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO TDAH								
MEDICAMENTOS RECOMENDADOS EM CONSENSOS DE ESPECIALISTAS								
NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO APROXIMADA DO EFEITO					
PRIMEIRA ESCOLHA: ESTIMULANTES (em ordem alfabética)								
Lis-dexanfetamina	Venvanse	30, 50 ou 70mg pela manhã	12 horas					
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas					
Metilfenidato (ação prolongada)	Concerta	18, 36 ou 54mg pela manhã	12 horas					
SEGUNDA ESCOLHA: caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante								
TERCEIRA ESCOLHA								
Atomoxetina (1)	Strattera	10,18,25,40 e 60mg 1 vez ao dia	24 horas					
QUARTA ESCOLHA: antidepressivos								
Imipramina (antidepressivo)	Tofranil	2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses						
Nortriptilina (antidepressivo)	Pamelor	1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses						
Bupropiona (antidepressivo)	Wellbutrin SR	150mg 2 vezes ao dia						
QUINTA ESCOLHA: caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo								

SEXTA ESCOLHA: alfa-agonistas			
Clonidina (medicamento anti-hipertensivo) (2)	Atensina	0,05mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	12 a 24 horas
OUTROS MEDICAMENTOS			
Modafinila (medicamento para distúrbio do sono)	Stavigile	100 a 200mg por dia, no café	

Fonte: www.tdah.org.br

O site descreve os principais medicamentos psiquiátricos prescritos para o diagnóstico do TDAH, detalhando modos de usar, dosagem e horários. Embaixo das tabelas de prescrição, a mensagem: os tratamentos acima descritos possuem caráter meramente informativo e não substituem a consulta ao seu médico de confiança.

O segundo ponto que nos chamou atenção foram duas abas chamadas “diagnóstico-crianças” e “diagnóstico-adultos”, que correspondem a questionários que auxiliam na identificação do TDAH. O questionário das crianças é denominado SNAP-IV, construído a partir dos sintomas descritos no DSM-IV. O objetivo do questionário é ajudar na identificação dos sintomas do TDAH a partir de 18 perguntas com espaço para marcação de respostas “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e demais”. As perguntas giram em torno das principais características do TDAH: se a criança consegue prestar atenção, se consegue se manter atento em tarefas que requerem grande esforço mental, se parece não ouvir quando é chamada, se consegue se organizar e concluir tarefas, se perde ou esquece coisas e se distrai, dentre outras. Se seis itens constarem “bastante” ou “demais” em suas respostas, provavelmente a criança tem TDAH.

O questionário dos adultos é denominado ASRS-18, foi desenvolvido por pesquisadores em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, e também é composto por 18 perguntas. Da mesma forma que no questionário para crianças, as perguntas relacionam-se aos principais sintomas do TDAH, referindo-se a frequência de esquecimentos de atividades, frequência de desatenção e concentração, procrastinação, distração, dificuldades em esperar a vez, falar muito etc.

O site ainda traz diversos artigos e matérias que saíram na mídia sobre o transtorno, todas afirmando peremptoriamente que o TDAH é um transtorno genético, descoberto e confirmado pela ciência. Inclusive, o site da ABDA trouxe o mesmo artigo, liderado pela equipe de Dr. Martine Hoogman “*Subcortical brain volume differences in participants with attention*

deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis” (Diferenças de volume cerebral subcortical em participantes com transtorno e déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adultos: uma mega-análise transversal). Porém, no site ele foi apresentado e comentado por Paulo Mattos, presidente do conselho científico da ABDA, que reiterou todas as premissas psiquiátricas acerca do TDAH que existem no site em todas as abas e links, e em todos os artigos e cartilhas: que o TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e acompanha o indivíduo por toda sua vida.

O terceiro ponto que nos chamou a atenção foi a própria descrição do transtorno. Ele é brevemente apresentado como uma entidade em si. No primeiro parágrafo está colocado categoricamente que ele é um transtorno neurobiológico de base genética. Em seguida, ele passa a ser descrito através de perguntas e respostas. Uma das perguntas “não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?” a resposta é:

Não, nenhuma. Existe inclusive um Consenso Internacional publicado pelos mais renomados médicos e psicólogos de todo o mundo a este respeito. Consenso é uma publicação científica realizada após extensos debates entre pesquisadores de todo o mundo, incluindo aqueles que não pertencem a um mesmo grupo ou instituição e não compartilham necessariamente as mesmas ideias sobre todos os aspectos de um transtorno (ABDA, 2019).

Suprimindo toda a falta de comprovação científica e ausência de marcadores biológicos que atestem a existência do transtorno em si, mais ainda, que comprovem sua base genética e biológica que a psiquiatria persegue desde o século XIX, o site traz a informação de que aqueles que negam a existência do transtorno ou dizem que ele é uma invenção da indústria farmacêutica, o fazem por dois motivos: pela falta de informação científica ou má fé. Os mal informados, diz o site, são os profissionais que nunca publicaram nenhuma pesquisa demonstrando suas afirmações e não fazem parte de nenhum grupo científico. Os do segundo bloco, os que agem de má fé, pretendem vender alguma forma de tratamento diferente daquilo que é atualmente preconizado. Ao final, tanto os primeiros quanto os segundos afirmam que o tratamento do TDAH com medicamentos causa consequências terríveis, mas não existe nada na literatura científica em nenhum país do mundo que comprove o que dizem.

O site da ABDA é um dos sítios em língua portuguesa mais acessados por pais e mães, professores e profissionais da saúde que procuram informação a respeito do TDAH. Por se tratar de um dos transtornos na infância mais diagnosticados, a Associação tem uma imensa responsabilidade para com a comunidade, uma vez que investe duramente em suas propagandas e publicações, fazendo com que seu site e sua página no Facebook tenham grande alcance e

repercussão. Dessa maneira, as informações ali veiculadas têm um impacto gigantesco não apenas na elucidação a respeito do TDAH, mas na formação subjetiva do leitor, uma vez que o porta-voz desse discurso é o sujeito que detém o poder-saber, ou seja, é o perito do corpo; aquele que tem a *expertise* sobre o tema, portanto, o sujeito leitor acredita na fonte da enunciação.

5.1.2 ABDA e laboratórios farmacêuticos: uma relação ciclôtímica

Em diversos pontos deste nosso trabalho, mencionamos os interesses da indústria farmacêutica, seu investimento maciço no marketing e financiamento de pesquisas científicas. Sabemos da cooptação da academia e de profissionais da saúde pela indústria farmacêutica. Tais denúncias e críticas sobre os enlaces dos laboratórios farmacêuticos com a psiquiatria se intensificaram nas últimas décadas. Podemos citar alguns de seus principais críticos, como Márcia Angell (2007;2009), Peter Conrad (2005), Sandra Caponi (2014; 2019), Allen Frances (2010, 2016), Allan Horwitz (2008), Ray Moynihan (2002), dentre outros.

Esse paradigma não diz respeito apenas a um mercado que movimentava bilhões ano a ano, mas - e pra nós esse é o ponto principal - refere-se a milhões de diagnósticos falso-positivos. Não obstante, o termo diagnóstico, assim como “número de atingidos” quando se trata de uma tragédia, implica uma certa distância, fria e abstrata. Portanto, quando falamos de milhões de diagnósticos falso-positivos, mais do que números, estamos falando de milhões de sujeitos – crianças em sua imensa maioria – que estão sendo submetidas a tratamentos com drogas psicoativas em plena fase de desenvolvimento. Muitas dessas crianças, com idade de 2 e 3 anos, ainda estão em processo de formação e amadurecimento cerebral e corporal. Sujeitos saudáveis são diagnosticados com transtornos, inclusive o TDAH, por causa de comportamentos considerados inadequados, ou por atitudes “normais” de criança, que são interpretadas como transtornos. Através dos relatos de pais e mães que pesquisamos na rede social do *Facebook*, pudemos constatar os inúmeros efeitos colaterais advindos do uso de psicofármacos. Crianças que perdem o apetite, o sono, desenvolvem tiques, agressividade, tristeza; reações adversas que desregulam o metabolismo e causam obesidade, problemas cardíacos, apatia e etc.

Como pudemos investigar, ainda não existe nenhum marcador neurobiológico, nenhuma alteração cerebral, nenhum exame laboratorial que possibilite que os comportamentos listados no DSM possam ser considerados indicativos de transtornos psiquiátricos. Caponi (2019) afirma que diversos estudos são realizados com o objetivo de definir as causas dos transtornos mentais na infância, como identificação de hormônios e neurotransmissores, uso de

eletroencefalografia, estudos para identificar marcadores genéticos e outros. Nenhum desses estudos teve êxito no quesito etiológico dos transtornos mentais, mas os pesquisadores continuam na esperança de alcançarem resultados positivos futuramente. Patrocinados pelas companhias farmacêuticas, desenvolvem pesquisas que validam as premissas da psiquiatria biológica e a necessidade de controle medicamentoso.

Dentre os pesquisadores que aguardam um futuro promissor para as neuronarrativas químicas e genéticas, estão os membros, o corpo científico e a diretoria da ABDA. A associação é presidida e coordenada por profissionais da saúde que atuam voluntariamente, conforme declaração no próprio site da associação. A direção é composta pela presidenta Iane Kestelman (psicóloga clínica), pelo vice-presidente Daniel Segenreich (psiquiatra), pelo diretor executivo Ronaldo Ferreira Ramos (psicólogo) e pelo vice-diretor executivo Jorge Luiz Simeão (psiquiatra). O Conselho Científico é formado pelo presidente Paulo Eduardo Luiz Mattos (psiquiatra), pelo vice-presidente Luiz Augusto Rohde (psiquiatra) e pela coordenadora Ana Luíza Navas (fonoaudióloga).

Investigamos cada um desses profissionais, como também suas publicações e relações com a indústria farmacêutica. Como ponderou Whitaker (2017), as companhias farmacêuticas não teriam conseguido construir um mercado bilionário para seus psicofármacos sem a ajuda de psiquiatras de centros médicos acadêmicos. Os grandes vendedores dessa iniciativa comercial foram os próprios psiquiatras acadêmicos, muito bem remunerados pela indústria farmacêutica para atuarem como palestrantes e assessores em diretorias consultivas. Não é por menos que, nos bastidores das companhias farmacêuticas, eles são chamados de “grandes líderes formadores de opinião”.

O currículo desses profissionais está disponibilizado em diversas páginas e sites da internet, como no Escavador¹¹⁴, plataforma Lattes¹¹⁵, além de todas as informações facultadas pelos periódicos nas descrições de conflito de interesse que divulgam o envolvimento, prestação de serviço/consultoria e/ou financiamento dos laboratórios farmacêuticos. Nosso primeiro pesquisado foi Daniel Segenreich; ele é professor Adjunto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Petrópolis FMP – FASE, vice-presidente da ABDA e faz parte do conselho consultivo da Novartis e Shire. Realizou diversas palestras para Janssen-Cilag, Novartis e Shire, além de receber financiamento para diversas pesquisas, bem como prêmios de viagem para participar de reuniões científicas dessas empresas.

¹¹⁴ < <https://www.escavador.com/>

¹¹⁵ < <http://lattes.cnpq.br/>>

Paulo Eduardo Luiz Mattos, presidente do Conselho Científico da ABDA, é Professor Associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro do Comitê Editorial das revistas *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (Instituto de Psiquiatria - UFRJ), *Revista de Psiquiatria Clínica* (Instituto de Psiquiatria - USP) e *Journal of Attention Disorders*. Coordenador do GEDA - Grupo de Estudos do Déficit de Atenção do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Mattos é membro do comitê consultivo e palestrante da Novartis, Janssen-Cilag, Eli Lilly. Atuou como palestrante, recebeu financiamentos e prêmios da Pfizer, Wyeth, GlaxoSmithKline, Novartis, Janssen-Cilag; e realizou dezenas de pesquisas com o financiamento desses laboratórios.

Luiz Augusto Rohde, é professor Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e diretor do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Vice coordenador do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento. É editor emérito da *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Foi coeditor do *European Child and Adolescent Psychiatry*, é editor internacional do *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Foi vice-presidente da *International Association of Child Adolescent Psychiatry and Allied Disciplines* e membro do grupo para Transtornos Disruptivos do Comportamento e TDAH do DSM-5. Foi presidente da *World Federation of ADHD* vice-presidente do Conselho Científico. Rohde foi o único psiquiatra brasileiro a integrar a força tarefa que elaborou a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-5. Atua como palestrante e membro do comitê consultivo da Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire. Já recebeu inúmeros prêmios de viagens (passagens aéreas e custos de hotéis) desses laboratórios, além de financiamento para inúmeras pesquisas sobre transtornos mentais na infância. Rohde lidera os Programas Ambulatoriais de TDAH e Transtorno Bipolar Juvenil¹¹⁶. Esses programas recebem apoio educacional e de pesquisa irrestrito dos laboratórios Abbot, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire.

Esses psiquiatras acadêmicos, peritos do corpo por excelência, são personagens principais da engrenagem do processo de medicalização da vida e da infância. São eles que influenciam seus pares nos níveis nacional e internacional, além de palestrarem em jantares,

¹¹⁶ De acordo com informações do próprio site, o Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH) é uma área de atividades do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) dedicada ao ensino, pesquisa e atendimento a pacientes diagnosticados com o transtorno. Esse programa tem como um de seus objetivos, a criação de um local de referência para o atendimento de crianças, adolescentes e adultos com TDAH oriundos das escolas estaduais da cidade de Porto Alegre, fortalecendo os vínculos já existentes entre o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul. Maiores informações acessar: <<https://www.ufrgs.br/prodah/>>.

congressos e eventos de psiquiatria e neurologia financiados pelas companhias farmacêuticas. Suas pesquisas são referência na psiquiatria, psiquiatria do desenvolvimento, neurologia e biomedicina. Citaremos alguns de seus estudos mais importantes, que são amplamente referidos dentro do campo da neurologia e da psiquiatria.

O estudo “*Disregarding Impairment in ADHD Diagnosis Inflates Its Prevalence*”¹¹⁷ (Desconsiderar a deficiência no diagnóstico de TDAH aumenta sua prevalência), publicado no *Journal of Attention Disorders* no ano de 2020, teve Daniel Segenreich e Paulo Mattos como integrantes da equipe (composta por seis pesquisadores). Na declaração de potenciais conflitos de interesse, Daniel Segenreich e Paulo Mattos aparecem como palestrantes e consultores que prestaram serviço para os laboratórios Shire e Takeda nos últimos cinco anos.

Em 2004, o estudo “*Comorbid eating disorders in a Brazilian Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder adult clinical sample*”¹¹⁸ (Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade), analisa a comorbidade de transtornos alimentares (TA) com o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Entrevistaram 86 adultos com TDAH segundo o DSM-IV de uma amostra inicial de 107 indivíduos de um centro especializado em TDAH. Eles foram entrevistados com o SCID-P para avaliar a presença de transtornos alimentares e outros transtornos comórbidos. Os resultados sugeriam que o grupo com transtornos alimentares revelou maior número de comorbidades. A partir disso, concluíram, indivíduos com TDAH tendem a apresentar elevada prevalência de comorbidade com transtorno da compulsão alimentar periódica. Esse estudo foi financiado por diversos laboratórios: Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline. Na declaração de conflito de interesses, Paulo Mattos aparece como membro do conselho consultivo e palestrante financiado por esses mesmos laboratórios.

No ano de 2014, a dupla Paulo Mattos e Daniel Segenreich publica mais um estudo junto de uma equipe de sete pesquisadores. A pesquisa “*Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families*”¹¹⁹, tinha como objetivo superar as

¹¹⁷ Acessar o artigo na íntegra: < Fortes, D., Figueiredo, T., Lima, G., Segenreich, D., Serra-Pinheiro, MA, & Mattos, P. (2020). *Disregarding Impairment in ADHD Diagnosis Inflates Its Prevalence*. *Journal of Attention Disorders*, 108705472091196. doi: 10.1177 / 1087054720911969>

¹¹⁸ Acessar o artigo na íntegra: < Mattos, Paulo et al. Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 248-250, Dec. 2004>.

¹¹⁹ Acessar o artigo na íntegra: <Segenreich, D., Paez, MS, Regalla, MA, Fortes, D., Faraone, SV, Sergeant, J., & Mattos, P. (2014). *Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (5), 525–536. doi: 10.1007 / s00787-014-0604-1>.

deficiências e limitações de estudos anteriores em relação ao papel genético na etiologia do TDAH. Partindo de análises multiníveis com procedimentos Bayesianos e um modelo matemático específico, foram entrevistadas 100 famílias, com uma criança ou adolescente em cada uma delas que tivesse o diagnóstico do TDAH. As entrevistas semiestruturadas utilizaram os critérios diagnósticos do DSM-IV. Os resultados indicavam que os sintomas de TDAH, ansiedade e depressão da parte materna se correlacionavam com a prole. Ou seja, que o TDAH dos pais apontava para um resultado positivo na correlação de uma gama de variedades psicopatológicas dos filhos.

Ao final, os pesquisadores assumem que um desenho de estudo familiar como esse limita a possibilidade de revelar a causalidade e não consegue separar fatores genéticos e ambientais. No entanto, as variáveis clínicas do TDAH, depressão e ansiedade se correlacionam nas famílias e devem ser abordadas em conjunto. Na época em que essa pesquisa foi realizada, Daniel Segenreich recebeu honorários de palestras da Janssen-Cilag, Novartis e Shire, atuou como consultor para Novartis e Shire e recebeu prêmios de viagem para participar de reuniões científicas dessas empresas. Marina S. Paez recebeu apoio à pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Brasil). Paulo Mattos atuou como consultor da Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire nos anos anteriores; recebeu prêmios de viagens para participar de reuniões científicas dessas empresas. O programa ambulatorial de TDAH (Grupo de Estudos do Déficit de Atenção / Instituto de Psiquiatria) presidido pelo Dr. Mattos também recebeu apoio de pesquisa da Novartis e da Shire. Joseph A. Sergeant serviu nos conselhos consultivos da Lilly e da Shire e recebeu verbas da Lilly. Ele também recebeu honorários de palestrante da Shire, Lilly, Janssen-Cilag e Novartis. Stephen V. Faraone recebeu receitas de consultoria, despesas de viagem e / ou suporte de pesquisa da Akili Interactive Labs, Alcobra, VAYA Pharma e SynapDx e suporte de pesquisa do *National Institutes of Health (NIH)*. Sua instituição está buscando uma patente para o uso de inibidores da troca de sódio-hidrogênio no tratamento do TDAH. Em anos anteriores, ele recebeu honorários de consultoria e participou de programas de educação médica continuada patrocinados por: Shire, Alcobra, Otsuka, McNeil, Janssen, Novartis, Pfizer e Eli-Lilly.

Aqui é relevante ressaltar o que Whitaker (2017) nos traz sobre o *National Institutes of Health (NIH)*. No ano de 2008, nos EUA, vieram a público informações sobre o montante de dinheiro pago pelas companhias farmacêuticas aos psiquiatras acadêmicos. Regularmente, eles recebem verbas federais dos *National Institutes of Health*, e, nessas condições, devem informar às suas instituições o quanto receberam das companhias farmacêuticas, na expectativa de que as faculdades de medicina lidem com o conflito de interesses toda vez que esse valor exceder

10.000 dólares anuais. Acontece que o senador Charles Grassley investigou os registros de mais de 20 psiquiatras e descobriu que além de ganharem muito mais que o limite de 10.000 dólares/ano, eles omitiam esse fato de suas universidades. Os valores levantados por Grassley chegavam na casa dos milhões de dólares. Esses psiquiatras atuavam como palestrantes e consultores dos laboratórios, promoviam diversos psicofármacos, escreviam livros, manuais, artigos e compêndios sobre os transtornos e a necessidade de tratamento farmacológico para seu controle.

Voltando aos psiquiatras acadêmicos da ABDA, no ano de 2007, Daniel Segenreich e mais três pesquisadores do GEDA – UFRJ (Grupo de Estudos do Déficit de Atenção) realizaram um estudo em que claramente criticavam os critérios diagnósticos do TDAH propostos pelo DSM-IV. No estudo “Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica”¹²⁰, criticavam o uso de instrumentos que propuseram sintomas segundo os critérios do DSM-IV, e sugeriam uma flexibilização quanto à idade de início dos sintomas e ao número de sintomas necessários para o diagnóstico, levando em conta a ausência de estudos validando um ponto de corte adequado para adultos. Ao final, os pesquisadores recomendam que a avaliação de comprometimento funcional significativo deve investigar diversos ambientes da vida do indivíduo (incluindo relacionamento conjugal, direção de veículos, administração financeira etc.). Na declaração de conflitos de interesses, a informação dizia que o GEDA – UFRJ recebe suporte de pesquisa do Laboratório Janssen-Cilag. Daniel Segenreich é palestrante do Laboratório Janssen-Cilag.

Sobre esse ponto, Caponi (2019) nos mostra como a pouca eficácia dos tratamentos e a referida persistência dos transtornos da infância na idade adulta resultou na transformação da categoria classificatória que agrupava as patologias mentais da infância do DSM-III para o DSM-5. Essas patologias estavam agrupadas sob uma mesma categoria no DSM-III e no DSM-IV, porém com uma sutil diferença de denominação de um volume para o outro. No DSM-III, aparecia como “Transtornos geralmente evidentes pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”; e no DSM-IV-TR, “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”. A autora evidencia que as fronteiras que separavam as especificações diagnósticas entre adultos e crianças vão se apagando. Com o DSM-IV, as mesmas patologias presentes da infância podem ser diagnosticadas em adultos e vice versa. No DSM-5, vêm abaixo as distinções que separavam

¹²⁰ Acessar o artigo na íntegra: < Dias, G., Segenreich, D., Nazar, B., & Coutinho, G. (2007). Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (supl 1), 9–13. doi: 10.1590 / s0047-20852007000500003>.

os transtornos considerados de infância daqueles da vida adulta e, a partir de então, não há mais separações entre infância e vida adulta no que diz respeito às patologias. O TDAH pode ser referido ao adulto e a depressão maior, por exemplo, pode ser retratada na infância.

Em 2011, Paulo Mattos e Daniel Sengenreich integraram uma equipe de seis pesquisadores e desenvolvem outro estudo a respeito do TDAH em adultos, “Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)”¹²¹. A pesquisa foi patrocinada pela Janssen-Cilag Farmacêutica e a declaração de conflitos de interesses informava que Paulo Mattos era membro do comitê consultor e palestrante dos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis. O estudo argumentava que o TDAH em adultos estava associado às piores medições de qualidade de vida, tanto em amostras clínicas como em epidemiológicas, e sua avaliação é importante para entender a extensão do transtorno nas diferentes áreas da vida dos pacientes. Como não existe nenhuma ferramenta em português para avaliar a qualidade de vida em adultos com TDAH, eles desenvolveram uma versão em língua portuguesa do *Adult ADHD Quality of Life Questionnaire* (AAQoL) para ser utilizado no Brasil.

Essa pesquisa consentia quanto à existência de controvérsias sobre o número de sintomas necessários para o diagnóstico da forma adulta do TDAH, mas afirmava que esse limite fora estabelecido a partir do DSM-IV, sendo utilizado pela maioria dos estudos clínicos desde então. Em estudos anteriores, pesquisadores concluíram que adultos com diagnóstico de TDAH que apresentavam uma grande quantidade de sintomas tiveram os piores indicadores de função e comprometimento globais. Portanto, devido à evidência de comprometimento acadêmico significativo de TDAH nos adultos, deveria se esperar os piores resultados para as crianças com o transtorno. As evidências cumulativas nos últimos anos revelavam altos níveis de comprometimento funcional associado ao TDAH, impactando negativamente a qualidade de vida. Em última instância, na ausência de instrumentos capazes de captar indicadores de qualidade de vida em pacientes adultos com TDAH, essa pesquisa teve como objetivo desenvolver o Questionário de Qualidade de Vida em Adultos com TDAH (AAQoL), para investigar o impacto de sintomas de TDAH na qualidade de vida de pacientes com esse transtorno. Após a realização desse estudo, a equipe concluiu que, a partir de então, o

¹²¹ Acessar o artigo na íntegra: <Mattos, P., Sengenreich, D., Dias, G. M., Saboya, E., Coutinho, G., & Brod, M. (2011). Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 38(3), 87–90. doi:10.1590/s0101-60832011000300001>.

questionário servira para fornecer medições objetivas do grau de impacto do TDAH em diferentes áreas da vida dos pacientes, sendo um ótimo instrumento de auxílio nas terapias com ou sem medicamentos.

Dada a inexistência de qualquer espécie de marcador neurobiológico, a psiquiatria segue na busca por instrumentos que possam “comprovar” os impactos dos transtornos mentais na vida dos sujeitos; no entanto, não há como levantar esses dados com a objetividade que os pesquisadores pretendem, uma vez que o método de aferição, é inevitavelmente subjetivo e está à mercê da opinião e interpretação de quem o realiza.

Ainda que as hipóteses neuroquímicas, como explicação causal dos transtornos não tenham sido comprovadas, ainda que nenhum marcador biológico possa comprovar a tese repetida há décadas de que os transtornos mentais têm causas biológicas e genéticas; a intervenção baseada em psicofármacos foi se consolidando através de um longo trabalho da psiquiatria em aliança com os laboratórios farmacêuticos, e hoje, ela é amplamente aceita e defendida. Paulo Mattos, em parceria com o neuropediatra Giuseppe Pastura, publicou um estudo em 2004 tratando dos efeitos colaterais do metilfenidato, “*Efeitos colaterais do metilfenidato*”¹²². Mattos e Pastura revisaram a literatura na base de dados do Medline e Lilacs¹²³ sobre os principais efeitos colaterais do metilfenidato. Apesar dos diversos efeitos constatados, os autores deliberadamente utilizaram uma linguagem que minimizava ou diminuía a importância e gravidade deles, afirmando que:

Dentre os efeitos colaterais que surgem em curto prazo, prevalecem a redução de apetite, insônia, cefaléia e dor abdominal, sendo a maioria autolimitada, dose-dependente e de média intensidade. Dentre aqueles em longo prazo, são descritas alterações discretas de pressão arterial e frequência cardíaca e uma possível discreta diminuição da estatura. O abuso e a dependência ao medicamento são observados muito raramente (PASTURA: MATTOS, 2004, p. 100)

Dentre os inúmeros efeitos colaterais que são descritos na própria bula do metilfenidato, no referido estudo de Mattos e Pastura, os autores empregaram termos como “média intensidade”, “autolimitada”, “alterações discretas” numa tentativa de desconsiderar o grau de sua importância. Ao longo de pesquisa, os autores não escondem seu viés tendencioso e parecem não se importar com a ausência de neutralidade; ao contrário, parecem estimular a

¹²² Acessar artigo na íntegra: < Pastura, G., & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 31 (2), 100–104. doi: 10.1590 / s0101-60832004000200006>.

¹²³ Medline – base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine, USA - NLM, que contém referências bibliográficas e resumos de títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Mais informações, acessar: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>>.

Lilacs - base de dados especializada na área da saúde, com literatura científica e técnica de 26 países da América Latina e do Caribe. Mais informações acessar: < <https://lilacs.bvsalud.org/>>

prescrição do metilfenidato e até mesmo encorajar pais e mães a respeito desta droga psicoestimulante:

Observou-se também que apenas metade da amostra estudada apresentou efeitos colaterais e, destes nenhum passou do grau moderado de gravidade, o que vem ao encontro da opinião comum de que os efeitos colaterais dos psicoestimulantes são dose-dependentes e também desaparecem ou diminuem com o tempo ou com a redução da dose [...] paralelamente à redução de apetite, tem-se a dor abdominal que pode igualmente comprometer a ingestão alimentar. Pode ser difícil contorná-la, porém deve-se orientar os pais a oferecer o metilfenidato junto com as refeições e reduzir a dosagem da droga temporariamente. Mais uma vez, é importante reafirmar a natureza temporária do efeito colateral aos invariavelmente aflitos pais que procuram o médico sem saber mais o que fazer para que seus filhos se alimentem adequadamente (PASTURA; MATTOS, 2004, p. 102).

Ao final, os autores concluem dizendo que o perfil de efeitos colaterais do metilfenidato é seguro, não parecendo justificar o seu uso constricto no Brasil, ante os benefícios robustos amplamente demonstrados na literatura.

Paulo Mattos, na época da realização deste estudo, já era coordenador do GEDA – UFRJ, que recebe suporte de pesquisa do Laboratório Janssen-Cilag, além de membro do comitê consultivo e palestrante para os laboratórios Janssen-Cilag e Novartis, ambos produtores do metilfenidato - Ritalina (Novartis) e Concerta (Jansen-Cilag).

No mesmo ano da realização desse estudo, 2004, Paulo Mattos publica um estudo junto a outros 3 pesquisadores. “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico”¹²⁴. Eles realizam uma análise do Transtorno desafiador de oposição (TOD) e, utilizando a mesma metodologia do estudo anterior, fazem uma revisão da literatura bibliográfica na base de dados PubMed, com o objetivo de analisar as evidências existentes sobre achados neurobiológicos no TOD, como funcionamento familiar e escolar, comorbidades, prognóstico e opções terapêuticas para o transtorno.

A análise dos correlatos neurobiológicos foi inconclusiva e ambígua. No campo de hormônios e neurotransmissão, os pesquisadores afirmaram que os níveis de andrógenos adrenais dos pacientes com TOD são mais altos que os dos controles normais ou de crianças com outros diagnósticos, incluindo TDAH. A frequência cardíaca dos pacientes com TOD foi mais baixa, por outro lado, aumentou após serem provocados ou frustrados. Os índices medianos de cortisol também foram mais baixos em pacientes com TOD do que em controles,

¹²⁴ Acessar artigo na íntegra: < SERRA-PINHEIRO, Maria Antonia et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273-276, Dec. 2004>.

porém, em pesquisas anteriores, eles haviam demonstrado que os pacientes com TOD tinham níveis mais baixos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) e de ácido homovanílico (HVA) do que controles. Nos testes cognitivos, as crianças com TOD apresentaram maior agressividade que as do grupo controle, mas, ao final, a conclusão é que tanto as crianças com TOD como as crianças com TDAH têm problemas para regular seu comportamento em condições inibidoras de motivação. Em relação aos aspectos familiares, podemos ver uma clara associação da pobreza aos transtornos mentais. Os autores afirmam que crianças com TOD foram mais encontradas no grupo de pais divorciados e com baixo nível econômico, uma vez que nesse grupo, os pais têm maior prevalência de transtorno de personalidade anti-social e de transtorno por abuso de substâncias.

Para o tratamento, os autores indicam a terapia do manejo parental, uma modalidade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para que os pais mudem a forma de tratar a criança. Os psicofármacos indicados são o metilfenidato e a clonidina, além de antipsicóticos e estabilizadores de humor, risperidona, haloperidol e lítio em casos de agressão, não aderência ao tratamento e explosões de cólera em pacientes agressivos.

Ao final de todo o estudo, os autores apontam a necessidade de definição de amostras de TOD mais precisas. Acreditam na existência de muitos subtipos de TOD, mas ainda sem nenhuma evidência, e sugerem que os fatores ambientais podem ser um risco genético para o TOD. Na declaração de conflitos de interesses, consta que Mattos fazia parte do conselho consultivo e recebeu financiamento da Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline na época da publicação desse artigo.

O diagnóstico do TOD se encontra no capítulo do DSM-5 que trata dos “Transtornos Disruptivos, de Controle de Impulsos e de Conduta”, transtornos que se articulam sob a égide da perspectiva de antecipação de riscos, ou seja, transtornos com grande potencial para desencadear quadros psiquiátricos graves e, portanto, precisam ser identificados e tratados, o mais precocemente possível. Segundo Caponi (2019), com a retirada do grupo “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância, infância ou adolescência”, o DSM-5 viabiliza o diagnóstico de todo e qualquer transtorno mental já nos primeiros anos de vida. E essa estratégia será utilizada no grupo dos chamados transtornos disruptivos, para os quais a psiquiatria irá preconizar a intervenção precoce se utilizando da justificativa de que eles têm grandes chances de evoluírem para um quadro psicótico muito temido, considerado uma ameaça social, o chamado “Transtorno de Personalidade Antissocial”.

O estudo realizado por Mattos, porta-voz e propagandista dos laboratórios farmacêuticos que produzem medicamentos para o TOD e outros transtornos mentais da

infância, é mais uma tentativa de cientificar e revestir de valor de verdade (Foucault, 2014) narrativas que visam deslocar para o campo da psiquiatria comportamentos e questões sociais e políticas. Valendo-se da estratégia de antecipação de riscos, os postulados preconizados pela psiquiatria do desenvolvimento visam o governo e tutela da infância e adolescência apoiando-se na intervenção psicofarmacológica em todas as etapas da vida.

Em 2007, o braço forte da psiquiatria no Brasil, Luiz Augusto Rohde, desenvolveu um grande estudo junto a uma equipe de mais 4 pesquisadores sobre a prevalência do TDAH. Este estudo “*The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis*” (Prevalência mundial de TDAH: uma revisão sistemática e análise de metaregressão)¹²⁵, já abordado na seção 3.2.1. Devido às inúmeras discrepâncias em relação à prevalência mundial de TDAH, a pesquisa pretendia determinar as possíveis causas dessas variações e reafirmar que sim, o TDAH é um transtorno da infância em ascensão no mundo, sendo apenas mal diagnosticado. As explicações dadas em relação às variações nas taxas de prevalência foram porque os médicos fora dos EUA estavam atrasados e mal informados sobre a natureza e dominância do TDAH. Ao final, Rohde e sua equipe concluem que essa pesquisa desconstrói todas as tentativas de invalidação do TDAH como um transtorno neurobiológico factível, e afirmam que não se trata de constructo culturalmente peculiar à cultura norte-americana, mas um transtorno mental incontestável.

Ainda que afirmem a prevalência do TDAH em diversas culturas, bem como sua natureza neurobiológica e causalidades genéticas, os pesquisadores assumem que até o momento não existe consenso sobre isso e que, apesar da prevalência global do TDAH ser consistente, esses resultados devem ser interpretados com cautela devido à grande variabilidade encontrada em todas as análises. Essa pesquisa repercutiu mundialmente no campo científico, tornando-se uma referência nos estudos sobre o TDAH infantil e sedimentando o solo da psiquiatrização da infância.

A equipe que compôs essa pesquisa estava vinculada a diversos setores e instituições: Programa Ambulatorial de TDAH, Divisão de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Pelotas e Universidade Católica de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS) Brasil. Unidade de Psicofarmacologia Pediátrica, Hospital Geral de Massachusetts, Harvard Medical School,

¹²⁵ Acessar o artigo na íntegra: < Polanczyk, G., de Lima, MS, Horta, BL, Biederman, J., & Rohde, LA (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942–948. doi: 10.1176 / ajp.2007.164.6.942>.

Boston. Dentre esses setores, o programa ambulatorial de TDAH recebe apoio de pesquisa das seguintes empresas farmacêuticas: Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag e Novartis. Na equipe de pesquisadores, todos têm envolvimento com laboratórios farmacêuticos: Dr. Rohde está na mesa de palestrantes e é consultor da Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag e Novartis; ele também atua no conselho consultivo da Eli Lilly. Dr. de Lima é o Diretor Médico da Eli Lilly, Brasil. Dr. Biederman recebe apoio de pesquisa da Shire Laboratories, Inc., Eli Lilly, Wyeth-Ayerst, Pfizer, Cephalon, Novartis e Janssen; ele também atua nas agências de palestrantes da Eli Lilly, Pfizer, Novartis, Wyeth-Ayerst, Shire Laboratories, Inc., McNeil e Cephalon e está no conselho consultivo da Eli Lilly, CellTech, Shire Laboratories, Inc., Novartis, Noven, McNeil, Janssen, Johnson & Johnson, Pfizer e Cephalon. Dr. Polanczyk é apoiado em parte por bolsas de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Brasil), Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o laboratório Eli Lilly.

Em 2011, Luiz Augusto Rohde e uma equipe de 9 pesquisadores publicam mais uma pesquisa que veio a se tornar referência para a psiquiatria do desenvolvimento da infância e adolescência. O estudo “*Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action*”¹²⁶. Publicado na conceituada revista médica *The Lancet*, o estudo afirmava que uma taxa de 10-20% de crianças e adolescentes no mundo eram afetados por problemas de saúde mental, mas, apesar de ser uma das principais causas de incapacidade, e de seus efeitos perdurarem ao longo de toda a vida, eles eram negligenciados, principalmente em países de baixa renda. A pesquisa teve como objetivo revisar as evidências e lacunas em relação aos fatores de risco e proteção e intervenções para prevenir e tratar problemas de saúde mental na infância e adolescência. Também discutiram as barreiras e abordagens para a implementação de tais estratégias em locais com poucos recursos.

O trabalho é mais uma repetição das clássicas tentativas que procuram vincular a pobreza aos transtornos mentais. Na pesquisa eles afirmam que crianças e adolescentes constituem quase um terço (2,2 bilhões de indivíduos) da população mundial e quase 90% vivem em países de baixa e média renda, constituindo 50% da população. Os transtornos neuropsiquiátricos entre os jovens são as maiores causas de encargos relacionados à saúde, respondendo por cerca de 15-30% de anos de vida perdidos. Isso torna urgente a necessidade de atenção, promoção e prevenção da saúde mental em crianças e adolescentes. Todas as

¹²⁶ Acessar artigo na íntegra: < Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O...., Rahman, A. (2011). *Saúde mental infantil e adolescente no mundo: evidências para ação. The Lancet*, 378 (9801), 1515–1525. doi: 10.1016 / s0140-6736 (11) 60827-1>.

questões que envolvem o nível socioeconômico podem afetar a saúde mental das crianças e adolescentes: desnutrição, baixa escolaridade dos pais, transtornos mentais na família, doenças infecciosas, depressão materna, falta de estímulos psicossociais e renda básica.

Ao final, concluem reforçando a necessidade de intervenção precoce, devido aos terríveis prognósticos futuros. Para eles, essa faixa etária é uma janela de oportunidade, pois a intervenção hoje resultará em uma redução de danos no futuro. Todas as evidências indicam que as intervenções precoces podem fornecer benefícios socioeconômicos e de saúde a longo prazo pela prevenção do aparecimento de problemas de saúde mental e seu desenvolvimento em doenças crônicas.

Na equipe de pesquisa, o psiquiatra Christian Kieling participou de reuniões sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade patrocinadas pela Novartis e pela Shire. Participou de encontro sobre promoção da capacidade editorial entre editores de países de baixa e média renda patrocinado pelo Deva. Luiz Augusto Rohde estava no gabinete de palestrantes e atuou como consultor para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire nos últimos 3, também recebeu prêmios de viagem (passagens aéreas e custos de hotel) da Novartis e Janssen-Cilag em 2010 por participar de duas reuniões psiquiátricas infantis. Os Programas Ambulatoriais de TDAH e Transtorno Bipolar Juvenil liderados por Rohde receberam apoio educacional e de pesquisa irrestrito das seguintes empresas farmacêuticas nos últimos 3 anos; Abbott, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis e Shire.

O discurso desses peritos atravessa a dimensão do campo científico, passa pela esfera jornalística e chega ao senso comum. São essas narrativas, construídas com apoio dos psiquiatras acadêmicos e da indústria farmacêutica, que fazem girar as engrenagens do processo de medicalização da vida e da infância. Esses postulados são difundidos como verdades científicas, uma vez que o valor de verdade dessas descobertas vai se impondo e se universalizando. O regime de verdade imposto pela psiquiatria nos permite analisar o “sistema de regras e as instituições que ajudaram a naturalizar a ideia de que é possível multiplicar psicofármacos para sofrimentos psíquicos ou alterações comportamentais consideradas como doenças mentais sem causas definidas” (CAPONI, 2019, p. 35).

Todos os medicamentos que constam nas indicações do site da ABDA são produzidos pelos mesmos laboratórios com que os profissionais mantêm relações. Nenhum medicamento que está no link “tratamento” é fabricado por algum laboratório que não tenha tido participação direta de algum deles. No site da ABDA, logo acima da tabela, a primeira informação que salta aos olhos – escrita em negrito e bem destacado – é a seguinte: “medicamentos recomendados em consensos de especialistas”. Dessa forma, não restam dúvidas: só estão presentes nessa

tabela de indicações os medicamentos dos quais os “especialistas” mantêm relações com seus laboratórios. Abaixo, reproduzimos no quadro 3 as informações que constam no site, adicionando os respectivos laboratórios de cada medicamento.

Quadro 3 - Medicamentos indicados pela ABDA

PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	INDICAÇÃO	LABORATÓRIO
Lis-dexanfetamina	Venvanse	TDAH	Shire
Metilfenidato	Ritalina	TDAH	Novartis
Metilfenidato	Concerta	TDAH	Janssen-Cilag
Atomoxetina	Strattera	TDAH	Eli Lilly
Cloridrato de Imipramina	Trofanil	Antidepressivo	Novartis
Nortriptilina	Pamelor	Antidepressivo	Novartis
Cloridrato de Bupropiona	Wellbutrins SR	Antidepressivo	GlaxoSmithKline
Cloridrato de Clonidina	Atensina	Anti-hipertensivo	Boehringer Ingelheim
Modafinila	Stavigile	Narcolepsia (manutenção do estado de vigília)	Libbs

Fonte: www.tdah.org.br

O objetivo da indústria farmacêutica está atrelado às vendas e ao seu crescimento econômico. Ela foi, ao longo do tempo, construindo um verdadeiro império dos psicotrópicos. No entanto, ela não teria forças por si só para tal empreitada, não fosse a aliança com a comunidade médica:

De fato, a indústria farmacêutica ocupa só uma parte desse complexo tecido da psiquiatrização da infância. Pois, para que pudesse se tornar aceitável e legítimo o recurso a fármacos com efeitos adversos graves, como ocorre com os antipsicóticos atípicos, foi preciso que, inicialmente, as categorias propostas pelo DSM conquistassem respeitabilidade, aceitação e reconhecimento como discurso científico (CAPONI, 2019, p. 188)

Essa produção discursiva abriu possibilidades para os sujeitos identificarem, em si mesmos e nos outros, sintomas que apontam para a existência de transtornos mentais. Se, a priori, as notícias divulgadas se apresentam com caráter informativo, seus efeitos operam uma radical despolitização centrada na exclusão da narrativa de vida dos sujeitos, cujo resultado final é o aumento da venda de psicofármacos e a categorização de uma imensa gama de comportamentos e estados mentais como doenças.

As redes sociais virtuais, como a plataforma *Facebook*, nos permitem visualizar tais efeitos na narração de casos singulares centrada quase que exclusivamente na descrição sintomática. Funcionando como redes de laços interpessoais que possibilitam a sociabilidade entre os membros em torno do mesmo tema e interesses, essas redes são grandes facilitadoras na propagação de notícias a respeito dos transtornos mentais, como comunidades familiares e institucionais. A comunidade “Mães e pais de crianças com TDAH” se define como um grupo privado de apoio para mães e pais de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade, sendo administrada por quatro pessoas (3 mulheres e 1 homem). O grupo é bem organizado, com tópicos para cada categoria de discussão, o que ajudou bastante nossa pesquisa. Também disponibiliza uma pasta com mais de 50 arquivos que versam sobre pedagogia, psicologia, manuais e cartilhas sobre TDAH, TOD e outros transtornos, artigos científicos sobre as formas de conduta nos transtornos mentais mais recorrentes, guia para avaliação de TDAH em crianças e adultos, dentre outros. A maior parte dos membros são familiares de crianças diagnosticadas com TDAH. Em menor proporção, encontramos outros parentes, como tios, tias, avós, irmãos. Nesse lugar, eles trocam suas experiências, esclarecem dúvidas, desabafam, buscam apoio, como podemos observar nas postagens e comentários a seguir¹²⁷ Na próxima subseção trataremos dos diálogos entre pais e mães de crianças diagnosticadas com transtornos mentais, especialmente o TDAH no grupo do *Facebook* “Pais e Mães de Crianças TDAH”, onde poderemos constatar de perto os efeitos do discurso psiquiátrico na dimensão discursiva do senso-comum.

5.2 O DISCURSO PSIQUIÁTRICO NA BOCA DO POVO: A DIMENSÃO DISCURSIVA DO SENSO COMUM LIDANDO COM O DISCURSO CIENTÍFICO

Ao longo de nosso trabalho, pudemos observar que a detecção precoce de transtornos mentais vem se solidificando obsessivamente em torno das categorias descritas no DSM, principalmente de sua última edição, o DSM-5. As condutas e impulsos que antes eram tolerados e faziam parte do universo infantil e do “ser criança”, adentram o universo psiquiátrico como indicativos de risco para transtornos mentais no futuro. Apesar dos inúmeros diagnósticos distribuídos em quase 1.000 páginas de sua última edição, o TDAH parece ser o

¹²⁷ Todas as citações foram mantidas no original, ou seja, com a linguagem corrente da internet. Por esse motivo, constam muitas abreviações, erros ortográficos, ausência de pontuação. Optamos por preservar a identidade de todos os membros, mantendo-os no anonimato e substituindo seus nomes por nomes fictícios. As postagens foram selecionadas e analisadas a partir das cinco categorias que descrevemos na seção 2.2.

mais comum dado às crianças e adolescentes. Verificamos, também, que até o presente momento não existe nenhum teste ou exame laboratorial específico que detecte o TDAH. Seu diagnóstico é clínico e acontece através de um processo misto, que inclui testes psicológicos, história clínica, análise do desempenho escolar e entrevistas com pais, mães e professores (CALIMAN, 2010). No entanto, esse é o transtorno com maior prevalência na infância e adolescência. Na ausência de marcadores biológicos, qualquer pessoa pode, facilmente, receber um diagnóstico de TDAH e uma prescrição medicamentosa para seu tratamento. É o que tem ocorrido nos últimos anos, numa escala sem precedentes (WHITAKER, 2017).

Nossa pesquisa de campo nos permitiu acompanhar as angústias e êxitos de famílias que têm suas crianças diagnosticadas e que fazem, ou irão iniciar algum tratamento com psicofármacos. Embora tenham crianças diagnosticadas com outros transtornos mentais, o TDAH é o transtorno predominante. Não por outro motivo, o grupo leva seu nome: Mães e Pais de Crianças com TDAH.

Nessa rede social, com mais de 44 mil membros, o discurso psiquiátrico é o grande articulador entre pais e mães que procuram soluções e entendimento para as questões comportamentais que seus filhos e filhas apresentam. Nesse espaço virtual, eles compartilham suas peregrinações em hospitais, clínicas e consultórios em busca respostas; seus medos em relação aos medicamentos e aos inúmeros efeitos colaterais, mas, também, medos em relação ao futuro obscuro que os espera, caso não adotem a via medicamentosa. Relatam as pressões que sofrem por conta das escolas e o sentimento de estarem sem rumo no que tange à educação de suas crianças.

5.2.1 A vida capturada pelos transtornos: da psicopatologia à patologia da infância

As postagens a seguir nos trazem um pouco da angústia de pais e mães que, perdidos entre suas próprias condutas e as questões comportamentais de seus filhos e filhas, procuram ajuda entre os membros do grupo. Geralmente, as questões comportamentais que as crianças apresentam e incomodam pais e escola, dizem respeito aos comportamentos considerados inadequados ou mesmo dificuldades relacionadas aos dilemas cotidianos e familiares. Podemos ver claramente a reprodução de termos médicos nas trocas de mensagens dos usuários dos grupos, e afirmações a respeito da origem/causa dos transtornos mentais em termos biológicos e genéticos. Os usuários parecem replicar o discurso da psiquiatria, acreditando que a única solução para seus filhos é o medicamento.

Postagem:

Olá. Meu filho recebeu um laudo de TDAH através de testes da psicoterapeuta dele (particular \$450 reais por uma hora na semana, os testes foram quase \$2000) e ela o encaminhou a um neuro de sua confiança (\$300 reais a consulta) que mal o examinou e receitou Ritalina. Isso em julho de 2016. Resolvi marcar uma neuro pelo plano. Quando falei para a psicoterapeuta o nome da neuro, ela disse que tomasse muito cuidado que ela iria encher o meu filho de remédio pq ela já era uma médica antiga e que não acreditava no TDAH. Quando fomos na consulta, a médica ficou mais de 40 minutos conosco (coisa rara na classe medica ainda mais pelo plano), conversou com meu filho, perguntou td meu histórico de gravidez e disse que ele tem tudo para ter sequelas da gravidez ruim (tive oligodraminia severa, fumei e bebi até as 13 semanas, quando descobri estar grávida, pois menstruei nos 2 primeiros meses). Ele foi prematuro grave, 1,015kg, 28 semanas. Não descartou o TDAH mas disse que muito pode ser sequelas neurológicas, inclusive ele ainda defeca na roupa as vezes e a terapeuta dizia que era pq o déficit de atenção não deixava ele ter percepção de si, já a neuro está dizendo que pode ser que os neurônios que coordenam essa área foram afetados. Disse que ambos os profissionais anteriores adotam a linha da indústria farmacêutica e disse que fará todos exames neurológicos nele (coisa que o anterior nem pediu) e em vez dele tomar 30 mg de Rita por dia, estará tomando 20 e 1 mg de resperidona, para começar o desmame. Disse que já tinha receitado muito a ritalina para vários pacientes, mas se aprofundou e tomou conhecimento que os malefícios que virão depois são piores que o benefícios e que não vale a pena. (IVE, 05/10/2016)

Comentários:

Como todas aqui sabem, TDAH é um transtorno neuronal. Meu filho ele começou tomando 10 mg há um ano atrás e funcionava. Hj essa dose não funciona mais. É como um viciado cuja dosagem da droga precisa ser cd vez maior para dar a mesma sensação de antes (AS, 05/10/2016).

Não confio nesta última, ritalina não precisa de desmame, repare se ele medicado melhorou. Você conhece seu filho melhor que os médicos. Achei exagero 30mg de início, meu filho começou com 10mg da LA que na verdade libera 5mg duas vezes ao dia e nem precisou aumentar (CJ, 05/10/2016).¹²⁸

Postagem:

Tenho a ABSOLUTA certeza q meu filho tem hiperatividade, e pelo tanto q já li, e ouvi relatos, tenho a certeza do tdah em meu filho. A pouco tempo, obtive o conhecimento sobre o tod. Meu filho se encaixa PERFEITAMENTE dentro de TODAS as características de uma criança com tdah e tod. Sempre desconfiei, mas não tinha o conhecimento q tenho hj, com estudos, leituras e relatos. Desconhecia, basicamente, essas doenças psicológicas, neurológicas que existem. Meu filho desde muito pequeno, com 1 ano e meio, eu já sabia o q ele tinha, mas não sabia descrever direito, e msm quando conseguia, não havia êxito em conseguir, ao menos, um encaminhamento para

¹²⁸ A Ritalina e a Ritalina LA apresentam diferenças somente em relação ao tempo de liberação de sua substância ativa, o cloridrato de metilfenidato. A Ritalina tem em média 3 a 5 horas de ação no sistema nervoso central, enquanto a Ritalina LA, 6 a 8 horas.

análise ou qualquer especialidade que cuide desses transtornos. Só obtive êxito, quando ele teve princípio de pneumonia por erro médico. Porém, por uma crise no casamento, crise financeira, e doenças q surgiram, tive q entregar meu filho para os avós paternos cuidarem quando ele tinha 4 aninhos. Então eles deram continuidade a esse encaminhamento. Meu filho acabou por ser submetido a vários exames, tipo um check up, mais exames comuns. Passou por dois neuropediatras q desconfiaram do tdah, onde foi encaminhado a psicóloga e fonoaudióloga. Meu filho sempre aprendeu tudo muito rápido, desde dos 1 ano e meio quando entrou para uma escola particular integral quando eu comecei a trabalhar. Foi encaminhado tb a um geneticista. E a cerca de 7 ou 8 meses, o geneticista SOZINHO, fechou o diagnóstico de atraso cognitivo. Mas li TUDO o q tem na internet sobre o assunto, e meu filho não se enquadra em absolutamente NADA dessa doença. Sei q não sou médica, mas conheço MUITO bem meu filho, suas dificuldades e manhas. Acredito q toda mãe conhece seu filho! Tô muito perdida sobre em qual caminho caminhar (LB, 03/07/2019)

Comentários:

Uma boa avaliação neuropsicológica seria interessante, porém ele ainda é muito novo. Fale com uma neuropsicóloga. Converse com o Neuro a possibilidade, também, dele ter impulsividade. No TDAH surgem várias comorbidades, o que vai dificultando cada vez mais o diagnóstico (RC, 03/07/2019).

Tdah é neurológico e genético. Atraso cognitivo não é a doença, é consequência, pode ter tdah com atraso cognitivo porém o geneticista não pode dar o laudo sem a avaliação neuropsicológica. Te aconselho a fazer essa avaliação com o psicólogo e levar pra neurologista, caso não consiga fazer antes, converse com ela e diga que vc não concorda com o laudo e que suspeita de tdah, ela irá avaliar bem (LC, 03/07/2019)

Whitaker (2016) havia dito que o fato de medicar crianças e adolescentes com medicamentos psiquiátricos é apresentado pela psiquiatria americana como um avanço médico. Nesse sentido, quando acompanhamos as trocas de mensagens entre os pais/mães e membros do grupo, constatamos que eles parecem acreditar que, medicando seus filhos com diversos remédios/dia, estão lhes oferecendo o melhor e, talvez, o único tratamento eficaz possível. Essa prática médica que – segundo Whitaker (2006) – tomou conta dos Estados Unidos é melhor compreendida como uma empresa de negócios do que realmente um cuidado com a saúde.

Postagem:

Mães, que assim como eu vivem essa agonia, gente eu sou louca pelo meu filho, amo demais, ele tem 7 anos, eu tento ter forças pra buscar uma saída, mas quando levo no médico, eles me dizem que esse comportamento é normal, é dá idade, eu que não sei educar, meu filho é muito hiperativo, agitado, inquieto, tá sempre falando, se mexendo, não consegue ficar quieto, não escuta ninguém, estou desesperada, pois estou muito afetada com essa situação, me sinto exausta, não tenho ânimo pra nada, me sinto prisioneira de casa, porque me isolei de tudo porque não consigo lidar com esse

comportamento na rua, tenho tanto medo de adoecer e não conseguir ajudar meu filho (DB, 09/02/2017).

Comentários:

Os médicos mais indicados são Psiquiatra infantil e psicóloga, especialista na área de TDAH. Os Pediatras acham que nós não temos paciência ou mimamos nossos filhos. Já passei por isso. Fé colega, você vai conseguir. E vc também precisa de terapia no início pra saber como lidar com ele e até pra vc descarregar, não é nada fácil. Bjs espero ter ajudado (NAN, 09/02/2017).

Só um neuro que vai medicar então não perca tempo atrás de outros profissionais veja na sua cidade o mais indicado (SM, 09/02/2017).

Os relatos e pedidos de ajuda de muitos pais e mães apontam para o apelo ao saber psiquiátrico como o único capaz de responder às questões que eles vivenciam no seu dia a dia. Quando NAN diz que os “*médicos mais indicados são psiquiatra infantil e psicóloga, especialista na área de TDAH*”, constatamos que as questões da educação dos filhos, as etapas do desenvolvimento e os comportamentos infantis passaram a ser sustentados em um discurso médico, no qual os modos de ser e agir são controlados e disciplinados por essa narrativa.

Quando LB. diz “*tenho a ABSOLUTA certeza que meu filho tem hiperatividade, e pelo tanto que já li, e ouvi relatos, tenho a certeza do tdah em meu filho*”, a pergunta que nos cabe é: em que fontes essa mãe buscou essas informações? Pelo seu relato, a resposta parece apontar para as mesmas características sintomáticas listadas no DSM, e que são amplamente difundidas pela mídia, já que essa mãe alegava não ter conhecimento sobre essas “doenças psicológicas e neurológicas” até começar a ler sobre. Um ponto interessante (e que confirma o que discutimos anteriormente a respeito da supressão das narrativas de vida em detrimento da perspectiva biologicista) é que as intercorrências que essa criança enfrentou em seus primeiros anos de vida parecem não ter um peso relevante no momento do “diagnóstico” e nem como causa dos sintomas que despertaram preocupação.

As informações sobre os transtornos, especificamente o TDAH, são publicadas e republicadas nas postagens dessas comunidades sociais virtuais sem que os usuários ou mesmo os administradores das páginas chequem suas fontes. Foi o que aconteceu com a postagem publicada por uma usuária que descreve 10 características do TDAH e permite que os sujeitos possam entendê-lo e identificá-lo. A postagem teve 140 curtidas e 49 compartilhamentos:

Postagem:

10 PASSOS PARA LEIGOS ENTENDEREM O TDAH DE UMA VEZ POR TODAS

1. Apesar da nomenclatura, TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) não é sinônimo de falta de atenção. Trata-se, melhor dizendo, de um déficit de INTENÇÃO. Como bem coloca o dr. Russell Barkley, pesquisador mundialmente reconhecido no assunto, "TDAH não é um transtorno de atenção, mas sim uma cegueira para o futuro". E o que ele quer dizer que isso?

2. Significa que a pessoa que tem TDAH não consegue se motivar quando as recompensas por seu esforço estão distantes do presente, em um futuro relativamente distante. Significa que a pessoa tem a capacidade de prestar atenção, mas só quando a tarefa a estimula muito e a recompensa é instantânea. É por isso que crianças com o transtorno conseguem passar horas no videogame, mas não conseguem ficar meia hora estudando ou fazendo o "dever de casa". É por esse mesmo motivo que adultos saem dos empregos quando caem na rotina (mesmo precisando dele) ou deixam para fazer aquela importante planilha literalmente na última hora, mesmo correndo o risco de não terminarem a tempo (e de queimarem o filme com o chefe), mas podem passar horas vendo filmes ou consertando um liquidificador quebrado. Por isso o termo "intenção" é mais adequado: a atenção está lá, mas não é acionada sempre que a pessoa precisa. Ou você acha que alguém ia querer reprovar na escola, levar bronca dos pais, do chefe ou perder um emprego importante?

3. "Ah, isso é conversa fiada pra defender gente preguiçosa. TDAH nem existe". Você já deve ter ouvido alguém dizer isso, talvez até mesmo um médico (muito desinformado). TDAH existe e é um fato: um estudo realizado em 2015 por dezenas de pesquisadores PhDs em neuropsiquiatria* comprova isso. Através de métodos de varredura do cérebro, os cientistas evidenciaram que o cérebro de crianças com TDAH tem volume menor em 5 regiões e que o volume intracraniano também é menor.

4. Mas porque a atenção de quem tem TDAH só funciona através do estímulo? Segundo o nosso caro Dr. Barkley, o motivo é o seguinte: a parte traseira do cérebro humano regula o conhecimento/informações aprendidas e a parte dianteira é responsável pela aplicação prática desse conhecimento. Em uma pessoa neurotípica essas partes se conectam e comunicam-se normalmente, na pessoa com TDAH não. Quem faz a ligação entre as duas partes são os neurotransmissores (dopamina e noradrenalina), e no cérebro do TDAH esses neurotransmissores nem sempre estão no "lugar certo, na hora certa" e nas quantidades adequadas. É como tentar fazer uma ligação telefônica sem sinal: mesmo que os aparelhos celulares funcionem e você saiba de cor e salteado o número do seu melhor amigo, você não vai conseguir falar com ele se estiver "sem sinal". Os neurotransmissores seriam esse sinal. No entanto, quando a pessoa com TDAH se sente realmente estimulada e desafiada, a adrenalina gerada pelo estímulo ajuda a colocar esses neurotransmissores no lugar certo e na quantidade certa para fazerem o seu trabalho.

5. Quando pessoas com TDAH são estimuladas, seu cérebro fica com níveis mais altos de noradrenalina. Com níveis adequados de noradrenalina circulando pelo cérebro, a pessoa, enfim, consegue executar consistentemente suas tarefas. É por terem um desequilíbrio químico nos níveis de neurotransmissores que pessoas com TDAH buscam constantemente por novidades, se metem em encrencas, se submetem a situações perigosas e estão propensas ao abuso de substâncias ilícitas (ou lícitas). Diante desses tipos de estímulo, seu cérebro adquire naturalmente os níveis funcionais de

noradrenalina: é o instinto de sobrevivência humano buscando compensar um desarranjo orgânico.

6. No entanto, pode ser arriscado, doloroso e inviável proporcionar esses estímulos no dia a dia, por isso existem os medicamentos estimulantes como a Ritalina, Concerta e Venvanse: eles ajudam o cérebro a sintetizar mais desses neurotransmissores, mas isso só acontece durante algumas horas, enquanto os estimulantes ainda estão fazendo efeito no organismo. Eles não servem para curar o transtorno, são apenas uma medida paliativa para que a pessoa com TDAH consiga cumprir as tarefas do dia a dia.

7. Ter TDAH não traz problemas somente na execução de tarefas. Como o sistema límbico do cérebro também é afetado, quem tem o transtorno sente as emoções de maneira mais intensa que os neurotípicos (sejam as boas ou as más). Além da intensidade emocional, pessoas com TDAH convivem diariamente com uma labilidade emocional: na prática, isso quer dizer que elas vão do céu ao inferno num mesmo dia (ou mesmo no intervalo de uma hora!) e não conseguem sair de lá sempre que querem, ficando presas a pensamentos ruins como um vinil riscado em um looping sem fim. Para além da intensidade e da labilidade, as falhas de comunicação entre regiões do cérebro tornam bastante difícil para quem tem TDAH compreender o que está sentindo, o que realmente deseja e o que é apenas uma emoção passageira. E é nesse momento de confusão emocional que a impulsividade de quem tem TDAH pode prejudicar suas vidas de maneiras devastadoras.

8. Sim, além de tudo o que já foi dito, o TDAH está associado à impulsividade, embora nem todos os que tem o transtorno sejam impulsivos. A impulsividade geralmente está mais presente entre os que tem a presença da hiperatividade no quadro. Existem, portanto, 3 tipos de apresentação do transtorno: o tipo combinado, em que há tanto a presença da desatenção quanto da hiperatividade; o tipo predominantemente hiperativo; o tipo predominantemente desatento (TDA).

9. Em geral, TDAH é um transtorno que aparece desde a infância, mas o diagnóstico do tipo desatento costuma ser realizado mais tardiamente, pois suas características são mais sutis às outras pessoas. Ser diagnosticado na fase adulta significa que aqueles que descobrem ter o transtorno provavelmente apresentam comorbidades, como ansiedade ou depressão. Imagina ser taxado pelos outros de preguiçoso, acomodado, desorganizado e acreditar a vida toda que se tratam falhas de caráter quando, na verdade, tratam-se de aspectos sobre os quais você não tem controle?

10. O tratamento do TDAH não tem cura, embora uma boa parte das crianças que apresentam o transtorno durante a infância deixem de apresentar seus sintomas na fase adulta. O melhor tratamento, tanto para as crianças quanto para os adultos, vai depender das necessidades e do contexto de vida de cada indivíduo. Em geral, o tratamento consiste no uso de medicamentos estimulantes, terapia cognitivo-comportamental, exercícios físicos, adequação nutricional e técnicas diversas de organização, planejamento e aprendizado. Mas, acima de tudo, o melhor tratamento para o TDAH é a compreensão e o apoio dos familiares, amigos e cônjuges.

**Maior estudo de imagens cerebrais do TDAH já realizado. Ele foi coordenado pela Dra. Martine Hoogman, que realizou, ao lado de mais de 40 cientistas PhDs de diversas partes do mundo, coletas de mapeamentos cerebrais de mais de 3200 pessoas. O estudo foi publicado na renomada revista científica *The Lancet Psychiatry* (TF. 14/10/2017)*

Comentários:

O melhor texto! Muito esclarecedor td verdade. Obrigada. Me ajuda muito quando leio um texto assim (FR. 14/10/2017)

Perfeito texto pra imprimir e entregar pra alguns (AL., 14/10/2017)

Apesar de quase 60 comentários dos membros, nenhum questionamento ou crítica foi levantado. Ao contrário, todos os comentários foram no sentido de aplaudir, agradecer ou pedir permissão para compartilhar. Nenhum membro que leu e acompanhou a publicação se interessou em verificar as fontes da postagem. Numa linguagem fácil e acessível, todo um trabalho científico foi traduzido e reduzido em 10 tópicos. No entanto, ao pesquisarmos o estudo e o nome citado na publicação da pessoa responsável por esse estudo, Dra. Martine Hoogman, constatamos as falácias e fragilidades de tal pesquisa.

O estudo, intitulado “*Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis*”¹²⁹ (Diferenças de volume cerebral subcortical em participantes com transtorno e déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adultos: uma mega-análise transversal), foi publicado em 2017 na *Lancet Psychiatry* e financiado pelo NIH (*National Institutes of Health*). O artigo traz em sua declaração de interesses o envolvimento de diversos laboratórios farmacêuticos, como Roche, Otsuka Pharmaceutical Ltd, CorTechs Labs, Janssen-Cilag, Novartis, Shire e outros.

O estudo trata de diversas neuroimagens que, segundo a interpretação dos 82 pesquisadores envolvidos, demonstravam alterações estruturais em várias regiões do cérebro em crianças e adultos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Os pesquisadores analisaram imagens de ressonância magnética cerebral de indivíduos diagnosticados com TDAH em comparação com aqueles que não tinham esse diagnóstico. A amostra compreendeu 1.713 participantes com TDAH e 1.529 controles de 23 locais com uma idade mediana de 14 anos (variação de 4-63 anos). Os resultados apontavam para um volume intracraniano menor em indivíduos com TDAH em comparação com os controles na meganálise. Inclusive, os pesquisadores afirmaram que os dados da análise serviam para confirmar que pacientes com TDAH têm cérebros alterados, portanto, o TDAH é um distúrbio do cérebro. Afirmaram, também, que o atraso da maturação cerebral para o TDAH não tinha

¹²⁹ Para acessar o artigo completo: Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D.P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S. J.Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4, 310–19. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)

nenhuma relação com quaisquer comorbidades ou efeitos de medicação, mas era exclusivamente relacionado ao diagnóstico de TDAH.

Esse artigo foi tão incongruente que gerou uma onda de críticas de outros pesquisadores. Até mesmo Allen Frances (presidente da força tarefa DSM-IV) se pronunciou, denunciando o estudo. No artigo intitulado “*Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults*”¹³⁰ (Diferenças de volume cerebral e subcortical em participantes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adultos), Frances (2017, p. 1) declarou que as afirmações de Martine Hoogman e seus 81 co-autores, não se sustentavam em seus próprios dados. Segundo Frances, o erro principal do estudo liderado por Hoogman foi a troca de duas variáveis em uma análise, resultando num gráfico em que os indivíduos com TDAH portavam QIs mais elevados do que os indivíduos sem diagnóstico de TDAH do grupo de controle. Hoogman e sua equipe reconheceram o erro, mas argumentaram que QI menor é causado por TDAH e não deve ser controlado estatisticamente.

Para Frances e seus colegas, essa causalidade não foi demonstrada, pois baixo QI não é um critério para diagnóstico de TDAH, ou seja, associações não implicam necessariamente em causalidade. Eles afirmam ainda, que o comportamento que chamamos de TDAH não está relacionado a nenhum defeito cerebral ou pais que não sabem educar.

As diferenças biológicas não implicam automaticamente em anormalidade ou patologia. De acordo com Hoogman e colegas, chamar o TDAH de doença cerebral pode ajudar a reduzir o estigma do TDAH. Essa redução do estigma, é claro, não justifica rotular o TDAH de doença cerebral se não for, mas mais importante, rotular o TDAH de doença cerebral também é simplesmente errado. Muitas pessoas se sentem estigmatizadas e sem esperança quando informadas de que têm uma doença cerebral (BATSTRA; MEERMAN; CONNERS, FRANCES, 2017, p. 1)

Segundo Peter Simons, do site Mad in Brasil¹³¹, comunidade de língua portuguesa integrada à comunidade internacional reunida em *Mad in America* (que integra trabalhos de diversos pesquisadores, professores, médicos e psiquiatras do Brasil e do exterior que se debruçam sobre o tema da saúde mental), o diagnóstico de TDAH tem sido bastante controverso e seu maior problema decorre, justamente, do afrouxamento das categorias diagnósticas, levando ao sobrediagnóstico. Sendo assim, a divulgação de um artigo com sérias deficiências

¹³⁰ Para ler o artigo na íntegra: Batstra, L., te Meerman, S., Conners, K., & Frances, A. (2017). Diferenças de volume cerebral subcortical em participantes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adultos. *The Lancet Psychiatry*, 4 (6), 439. doi: 10.1016 / s2215-0366 (17) 30107-4.

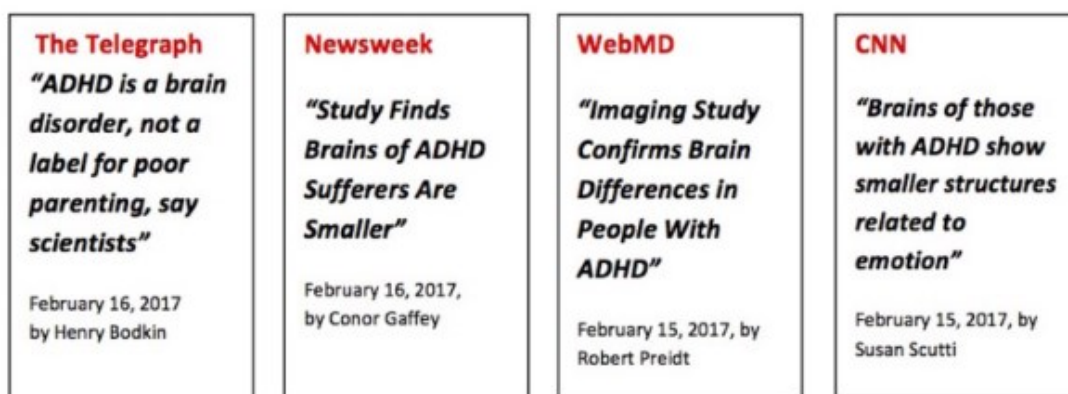
¹³¹ Maiores informações acessar: < <https://madinbrasil.org/>>

metodológicas, problemas de dados ausentes e erros e omissões de relatórios estatísticos como esse, acarreta o que Frances alertou:

O fato de que a mensagem deste estudo em grande escala, agora provando que o TDAH é um distúrbio cerebral, já foi amplamente divulgado na mídia é seriamente preocupante. Esta mensagem corre o risco de desinformar o público em geral sobre a natureza do TDAH e pode prejudicar as pessoas diagnosticadas com o transtorno. Além disso, tal simplificação pode facilmente aumentar o risco de fatores sociológicos e outros fatores ambientais relacionados a comportamentos problemáticos (percebidos) serem negligenciados. No entanto, o argumento mais importante contra a conclusão dos autores de que "pacientes com TDAH têm cérebros alterados" é que não é apoiado por suas próprias descobertas (BATSTRA; MEERMAN; CONNERS, FRANCES, 2017, p. 1).

O resultado foi exatamente esse. Sua repercussão foi tão rápida e ampla, que logo após sua publicação diversas mídias do mundo tomaram conhecimento desse estudo. As manchetes enviadas aos jornais e veiculadas pela mídia, resumiam os pontos centrais do estudo, como mostra a imagem abaixo:

Figura 18 - Repercussões sobre o estudo TDAH na mídia internacional



Fonte: Mad in America, 2017

No mesmo ano de lançamento desse estudo controverso, mães e pais passaram a relatar no grupo problemas que relacionavam o TDAH ao tamanho do cérebro, como o dessa mãe abaixo:

Postagem

Mães e pais tenho uma dúvida!! Tenho visto muito aqui no grupo falando sobre a imaturidade das nossas crianças com TDAH e o cérebro ser pequeno... A minha filha já fez EEG E mapeamento cerebral. O dr. disse que ela tem uma imaturidade cerebral ou seja é abaixo da idade...se comporta de uma maneira mais infantil em tudo. Será que isso é um problema? Algum transtorno ou algo assim? Será que passa? Ou isso é um detalhe a mais, algo que as crianças com TDAH possuem como sendo delas por ter o TDAH ou ter o cérebro menor?

Às vezes fico preocupada com a imaturidade da minha pequena ... a forma como ela vê a vidinha dela sem malícia para nada e tão inocente pra tudo ... me bate um medo de não poder estar sempre perto pra protege lá de coisas q ela nem sequer percebeu 😞... maldade das outras crianças.

Tenho medo que as outras crianças façam ela de boba... na verdade ela sempre pensa que estão brincando. E na vdd as vezes não é!

Será possível saber a idade do cérebro ou o tamanho? Não perguntei isso ao médico ele também não falou ... mas eu acho q no fundo ... eu não queria saber!

Mas de qualquer forma vcs também se preocupam com isso? Só tenho medo q ela sofra! Como podemos lidar com isso? Terapia ajuda?

Obrigada! (CMN. 01/06/2017).

Comentários:

Já foi comprovado que esse tipo de doença afeta o tamanho do cérebro! (PR. 01/06/2017).

É importante fazer exames, ressonância com neuro...o TDAH muda tamanho do cérebro sim (JK. 01/06/2017).

De acordo com Whitaker (2017), esse sistema de histórias contadas pela psiquiatria é o responsável pela ilusão social da cura psicofarmacológica dos transtornos mentais, bem como a teoria sobre o desequilíbrio químico nas doenças mentais; da ideia de que os dos transtornos mentais são doenças orgânicas ou mesmo da alteração cerebral provocada por eles. Após o lançamento do DSM-III, a APA iniciou uma maciça articulação discursiva frente ao público difundindo seu modelo biomédico. Não só adotou práticas de mercado, como criou uma divisão de publicação e *marketing*, e desenvolveu um instituto de relações públicas que treinava seus membros em técnicas para se pronunciar diante da imprensa. Em 1981, fundou sua própria editora e passou a fiscalizar os manuais publicados. Produziu fichas informativas e passou a distribuí-las nos meios de comunicação alertando sobre a prevalência dos transtornos mentais e da eficácia dos psicofármacos. Segundo Whitaker, era o início de uma verdadeira ofensiva midiática em todos os níveis e com todos os recursos. A mídia passou a tratar com regularidade da grande transformação que a psiquiatria estava vivendo. A partir de então a psiquiatria biológica foi se firmando, e o público foi aprendendo que os transtornos mentais estão ligados aos genes; que os cientistas estão desvendando a biologia da depressão e da ansiedade ou que pesquisadores descobriram a chave química de determinado transtorno. O discurso dos peritos do corpo havia conquistado mercados e mentes.

Entretanto, apesar da disseminação dos dogmas da psiquiatria biológica e sua crença consolidada no pensamento popular, os substratos biológicos de qualquer transtorno mental continuam desconhecidos. Mesmo assim, esse é o modelo que é difundido entre a classe médica

e afins, profissionais da educação, mídia e população. Nas redes sociais virtuais, podemos observar os efeitos desse discurso entre pais e mães que tentam desesperadamente entender os comportamentos de seus filhos, ajudá-los na escola, nas tarefas diárias, no dia a dia.

Um dos efeitos do discurso psiquiátrico na dimensão do senso comum é a compreensão de todo problema infantil como um transtorno mental, resultado de um desequilíbrio químico e que exige intervenção farmacológica.

Postagem:

Boa noite, gostaria de falar sobre o meu filho de 3 anos e 7 meses. Ele nasceu prematuro de 30 semanas. Desde uns 6 meses pra frente sempre notei que ele era um bebê agitado, não gostava que as pessoas ficassem sentados com ele no colo. Quando começou a usar andador não parava um segundo com o andador em um cômodo da casa, era o tempo todo de um lugar para o outro. Conforme foi crescendo foi se desenvolvendo bem, começou a andar no tempo certo, falar no tempo certo. Hoje ele fala praticamente de tudo, já desfraldei ele. O que me deixa preocupada é a agitação que ele tem, não se distrai com nenhuma brincadeira, e quando vai brincar fica o tempo todo nervoso e irritado porque alguma coisa não sai igual ele quer, começa a chorar e joga tudo no chão. Raramente eu vejo ele brincando e feliz e se ele brinca é muito pouco tempo. A única coisa que realmente prende um pouco a atenção dele são desenhos no YouTube. Sempre quando come alguma coisa joga no chão o que sobra, tem a mania de quer chamar a atenção, quando percebe que alguém está conversando começa a jogar as coisas no chão. Quando eu saio com ele, quer correr sem parar nos lugares, não para um segundo, sai correndo pela rua sem medo nenhum, eu evito de sair de casa com ele pq se eu saio ele dá muito trabalho, tenho que ficar o tempo todo correndo atrás dele igual uma louca, se eu tento segurar não mão começa a se jogar e a gritar. Raramente as pessoas da família tem a capacidade de olhar ele, porque ele é uma criança que exige muita atenção. Gostaria de saber o que vocês acham em relação a isso, se realmente ele tem as características de hiperatividade (BCA, 25/12/2015).

Comentários:

Leve ele em um neuro para diagnosticar melhor, mas meu filho tem diagnóstico de TDAH tbm era assim (KC, 25/12/2015).

Tem características de TOD (RV, 25/12/2015).

A minha tinha 5 anos e o neuro pediatra disse que era cedo para diagnosticar só com seis anos levei a uma psiquiatra infantil que diagnosticou tdah facilmente na primeira consulta. Só fui entender a agitação da minha filha depois de começar a ler sobre e descobri tbm pq ela largou o peito com 8 meses, pq não tinha paciência mais para mamar, ficava 2 minutos no peito e levantava daí depois ficava com fome (LSR, 25/12/2015).

Allen Frances, num artigo para o New York Post (2013), intitulado “*A disease called childhood*” (Uma doença chamada infância)¹³², disse que uma das coisas mais difíceis na psiquiatria é a realização de um diagnóstico correto, principalmente em crianças e adolescentes, uma vez que os sintomas têm um histórico curto e transitório, e são frequentemente influenciados por fatores como diferenças de desenvolvimento, família, escola, estresse dos colegas e outros. Mas o ponto principal que o psiquiatra destaca é que na maioria das vezes nenhum diagnóstico é necessário porque os sintomas desaparecem sem intervenção. Sua constatação é de que estamos transformando imaturidade em doença.

O relato descrito por BCA traz em sua estrutura o desenvolvimento normal de uma criança de 3 anos, ávida por descobrir o mundo, que ainda não tem maturidade emocional para lidar com a frustração e com negativas. Uma criança que busca atenção dos adultos e que está imersa naquilo que Freud (1914) chamou de narcisismo. No entanto, a mãe parece não reconhecer nenhum daqueles comportamentos como pertencentes à infância e, como que capturada pela rotulagem psiquiátrica de comportamentos, estranha-os e os enxerga como um possível sinal de anormalidade.

No sentido oposto da criança construída pelo discurso psiquiátrico, a criança que Freud (1914; 1917) nos mostrou sente tristeza, raiva, desejos destrutivos, vive conflitos e contradições, é portadora de sexualidade e escapa ao controle da educação. A ideia e o conceito de criança e de infância trazidos pelo discurso da psiquiatria biológica são padronizantes e têm suas etapas de desenvolvimento e maturação muito bem demarcadas cronologicamente. Essa construção discursiva promove a avaliação dos marcos de desenvolvimento em termos de normal ou patológico. Essa perspectiva não aborda a criança como sujeito, dependente das vicissitudes de sua própria história e de sua estruturação inconsciente. A criança erigida no decorrer dos últimos 20 anos pelo discurso psiquiátrico não é a criança freudiana que, conforme nos mostra Prizskulnik (2004), para além de seu corpo-organismo - marcado pelas etapas de desenvolvimento delimitadas pela perspectiva biológica - possui, também, um corpo constituído e marcado pela sexualidade e pela linguagem, corpo que, muitas vezes, não coincide com o corpo-organismo.

No discurso psiquiátrico, a criança é um organismo descolado de seu corpo histórico, social e político, ou seja, de seu corpo tecido e marcado pela linguagem, não sofrendo interferências ou atravessamentos por nenhuma dessas esferas. Como um organismo puramente

¹³² Acessar o artigo completo: < <https://nypost.com/2013/03/31/a-disease-called-childhood/>>.

biológico, ela deve responder aos estímulos internos ou externos, de maneira uniforme e catalogada, nem que pra isso sejam necessárias intervenções psicofarmacológicas.

Postagem:

Boa noite!! Tenho um filho com 8 anos de idade. E a quase 2 anos foi diagnosticado com TDA sem hiperatividade. Depois de várias perguntas feita pela neuro ela chegou a conclusão q o Déficit de atenção do meu filho é devido o horário q ele dorme. Por mais q ele canse só dorme entre 22:00 e 23:30. Então ela passou a medicação CARBAMAZEPINA antes da janta e em dose baixa. Quando comprei li a bula e vi que serve para pessoas epiléticas. Fiquei em choque e voltei lá e questionei a médica. Ela me disse q descansava o cérebro e dava sono. Realmente tanto a professora de reforço como a do colégio elogiaram tanto o aprendizado como o comportamento do meu filho. Mas deixei de dar pq meu filho em 3 meses engordou 6kg. Como ele era bem magrinho não chegou a ficar gordinho. Agora ele tem ficado muito nervoso ao fazer as provas apesar de tirar notas boas sei q ele tem sofrido com esse nervosismo. Falei sobre a Ritalina. Aki no grupo vejo q os filhos de vcs tomam vários tipos de medicações. Alguém já teve experiência com a CARBAMAZEPINA em pessoas com TDA? (DM, 9/11/2017).

Nesse contexto, presenciemos uma vigilância extrema sobre as respostas que as crianças irão apresentar a todas e quaisquer questões ordinárias, sejam elas relacionadas ao desenvolvimento, à educação escolar ou ao comportamento. Respostas que fujam dos padrões estabelecidos, ou daquilo que idealmente se espera, serão interpretadas como patológicas, desconsiderando-se o corpo para além do organismo.

Postagem:

Gente preciso de ajuda, meu filho (14) como já poste aqui, tem transtorno opositor desafiador e de conduta, também tem déficit de atenção e hiperatividade grau máximo, tomou Ritalina e Zargus uns meses, mas desde q recebi os diagnósticos tenho uma aflição com esses remédios então tirei dele, não dei mais pois tenho medo dos efeitos colaterais, tenho medo dele ficar viciado ou se um dia parar d tomar ficar pior, mas enfim, tem acontecido muitas brigas na cossa casa devido ao comportamento terrível e agressivo dele, acabei me separando do meu marido q não é pai dele, e não entende a situação, não tem paciência, agora depois de meu marido pedir pra voltar estou pensando se devo medicar meu filho para q a gente possa ter um lar sadio sem brigas, sem gritos. Detalhe a escola tbm já disse q sem medicamento ele não entra mais na escola pois teve uma professora q se demitiu d tanto q ele incomodava na aula, sinceramente não sei q atitude tomar, tô perdida, aflita, angustiada sem saber o q fazer (AZ, 03/02/2015).

Nesse cenário perturbador, a medicação desempenha um papel de protagonista do desenvolvimento infantil convencionalmente considerado normal. No entanto, Allen Frances nos alerta que:

Talvez o mais preocupante em tudo isso seja como está mudando a definição de comportamento normal. Uma criança que está mais interessada em brincar ao ar livre do que em uma sala de aula sofre de TDAH - ou simplesmente tem 7 anos? Uma criança que bate a porta do quarto e se recusa a ir jantar está sofrendo de depressão - ou tendo um acesso de raiva? (FRANCES, 2013).

Exatamente nesse ponto, podemos observar com maior nitidez o abismo que separa a noção de criança na perspectiva psiquiátrica, da noção de criança na perspectiva freudiana, e os motivos que levaram a psiquiatria biológica a romper com as bases psicanalíticas a partir de 1980, com o lançamento do DSM-III.

Com Freud (1914), aprendemos que o nascimento de uma criança em tempo algum corresponde àquilo que os pais esperam dela, posto que o que esperam é a perfeição. Na verdade, os pais tentam compulsivamente atribuir todas as perfeições ao filho, ocultando suas deficiências e dificuldades. A criança é aquela que concretizaria os sonhos dourados que seus pais jamais puderam realizar. O que Freud nos mostra é que o amor dos pais, comovente e infantil, não é outra coisa senão o renascimento de seus próprios narcisismos, transformados em amor objetal, revelando sua natureza anterior. Dessa maneira, compreendemos que, inevitavelmente, a criança será idealizada pelos pais e, também, pela própria sociedade e seu arcabouço cultural. Anseiam que ela seja comportada, inteligente, afável, obediente e, principalmente, que se desenvolva docilmente no tempo estimado biologicamente, ou seja, no tempo do Outro. No entanto, alcançar a perfeição e corresponder às expectativas do outro é impossível, essa criança tem grandes chances de fracassar dentro disso que esperam. Quanto mais se espera dela, mais chances de frustrar as expectativas externas ela tem. De acordo com Tenório (2002), para a psicanálise, esse tipo de fracasso e frustração tendem a ser benéficos, pois fracassar frente a um ideal inatingível é a condição de possibilidade para que o sujeito saia em busca de seu próprio caminho, de seu próprio desejo, valendo-se de seus traços singulares.

A criança na perspectiva psiquiátrica, como vimos durante o desenvolvimento deste trabalho, não tem espaço para suas próprias singularidades, seu próprio tempo e seu próprio desejo. Aqui, o narcisismo inerente e inevitável dos pais é insuflado e acrescido de outro ainda mais tirânico e arbitrário. Essa criança é apenas um organismo vivo, dotado de um corpo biológico e um cérebro que deve ser programado e adaptado para ser uma super criança e se tornar um super adulto. Cabe a ela corresponder a todas as expectativas determinadas pela

psiquiatria e neurologia, sem falhas ou imperfeições. Caso contrário, cabe à psiquiatria obter o diagnóstico correto e prever seu curso futuro.

Na perspectiva psicanalítica, o “TDAH” deve ser analisado na clínica singular, e não na clínica que apaga, justamente, o que o sujeito tem de mais singular através de questionários e protocolos de atendimento. Nas conversas entre os membros de nossa rede social virtual, a narração de casos singulares para além das descrições sintomáticas é quase inexistente. As trocas de mensagens parecem suprimir a criança em si e dar corpo ao sintoma, de modo que ele é tomado como uma entidade, quase sempre igual a ele mesmo, passível de ser localizado e descrito pelo saber científico.

O grande debate que fomenta a questão da epidemia diagnóstica do TDAH, segundo Marcelo Veras (2014) é saber se essa hiperatividade é algo intrínseco ao cérebro – que é a visão da psiquiatria biológica - ou se faz parte de um processo que comporta uma tensão entre Eu e o Outro. Em outras palavras, a grande questão é saber se o TDAH é da ordem dialética, podendo ser aprendido a partir de uma relação com o Outro, com o mundo, ou se essa tensão se encontra inscrita em um certo determinismo biológico inabalável. No entanto, temos que levar em conta que a mesma sociedade que induz a hiperestimulação, busca instrumentos de controle e poder sobre tudo o que escapa às normas.

5.3 A ORIENTAÇÃO QUE DESORIENTA: A TRISTE ATERRISSAGEM DE UMA NARRATIVA PSIQUIATRIZANTE

O desdobramento do discurso científico pela dimensão do jornalismo e sua aterrissagem na dimensão discursiva do senso comum é um ciclo demasiado complexo, uma vez que não traz a resolução de problemas que parecia que traria. Concretamente, no discurso científico dos transtornos mentais opera-se uma radical despolitização centrada na a-historicidade e no aniquilamento das narrativas de vida. A nosso ver, essa aterrissagem não orienta os sujeitos - ao contrário, falha em diversos aspectos. Não apazigua as angústias que pais e mães vivenciam em situações que aparecem no decurso do crescimento de seus filhos, não elucida problemas decorrentes do tratamento adotado, diverge em pensamento e postura de um profissional para o outro, é ambígua e exclui as especificidades de cada caso, restringindo-se tão somente em questões sintomáticas e categorias diagnósticas descritas no DSM.

Com isso, o que vemos são pais e mães perdidos sem saber ao certo que rumo tomar. Observamos alguns pais temerosos com o diagnóstico, o tratamento, o medicamento; enquanto outros parecem reforçar a adesão ao tratamento medicamentoso, numa tentativa de

autoconvencimento e convencimento dos demais a respeito da eficácia de suas escolhas e do tratamento sugerido.

Postagem:

Estou perdida sem saber em quem confiar, levei meu filho no neuro a pedido da escola, pois a escola o acha desatento e mto agitado, o Neuro leu o relatório da escola e disse que a suspeita é de TDAH, e me deu dois questionários, um para escola responder e outro pra mim, e pediu um laudo da psico e da fono. Levei na psico e ela leu o relatório da escola e os questionários, conversou comigo a sós e com o meu filho a sós tbm, fez várias perguntas a ele, já fez duas consultas com a psicóloga e ela discordou totalmente do neuro, disse q ele não tem tdah pois interage mto bem e presta bastante atenção em assuntos do interesse dele, e é bastante sociável, disse q ele só precisa de limites e independência, e q com terapia comportamental resolveria, e a fono tbm discordou do neuro e tbm afirmou q ele não tem tdah, fez algumas dinâmicas com ele e disse q se ele tivesse tdah ele não teria uma memória mto boa como ele tem e nem aprenderia as coisas com tanta facilidade, ambas mandou que eu tirasse o tdah da cabeça pois não é o caso dele, agora ele vai continuar com a terapia comportamental com a psico, e com a fono para corrigir a dislalia (troca do r pelo l ou mais conhecida como a síndrome do cebolinha) tanto a psico e a fono acham que o motivo do comportamento hiperativo dele, não seguir regras, problemas na fala é pq ele não tem convivência com crianças, é filho único e só convive com crianças na escola, então na escola ele extravaza a energia acumulada, agora eis a questão confiar no neuro e dar remédio, ou confiar na psico e fono que apenas terapia resolveria? (DR, 26/8/2016).

Comentários:

Tem que avaliar bem o que está acontecendo. Meu filho primeiro foi detectado TDAH por ser desatento, bagunceiro, porém sempre com muita facilidade de aprender tudo muito rápido. Depois descobrimos tb superdotação (SS, 26/08/2016).

Mas não é você querer ou não medicar. A questão é se ele necessita ou não (SMR, 26/08/2016)

Postagem:

Bom dia, meu filho tem tdah levei em outro neuro e ela disse que ele tem TOD e retardo mental, passou Risperidon manhã e tarde e um estimulante pra memória, alguém no grupo tem filho com esse diagnóstico? Eu confesso que estou um pouco perdida principalmente como lidar com o TOD (DP, 12/09/2016).

Comentários:

Tá errado, ele não pode diagnosticar seu filho com retardo mental (deficiência intelectual) sem os testes wisk e harven com a psicóloga. Desculpa DP, mas procura outra opinião. Eu digo porque meu filho estava sob suspeita de deficiência intelectual

aos olhos da Psicopedagoga e da fonoaudióloga. Mas nos testes que o Neuro dele que é o Dr. Clay Brites pediu com a psicóloga, mostrou que ele não é deficiente intelectual. Ele tem transtorno de aprendizagem (português e matemática) e TDAH, e depois com outro exame que a fono pediu também descobrimos que ele tem distúrbio do Processamento Auditivo. Ele já começou as intervenções com Psicopedagoga e fono, já melhorou muito.

Eu fiquei 2 anos com uma Neuro que deu diagnóstico errado pra ele, e isso custou 2 anos de prejuízo escolar, e muita tristeza em nós.

Vale muito a pena ser muito bem investigado, por mais que vc gaste um pouco mais, vale muito a pena 🙄🙄 (TGB, 12/09/2016).

Meu filho de 11 anos tem esse diagnóstico. O TOD é o pior. Se não for bem tratado na infância, deixa de ser transtorno de comportamento para ser transtorno de conduta. O Risperidona funciona para controle do TOD, mas precisa também de psicoterapia com o TCC (LMB, 12/09/2016).

No entanto, ainda que insistam em justificar o mal-estar que experimentam a partir de premissas do discurso psiquiátrico, é evidente o quanto não se sentem seguros e confortáveis com o diagnóstico, mas, principalmente, com os medicamentos. O refúgio que procuram no respaldo biologicista não os protege dos medos e inseguranças, e não mostra uma luz no fim do túnel. Ao contrário, traz muita incerteza, preocupação e reatualiza falsas premissas psiquiátricas, além dos efeitos adversos das medicações que colocam em dúvida o tratamento sugerido pelo médico.

Postagem:

Queria desabafar um medo muito grande que tenho em relação aos medicamentos. Primeiramente não sou contra, meu filho fazia uso da ritalina LA e agora dou Concerta. Bem, minha preocupação é ao longo prazo, vejo tantos remédios do nosso cotidiano que com uso prolongado afeta a saúde, fico pensando se lá na frente meu filho possa desenvolver alguma doença pelo uso contínuo. Essa preocupação me veio a mente após meu filho operar de ginecomastia, o neuro dele perguntou se ele já tinha tomado Risperidona (não sei se escreve assim) porque esse medicamento causa a ginecomastia (crescimento do seio). Meu filho nunca fez uso desse medicamento, então ele me falou que existem vários efeitos colaterais dos medicamentos que os fabricantes não falam, só vem a tona quando há um número muito grande de casos. Então fiquei muito preocupada com o que pode vir a acontecer a longo prazo, se existe algum problema que o fabricante deixa escondido (ES, 21/07/2017).

Comentários:

Meu filho fez uso do risperidona por 1 ano, ele só tem 5 anos, deu um aumento absurdo do hormônio prolactina, troquei de médico pq o mesmo disse q era normal 🙄, a neuro de agora trocou na hora essa medicação e houve uma suspeita de um tumor na

hipófise 🙄🙄, estou aguardando o resultado da tomografia, e a neuro me disse q é um tratamento, isso não significa q será por toda a vida até mesmo pq com 5 anos não existe um diagnóstico fechado pra TDAH, sei q ele é hiperativo pq não para, ele faz Fono e terapia a 2 anos (AP, 21/07/2017).

Segundo o médico do meu filho e o Dr Clay Brites da Neurosaber a única coisa q afeta e o crescimento, deixa de crescer 1 cm do tamanho que tem q crescer, em relação a ajuda q a medicação trás pra criança 1 cm não é nada...faço exames a cada 6 meses e graças a Deus tudo normal! Penso no hoje...amanhã à Deus pertence 😊 (SV, 21/07/2017).

Pois é a psiquiatra do meu só passa Ritalina. Eu que uma vez pedi exame. Não tô gostando dela a 4 anos só fez exame uma vez (CC, 21/07/2017).

A Risperidona foi a única medicação que mais fez efeito para meu filho, mas desencadeou uma compulsão alimentar violenta e engordou 15 kilos. Além disso começou o aumento das mamas que é um dos efeitos. Com 3 meses o efeito da medicação começou a diminuir e fiz a opção junto ao médico de parar (BK, 21/07/2017).

Também engordou quase 15 kg em um mês e desenvolveu mamas, faz uns dez meses que parou de tomar, tomou por um mês... Mas nunca mais emagreceu (CA, 21/07/2017).

O meu sempre tomou a risperidona, mas conforme eles vão crescendo a dose vai aumentando. No ano passado a médica passou a Ritalina para não precisar aumentar a dose do risperidona, meu filho se transformou, ficou nervoso e agressivo. Parei de dar a ritalina e aumentei a dose do risperidona, ele ficou mais calmo. Para o meu filho a risperidona faz super bem, a única questão é ter que aumentar a dose (YA, 21/07/2017).

Os inúmeros relatos sobre os efeitos colaterais das medicações apontam para uma piora do quadro que os havia levado ao médico. Tradicionalmente, a psiquiatria coloca ênfase na melhoria dos sintomas psiquiátricos, dando pouca atenção aos impactos psicológicos e comportamentais negativos, bem como aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Sinteticamente, esse processo acontece da seguinte maneira: inicialmente, pais e mães procuram respostas e soluções para o sofrimento que vivenciam. Persuadidos por médicos, profissionais da saúde e da educação, que também são influenciados pela narrativa dos desequilíbrios neuroquímicos ou disfunções genéticas e por indústrias farmacêuticas, acreditam que a medicação trará alívio para o todo o mal-estar. O início do tratamento é imprevisível. Pode arrefecer os sintomas já na primeira pílula fazendo com que os pais ignorem os efeitos colaterais a longo prazo; ou pode desencadear uma série terrível de reações adversas.

Postagem:

Sobre os efeitos colaterais da ritalina. Iniciamos há 2 semanas, agora com 1 inteiro vejo diferença na escola, mas no final da tarde qdo acaba o efeito da 2 dose... como mexe com o emocional, moro de dó. Ele não chorava por nada, sempre foi tranquilo com tudo. Agora, se passa um comercial no meio do vídeo do YouTube (exemplo de situação) é um choro tão sentido, um drama... converso muito pra ele sempre saber como se expressar e quando pergunto como se sente, ele fala que está se sentindo irritado e estressado, pede um abraço e fica agarradinho. (Tem 6 anos) corta meu coração, fico em pedaços ao ver a mudança de comportamento, porém sei que é necessário, jamais suspenderia. Questão é: melhora com o tempo? A neuro ficou de talvez trocar pro Concerta no mês que vem dependendo dessa adaptação. E quem toma esse outro, como está sendo? (MB, 18/11/2015)

Comentários:

O meu filho toma Ritalina desde os cinco anos e meio e desde dezembro não tá tomando porque descobri um problema no coração, deu bradicardia sinusal eu tô achando que foi por causa da Ritalina, porque ele nunca teve isso. Tô aguardando o médico ver os exames dele para ver se vai continuar ou trocar de medicamento (EP, 18/11/2015).

Minha filha tem 10 anos, primeiro tentei Ritalina não deu certo, os efeitos colaterais foram bem ruins, agora tentei o Venvanse, também não deu certo. Estou tentando o Homeopatia, vamos ver se dá certo (BA, 18/11/2015).

A minha começou a usa a ritalina à 4 dias e só toma 1/2 comprimido de manhã antes de ir pra escola. Percebi que a tarde ela tá ficando muito agitada e hoje como é sábado ela não tomou e agora pouco ela tava muito irritada e nervosa falando coisas absurdas nem parecia uma criança de cinco anos fiquei horrorizada aí fui conversando com ela até que ela se acalmou. Será que isso é efeito da ritalina?obs: isso nunca tinha acontecido antes (SR, 18/11/2015).

Aqui em casa o efeito da perda de apetite foi o de menos importância... ele ficou até com as mãos trêmulas! Muito, muito, muito suor, ranger de dentes durante o pouco sono que conseguia... (BA, 18/11/2015)

A Ritalina comum foi péssima! Autos e baixos emocionas, muito choro, agressividade, e após o efeito ele compulsão alimentar, e hiperatividade fora do comum! Tentamos por mais de 1 ano. Quando tomou o concerta mudou da água pro vinho (FT, 18/11/2015)

Minha filha teve dores de cabeça e acelerou um pouco os batimentos cardíacos, Mas talvez por fatores genéticos. Achei melhor parar! Agora talvez tenha que voltar a dar. Minha filha ficou outra criança quando tomou, bem concentrada. O problema era quando terminava o efeito, virava um furacão (IG, 18/11/2015)

A minha filha com 5 anos já tinha trocado todos os dentes de baixo e está com pelos pubianos! Agora com 6 já caiu mais 3 dentes de cima e começou a aumentar os seios. O médico disse que pode ser do próprio organismo dela toda essa aceleração. Não parei com a medicação, pois estou sem convênio e não quero ver ela sofrendo com os

outros sintomas do transtorno. Ela chora muito, não consegue dormir e fica muito nervosa sem remédio (PV, 18/11/2015)

A ritalina fez com que meu filho desenvolvesse tiques motores. Hoje, esse é o principal problema, e o pior, não tem cura 😞 (JG, 18/11/2015).

Os relatos dessas famílias presentificam a tese illicheana sobre a questão da iatrogenia e seus três tipos. A primeira, a iatrogênese clínica, que aponta a noção de prejuízos ao indivíduo decorrentes do uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica. A segunda, a iatrogênese social, que se refere ao efeito social nocivo do impacto da medicina que provoca uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio, expropriação da saúde enquanto responsabilidade das pessoas e disseminação do papel de doente como comportamento apassivado e dependente da autoridade médica. E a terceira, a iatrogênese cultural que pode ser descrita como a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte.

Num cenário que abarca processos difusos e sub-reptícios de medicalização da infância, pais e mães tentam lidar com as incertezas sobre o diagnóstico e a falta de garantias de “cura” com a medicação. Pais e mães levam seus filhos aos consultórios médicos com queixas comportamentais e saem com prescrição de medicamentos que desencadeiam reações que antes não existiam. Muitas vezes, essas famílias trocam de médico, de medicação e procuram a opinião de outros profissionais, na esperança de uma solução definitiva, ou ao menos duradoura. As crianças iniciam uma fase de entrada e saída de consultórios e passam a fazer uso de medicações fortes que lhes trazem problemas de saúde, muitas vezes graves e que comprometem sua vida e seu desenvolvimento.

Postagem:

Olá bom dia.....Alguém já teve uma experiência horrível com Ritalina LA10 mg??Meu filho de 5 anos tem tdah, tag e tod depois de vários medicamentos darem efeitos colaterais o médico passou a Ritalina.... dei um comprimido ontem depois do almoço e a tarde meu filho surtou.....chorava falava palavras sem nexo não comeu não dormiu foi dormir hoje as seis da manhã....ainda assim um sono muito agitado....hoje estou acabada.....de sono e de tristeza.....nunca tinha visto algo assim (DF, 04/05/2016).

Comentários:

Dei esta medicação pro meu filho por uns 4 meses, O médico receitou uma dosagem mt alta, meu filho TB é igual ao seu, e no início foi bom, ele ficou bem tranquilo, obedecendo e comendo mt, dormindo bem, depois de alguns meses começou a ter

convulsão ocular, relatei ao médico dele q mandou continuar com a medicação, o levei a outro neuro q mandou suspender a medicação, e agora irei levar a outro médico, pq ele está sem nenhuma medicação (RC, 04/05/2016).

Pesquisando sobre o metilfenidato (ritalina), descobri que é um derivado da anfetamina, uma droga que acelera o mecanismo cerebral deixando o usuário ligado e com muita disposição, porem após o efeito a pessoa sente-se irritada e deprimida além de tirar o sono e a fome! Em alguns casos pode causar taquicardia! Ai fiquei pensando que os médicos receitam esse medicamento para crianças? Com todos esses efeitos? Para quem ainda não conhece esse medicamento pesquisem! (PB, 04/05/2016).

Mas PB, vc tem que convir que a maioria das mães já estão assustadas e relutantes em dar a Ritalina, aí vc vem com um comentário desse...a coisa piora. Se a Ritalina tem malefícios tem benefícios também. E o custo benefício do tratamento não vale a pena? Precisamos confiar nos médicos e no tratamento que eles prescrevem, só assim nossos filhos terão uma chance de ter uma qualidade de vida boa (AC, 04/05/2016).

Concordo. Não é a você, mas teu post, esse tipo de post gera preconceito e atrapalha muito pra quem já vive com o peso do diagnóstico ainda tem que viver com a culpa de estar tendo uma conduta prejudicial com seu filho. Temos que tomar cuidado, tipo sair dizendo que os médicos são irresponsáveis. E isso gera preconceito tipo “a eu sou melhor mãe consegui cuidar do meu filho sem o uso dessa droga” e entra no senso comum e levanta a crítica negativa pra quem está nesse tratamento lembrando que cada caso é uma conduta (RR, 04/05/2016).

Vc já leu a bula de remédio pra diabetes? E de remédio pra bronquite? Os efeitos colaterais são absurdos...em algum momento vc questionaria o uso desses remédios? Pois e eu creio que não...meu filho usa ritalina...usa risperidona e ele não fica drogado...muito pelo contrário ele fica bem...se sente bem...não tem mais problemas na escola pra fazer amigos e nem fora dela...ele está evoluindo e melhorando cada dia mais... E no devido tempo essas muletas serão retiradas dele...muito pior é deixar a auto estima ir tão baixo que ele se sinta tão burro que desista da escola, desista de fazer amigos...e na adolescência se tornar usuário de drogas ilícitas...pesquise na internet o índice de adolescentes delinquentes na Inglaterra que são portadores de tdah, não se trataram na infância e que agora estão presos. Procure tb o número de crianças não tratadas que se tornam adolescentes e adultos com transtorno de comportamento...esses números tb devem ser levados em consideração na hora de dar ou não o medicamento a criança...

Do ponto de vista da iatrogênese social, as famílias e as instituições escolares se eximem de um questionamento sobre as possíveis causas sociais e ambientais que podem influenciar nos sintomas que apontam na criança. Em contrapartida, experimentam um enfraquecimento de suas responsabilidades, uma vez que o problema não está nem no modo de educar, nem nas vivências dolorosas que a criança possa estar passando e nem na política ou modelo educacional, mas num déficit neurológico que será resolvido por um medicamento.

Do ponto de vista subjetivo, os efeitos e implicações da nomeação suscitados pelo diagnóstico não podem ser escamoteados. A criança diagnosticada sofre efeitos subjetivos e efeitos de uma significação social a partir de um lugar que ela passa a ocupar. Segundo Kupfer (1999), a criança carrega a exclusão da linguagem e do laço social, ocupando um lugar à borda. Isso gera efeitos no modo como essa criança será vista, tratada e apresentada por seus pais. Bernardino (2013) afirma que o estilo de nomeação a partir de uma classificação universalizante como o DSM anula a singularidade, trazendo importantes consequências subjetivas no que diz respeito a quem ela é, seus traços, sua capacidade de regular emoções e reações frente às questões do cotidiano; sua história de vida, sua origem. O autor ressalta que a presença de um diagnóstico funciona como uma marca diferencial.

Postagem:

Os filhos de vocês sabem que tem e o que é TDAH? Se sim, quantos anos eles tem e como contaram? Eles sabem pra que serve o remédio que tomam todos os dias? (HF, 17/08/2017)

Comentários:

O meu tem 8 anos, eu não falei sobre TDAH, falei que o homeopático era para ele se concentrar melhor, ajudar na escola...mas ele mesmo veio falando que o remédio era para ele ficar mais calmo... 😊 (IL, 17/08/2017).

Sim. O meu ficou sabendo com 11 anos e aceitou numa boa. Toma as medicações sem problema (APB, 17/08/2017).

Para o meu (de 6 anos) disse que a Ritalina é para o comportamento, pois antes dela vinham MUITAS anotações na agenda da escola reclamando do comportamento. Disse para ele que o médico é especialista em comportamento. Como a melhora foi enoorme, ele aceita numa boa! Não disse que ele tem TDAH, para que ele não use isso como justificativa /desculpa! (AG, 17/08/2017).

Não falei e, no momento, nem tenho pretensões de falar. Crianças são espertas. Já vi muitas mães dizendo que os filhos se aproveitam e ficam colocando a culpa de certas coisas no diagnóstico. E olha que não é por falta dessas mães ensinarem, ou darem limites não. Apenas faço questão de sempre ressaltar os pontos fortes, trabalhar junto, dar apoio, ajudar nas dificuldades, além de corrigir os erros. Mas, sinceramente, ainda não vejo em que mudaria, atualmente, eu contar. Os medicamentos, para ele, nem me pergunta para que servem, pois já está acostumado com os do coração e acha que é tudo igual (LNB, 17/08/2017).

Sim o meu tem 8 anos as vezes até pede para tomar quando ele ver que está fora de si sem controle (MAB, 17/08/2017).

Meu neto sabe pra que servem os remédios. Tem 7 anos. Ele toma risperidona para dormir bem e o ritalina pra ficar inteligente na escola. Foi a explicação que dei. Quanto à sigla ainda não expliquei. Tô esperando crescer um pouco mais para entender (MSL, 17/08/2017).

Meu filho, com 7 anos, me perguntou porque ele tomava esse remédio todos os dias. Eu disse que os neurônios dele são muito agitados, e atrapalha ele a aprender coisas, então o remédio serve para acalmar os neurônios, para Ele conseguir viver melhor. Ele entendeu e até pede pra tomar quando não tá entendendo a tarefa da escola (WM, 17/08/2017).

O meu sabe desde que foi diagnosticado. E entende. Quando começou com a medicação, ficou triste e não queria que ninguém soubesse, pra não pensarem que ele é doente. Mas um dia chegou em casa feliz porque tinha descoberto que mais dois meninos da sala dele também tomam Ritalina. Hahaha (STC, 17/08/2017).

Meu filho sabe, mas não gosta da ritalina, ele fala que não consegui conversar, rir, brincar, se isola, mas sem a ritalina ele não tem paciência nem de abrir o caderno na página certa, vai logo pro final do caderno, hoje está com 17 anos, faz aula particular pq sinto que precisa ligar o conteúdo que foi dado em sala, mas aprende com facilidade, mas o tempo dele é mto curto (MRLA, 17/08/2017).

Sim... Desde os 8 anos de idade, porém agora adulto... Não aceita suas limitações. Ele diz que eu o trato como louco. Não quer se tratar. Se recusa a fazer uso de medicamentos... E é isso! Dificuldade sem tamanho! (MCOS, 17/08/2017).

Ao aceitar descrições psiquiatrizantes travestidas de 'verdades científicas' e ajuizamentos que vinculam o determinismo orgânico a questões comportamentais, familiares e de aprendizagem, estamos construindo espaços marcados por estigmas como 'ser rebelde', 'não consegue aprender, se comportar, se controlar', 'tem um problema no cérebro', 'tem uma doença'. Esses espaços se constituem como barreiras para o desenvolvimento físico e emocional saudáveis da criança. Enquadrando-a em rótulos e categorias abstratas, ela fica impedida de captar quem ela é em sua singularidade irreduzível.

5.4 ESCOLA E FUTURO NA MIRA DO RISCO: DO DESEJO DE SABER AO IMPERATIVO DE SILENCIAMENTO

O processo crescente de medicalização da vida cotidiana e suas expressões contemporâneas tem se manifestado com muito vigor no campo da educação escolar e dos serviços públicos e particulares de saúde para onde são encaminhados um grande contingente de alunos com queixas escolares. A dimensão discursiva do campo científico e seus enunciados de problemas neurológicos e disfunções neuroquímicas se manifesta de forma marcante no campo da aprendizagem, tentando estabelecer uma conexão entre esses axiomas e o não

aprender ou não se comportar da forma considerada adequada pela escola. Nesse contexto, a causa das dificuldades escolares das crianças é corolário de disfunções ou transtornos neurológicos (MEIRA, 2012).

Em companhia de Moysés (2001), compreendemos as diferentes expressões desse processo de medicalização e patologização da aprendizagem que procura transformar questões de caráter social em problemas de ordem biológica, desonerando professores, pesquisadores da educação e o próprio poder público da busca por fatores internos às práticas escolares que sejam potencialmente condicionantes da não aprendizagem.

Collares e Moysés (2014) afirmam que tanto professores quanto profissionais da saúde referem-se de modo unânime a problemas biológicos como causas determinantes do não aprender na escola. A descrição das dificuldades de aprendizagem a partir de um transtorno e uma lista de sintomas que apoiam seu diagnóstico denuncia a desconexão e falta de análise crítica sobre as relações entre as questões problemáticas que ocorrem na educação e o contexto histórico-social e político que as determina. As consequências dessa desconexão e ausência de reflexão crítica refletem diretamente na alta demanda de crianças por tratamentos medicamentosos e psiquiátricos (GIUSTI, 2016). De acordo com Moysés (2014), estamos lidando com a transformação de normas sociais em pretensas normas biológicas e neurológicas, capazes de discriminar saúde e doença e, a partir disso, levar crianças absolutamente normais a serem portadoras de dificuldades de aprendizagem, de transtornos mentais e usuárias de psicofármacos.

Nas conversas entre pais e mães da nossa rede social virtual, observamos que tanto as famílias quanto os próprios professores demandam por um diagnóstico médico que nomeie os problemas comportamentais e de aprendizado apresentados pelas crianças. Mais do que isso, muitas vezes pais e mães se sentem pressionados pela própria escola a procurarem ajuda médica para resolverem questões que a instituição não consegue.

Postagem:

É muita tristeza termos de medicar nossos filhos para que possam frequentar a escola. Mais triste ainda é ler relatos de tantos danos causados por um remédio, eu não consigo me tranquilizar em saber que nossas crianças têm de passar por isso e seus pais também. Tão novinhos eles muitas vezes nem sabem relatar os sintomas do remédio, muitas vezes nem nós sabemos, sabemos que estamos mal e nem dá para dizer o que é. Penso que talvez a maioria das crianças que são medicadas estão indevidamente. Para o médico é mais fácil receitar um remédio e acabar com o problema momentâneo, mesmo que muitas vezes ocasione outros problemas. Fico reflexiva sobre essa questão.

Se temos um número tão grande de crianças que não se encaixam nos moldes escolares, só aqui são 37 mil membros, talvez então tenhamos que ajustar esses moldes e rever padrões educacionais. Isso não é a curto prazo, mas chegará o momento que teremos de evoluir para isso, é só observarmos o número de crianças que precisam ser medicadas para frequentar escola.

Outras formas de tratamento fazem ajustes valiosíssimos, florais, homeopatia, aromaterapia, óleos essenciais, tem vários. Porém eles não transformam a criança em robô, não transformam em outro ser, continua sendo aquela criança em sua essência, porém mais equilibrada.

Desculpem meu desabafo, dói meu coração saber que estamos subordinados a um sistema (CM, 13/11/2015).

Comentários:

É, infelizmente as escolas estão botando muita pressão encima dos pais, o que acaba de fato levando-os ao caminho mais “fácil” mas sem imaginar nas consequências ao longo prazo (TF, 13/11/2015).

Meu filho usou um ano. Só perdi tempo e ele um ano escolar além de todos os problemas como reclamações diárias das professoras e dos colegas. Foi um ano terrível. Eu tapava os olhos com a peneira achando que estava melhor e tals... mas a diretora da escola me chamou e disse que não tinha condições que era um mal pra ele e pra todos a volta dele, pois ele atrapalhava demais as aulas e a todos os colegas (ISN, 13/11/2015).

Os ganhos são muito maiores que o efeito. O meu toma desde os 5 anos e está com 14. Única coisa que tira o apetite durante o efeito do remédio. Meu irmão toma a mais de 20 anos e não tem efeito colateral nenhum. Sobre dependência também não há, porque nas férias o meu filho não toma e não sente nenhuma falta. A medicação é usada para a concentração e aprendizado escolar portanto nas férias não há necessidade. No caso do meu irmão ele trabalha em hospital ajuda bastante no desempenho da função dele uma vez que não pode haver desatenção uma vez que ele lida com pacientes. Todos nós trabalhamos na área médica e só damos importância a alguns estudos com comprovação científica o que não é a maioria desses estudos (VFM, 13, 11, 2015).

Não é que é obrigação, você tem que ver que a medicação é a melhor forma de ajudar teu filho. Florais e homeopatia não vão resolver o problema. O maior especialista do Brasil em tdah diz isso...quem sou pra desdizer ele! Procure as entrevistas do Dr Paulo Matos...talvez vc se convença (LH, 13/11/2015).

A questão é que, caso tenha TDAH, ou outras comorbidades associadas, dificilmente florais resolvem. Nós, mães, com certeza não queremos medicar nossos filhos, mas se o diagnóstico estiver correto, quanto antes tratar, melhor. Para a família e, principalmente, para a criança. ❤️ (KN, 13/11/2015).

Eu relutei em dar a medicação pois não havia respondido as terapias a não ser uma piora significativa. Mas aprendi a buscar reais informações e hoje meu filho toma. Primeiro passo entendi os componentes com um amigo bioquímico, segundo li muitos estudos. Procurei as melhores alternativas tinha um segundo plano desistir se a

medicação não desse certo. Detalhe não afetou o comportamento e nem sua personalidade organizou o cognitivo num conjunto de terapia e respostas. Nunca mais fui chamada na escola agora é só elogios (TQ, 13/11/2015).

A principal queixa de aprendizagem relatada entre os pais e mães é a falta de concentração e a dificuldade em iniciar e terminar tarefas. Na maioria dos relatos, observamos que pais e mães percebiam essas dificuldades, mas a pressão constante por parte da escola parece ter sido o fator determinante para a busca por ajuda médica.

Postagem:

Bom dia, alguém mais está tendo dificuldades com a escola do seu filho?? Meu filho tem Tdah, está no 6 ano e veio um papel da escola dizendo pra eu levar ele ao médico que há possibilidade dele ter Tdah, mas ele já é diagnosticado, toma 1 e 1/2 comprimido de Ritalina, faz acompanhamento com Neuro e faz sala de recurso. Já fui na escola pedir pra mudar ele pra sentar na 1a carteira, mas não fizeram, inclusive já havia falado com a pedagoga sobre o Tdah e entreguei o laudo dele. Me parece total despreparo dos professores com alunos Tdah. Gostaria de sugestões a quem devo recorrer (OS, 27/10/2016)

Comentários:

Na verdade eu só levei no médico pq a escola obrigou mas nunca aceitei q meu filho tem problemas, agora é que estou passando por tudo isso é q resolvi fazer o q o médico mandou (MB, 27/10/2016).

De acordo com Meira (2012), a atribuição das dificuldades escolares a problemas orgânicos ou cerebrais do estudante oculta os condicionantes políticos, ideológicos, sociais e econômicos envolvidos na produção do que convencionalmente se chama de TDAH. Os relatos desses pais e mães revelam um grande despreparo que começa no poder público, passando pelas instituições educacionais e atingindo muitos profissionais da educação para lidarem com questões estruturais concernentes aos seus modelos educacionais, bem como com as diferentes formas de ser e estar no mundo que as crianças expressam. O resultado disso é apontado por Collares e Moysés (2014), quando dizem que toda criança ou adolescente que apresente modos de aprender, agir e reagir, de se comportar e não se comportar, que escapem dos padrões impostos, a depender de quem observa, corre o risco de ser rotulada portadora de um transtorno psiquiátrico.

Postagem:

Meu filho de 8 anos está sendo diagnosticado com déficit de atenção sem hiperatividade. A escola me chamou por 3x pra falar das dificuldades dele e pediu encaminhamento urgente pra neuro. Fiquei muito preocupada. Agora ele tá com acompanhamento na psicopedagoga pois tem dificuldade de aprendizagem (em concentração e interpretar questões). O Neuro disse que possivelmente entrará com medicação para ajudá-lo (Ritalina) mas fiquei com medo de efeitos colaterais e será mesmo necessário? O filho de vocês se deram bem com Ritalina? (UB, 09/02/2016).

Comentários:

O meu só aprendeu a ler e escrever depois do Concerta. Acho milagroso. Ele não foi a psicopedagoga, só fono pq além de TDAH tem DEL. (KB, 09/02/2016).

A minha filha tá tomando LA de 20 tem um mês. Ele melhorou muuuuito. Tá mais ativa, mais disposta e msm com pouco tempo, senti mta melhora na concentração nos estudos. Principalmente na leitura q ela lia e nunca gravava nada. O único incômodo pra mim é q tem uma hora do dia q ela balança tanto a perna q me dá agonia. Tipo um tique sabe? Mas a médica disse ontem q isso vai passar. Vamos ver. Aah a minha filha teve o msm diagnóstico q seu filho TDA (DM, 09/02/2016).

O meu apresentou o mesmo diagnóstico e a Ritalina ajudou bastante, melhorou notas e a letra porém ele ficava muito irritado. Fiz novos exames e irei iniciar com outra medicação VENVANSE, mas é muito cara e tô tentando conseguir de graça pelo governo (UG, 09/02/2016).

Para quem tem o déficit de atenção precisa sim tomar a Ritalina. Meu filho só conseguiu se concentrar na escola tomando esse remédio. O efeito colateral que ele está tendo agora é a compulsão alimentar. O psiquiatra dele agora trocou para o Venvance (PH, 09/02/2016).

Ritalina é um divisor de águas, ainda hoje conversando com neuro do meu filho, estávamos falando dos benefícios e dos mitos de alguns pais (RY, 09/02/2016).

Além das questões do ‘não aprender’ e do ‘não se comportar’, a tônica do risco permeia o imaginário dos pais e mães. Como vimos ao longo de nossa pesquisa, a preocupação com a herança mórbida abriu infindáveis caminhos para intervenções psiquiátricas cada vez mais precoces, o que ficou acordado no vocabulário psiquiátrico como ‘identificação precoce de situação de risco’. Uma linha dentro da psiquiatria, chamada de psiquiatria do desenvolvimento, tem o objetivo de buscar sinais que apontem possíveis desvios e condutas patológicas desde a mais tenra idade (NASCIMENTO; COIMBRA; LOBO, 2012). Esse tipo de articulação permite a identificação e definição de uma série de transtornos da infância como prenúncio de patologias mentais graves e irreversíveis. O reconhecimento desses transtornos se dá na infância e, segundo Caponi (2012), 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 critérios diagnósticos do TDAH descritos no DSM-IV, como desatenção, agitação (hiperatividade), irritação e impulsividade, eram utilizados por profissionais da educação e da saúde para o diagnóstico em crianças a partir de 6 anos. Com o lançamento do DSM-5 (2013), esses sintomas podem estar presentes desde o nascimento. A partir de então, as teses da herança mórbida foram reatualizadas e reforçadas no tecido social. O resultado disso são pais e mães atentos a todo e qualquer gesto, comportamento, fala e movimento da criança que possa dar indícios de que alguma coisa não vai bem. O medo de não seguir o tratamento médico ou não fazer o uso correto das medicações prescritas parece ser mais forte do que os efeitos colaterais dos medicamentos.

Postagem:

A cada dia que passa me dá uma angústia do futuro, sem saber como meu filho será quando crescer, parece que ele piora o comportamento a cada dia, me sinto desgastada com tanta reclamação da escola, impotente por mais que eu oriente, leve aos profissionais, parece que ele só faz o que ele quer, entra em um ouvido e sai pelo outro cada conselho. Só vivo triste com pressão alta tendo crises de ansiedade, mal durmo a noite pensando como será a saúde dele com esses remédios, algumas pessoas falam para eu parar de me importar, mas como???? É meu filhooo eu amo, zelo e me preocupo muito com ele, não tem como não ligar...praticamente impossível!!! Será que isso vai ser pra sempre?? Não adianta falarem que tô sofrendo por antecipação...pq não estou. Desculpe o desabafo... 🙄🙄🙄🙄 (RMI, 14/03/2017).

Comentários:

Mãezinha, veja que o remédio está livrando ele do mal das drogas, inconseqüências. Então mãe dê o remédio pra ele e aceite o transtorno e trate. Crianças que não tratam tem risco alto de envolvimento com drogas e vandalismo (PTG, 14/03/2017).

A nossa luta é grande, mas não podemos parar pois o futuro deles depende de nossa ajuda e dedicação, procure ajuda psicológica pra vc eles saberão te orientar boa sorte pra vc e Deus para todos nós pois nossa luta e a mesma (KL, 14/03/2017).

O psiquiatra do meu filho falou que precisa fazer o tratamento para o resto da vida. Conheço um jovem que mora na Espanha que tem o TDAH e é muito desatento e passa com psiquiatra e neuro e toma medicações e ele tem 29 anos de idade. É formado em direito e está fazendo faculdade de TI. (OB, 14/03/2017).

Analisando a lógica do risco a partir da perspectiva foucaultiana, compreendemos que a normalização do comportamento infantil se opera com vistas em um futuro repleto de riscos.

Como vimos anteriormente, esse processo acontece através de saberes e práticas construídas pelo discurso psiquiátrico que são disseminadas e aplicadas pelos peritos do corpo. Sendo assim, a questão dos riscos de que a psiquiatria se utiliza para disseminar sua lógica preventiva e medicalizante, através da normalização da vida, alerta a população para um perigo sempre iminente: um comportamento desviante que, se não for tratado em sua origem, pode desencadear problemas mais sérios na vida adulta (GIUSTI, 2016).

Postagem:

Olá mães e pais, tenho um filho com 11 anos e é hiperativo, faz uso de Ritalina 10 mg e Risperidon há 3 anos. Tem alguém aqui do grupo que tem filhos que não precisam mais de medicamento? que já tiveram que usar? quero saber porque estou preocupada com o futuro, me falem se ficam com dependência de medicamento, me falem um pouco, me tirem essa dúvida. Obrigada (CA, 18/08/2016).

Comentários:

O meu filho já tomou todos os medicamentos citados aqui no grupo inclusive muita Ritalina, mas a partir dos 13 anos ficou muito agressivo e o médico achou melhor tirar a ritalina e ele passou a tomar quetiapina e anafranil, mas nunca saiu do oitavo ano. Todo início de ano faço matrícula mas só vai no início logo desiste. Hoje aos 16 trabalha numa oficina torneadora, não foi o que sonhei pra ele mas entre ficar na rua e trabalhar é melhor a segunda opção. Chega do trabalho todo sujinho kkkkk. Estudou nas melhores escolas da minha cidade, não tem amizade com nenhum dos colegas das escolas por onde estudou e todos terminando o ensino médio pra cursar a faculdade. Mas aceito o meu filho do jeito que ele é. É tudo pra mim (JD, 18/08/2016).

O risperidon é muito bom, porque o Ritalina tem uma tendência a depressão e o risperidon dá uma animada neles, mas quando eu não dei nas férias ele ficou angustiado. Ele toma desde os 3 anos e agora tá com 5 (MM, 18/08/2016).

Eu entendo de verdade a sua aflição...A negação de aceitação do transtorno de nosso filho tbm se fez presente...mas uma coisa que nos foi dito e que fez a gente mudar a maneira de ver o problema foi que ele tinha direito a ter qualidade de vida. Se ele não se medica e não tem acompanhamento multidisciplinar, ele não terá oportunidade de ter qualidade de vida! O neuro, saberá dosar o medicamento caso haja algum problema de reação ou efeitos colaterais. Se eu filho tem TDAH e não for tratado, quando chegar aos 17 isso vai se tornar desvio de conduta e aí, pode ser bem pior! porque hoje, ele tem impulso que não consegue controlar mesmo ele querendo ele fica agitado...mas, mais pra frente ele poderá gostar de transgredir todas as regras aí, será tarde demais! Procure um psicólogo para trabalhar em conjunto com o neuro...e colha os frutos no futuro! (LJ, 18/08/2016).

Meu filho de 11 anos tem tdah. Se não for bem tratado na infância, deixa de ser transtorno de comportamento para ser transtorno de conduta. O risperidona funciona, mas precisa também de psicoterapia com o TCC (MA, 18/08/2016).

Antes a Ritalina do que drogas ilícitas. Tem uma pesquisa EUA que comprova que 95% dos internados por dependência tem tdah. Pois a Ritalina e a droga entram como um estabilizador. Para pessoas normais entra como alucinógeno, para gente traz tranquilidade. Não faz mal tentar tomar pelo menos alguns meses, pois a alta estima está em risco. Descobri a 8 anos que tenho tdah, e 2 filhos também. Estudo muito e me trato, melhor seu filhos feliz medicado do que triste sem medicamento e com chance de ser delinquente amanhã. E estude um pouco, vai entender que tdah significa uma falta de substância na parte da frente do cérebro, como é uma falta orgânica, temos que repor. Faça um teste (ZT, 18/08/2016).

Cada um tem uma visão para seus problemas! Eu preferi esperar o tempo do meu filho e ele está melhorando a cada dia sem precisar desse medicamento. Quanto as pesquisas, já li muito sobre esse remédio e é até engraçado por que pesquisas revelam que quem faz uso dele está propenso a ter interesse por drogas ilícitas no futuro. E o índice de suicídios na adolescência para quem usou a ritalina a longo prazo é bem significativa (RW, 18/08/2016).

Finalizamos esta subseção lembrando que, para Allen Frances (2013), o que esses pais e médicos precisam aceitar é que não há evidências para apoiar a eficácia da psiquiatria preventiva para crianças com sintomas leves ou ambíguos. Além disso, existe um risco considerável de que intervenções bem intencionadas, mas prematuras, possam causar estigma e tratamento medicamentoso excessivo. Entre um diagnóstico imaturo e impreciso, a espera vigilante, o conselho simples e a redução do estresse ainda são as melhores posturas frente às dificuldades que possam surgir.

5.5 PLATAFORMA VIRTUAL COMO TECIDO SOCIAL: O DISCURSO PSQUIÁTRICO NA COMUNIDADE VIRTUAL

Diferentemente do site, na página da ABDA no Facebook o público interage, curte, comenta e compartilha suas postagens. Frequentemente acontece de mães ou pais chegarem ao site da ABDA através de um link de acesso na própria página do Facebook. Na aba da descrição da página, consta que uma das missões da ABDA é disseminar informações científicas, orientar os familiares e pessoas com TDAH, além de capacitar profissionais de saúde e educação. A página disponibiliza informações de eventos e cursos sobre a temática TDAH e telefone da sede da associação no Estado do Rio de Janeiro/ Brasil.

As postagens publicadas na página da ABDA no Facebook, seguem o mesmo formato da comunidade virtual “Pais e Mães de Crianças com TDAH”: curtas e objetivas, ou apenas compostas por imagens. Seus enunciados e axiomas seguem a mesma linha biologizante,

fisicalista e patologizante com explícita apelação aos remédios, como peça fundamental do tratamento (como exemplifica a imagem 19).

Figura 19 - TDAH como doença



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Na imagem podemos ver personagens com doenças orgânicas, inclusive um deles com a mão amputada sendo ridicularizado por estar sofrendo. Um claro esforço de tecer paralelos e equivalências entre doenças orgânicas e o TDAH, a fim de demonstrar como os sujeitos diagnosticados com TDAH enfrentam críticas e minimização de seu problema. A imagem 20 é o retrato do corpo fantasmático do qual tratava Foucault (2006a). O transtorno como a doença que não se vê, mas está lá. Como, até o momento presente, não foi possível encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, a psiquiatria construiu um corpo através da ideia de herança mórbida ou base genética: ninguém vê, mas existe, quase como uma questão metafísica.

Figura 20 - Corpo Fantasmático



Fonte: Facebook ABDA, 2017

Há uma tentativa explícita de convencer a população a respeito da existência e veracidade do TDAH. Diversas postagens vão nessa direção, inclusive com comentários de pais e mães se queixando das dificuldades que enfrentam junto a familiares, escola e amigos que não “acreditam” na existência do transtorno.

Figura 21 - TDAH Fantasminha



Fonte: Facebook, ABDA, 2016

A definição de doença ocupa um espaço fulcral na clínica, na epidemiologia, na saúde pública e nas ciências sociais em saúde, de modo que envolve questões subjetivas, clínicas e sociais. Em torno da compreensão das determinantes de seu processo, se organizam políticas

de saúde, terapêuticas médicas, pesquisas e experimentos. Helman (1994) nos mostra que esse conceito vem se transformando ao longo dos séculos, e que suas representações sempre estiveram alinhadas ao pensamento dominante de cada período. A partir disso, a história nos mostra que a doença já esteve associada ao pensamento mágico, que a configurava como resultante da perda da alma, de bruxaria ou demônios. Na Antiguidade, a doença era resultado da fúria de Apolo e só ele detinha o poder de extraí-las. Assim, cada período histórico e cada abordagem teórica terá sua própria definição.

A definição de doença para a Antropologia varia entre grupos culturais e classes sociais, e não inclui apenas a experiência pessoal, mas o significado que cada indivíduo atribui aos problemas relacionados à saúde. Ademais, cada cultura tem sua própria linguagem de adoecimento, que se conecta com as experiências subjetivas de mal-estar e reconhecimento, visto que o adoecimento é um processo social que envolve toda a comunidade (HELMAN, 1994).

Na atualidade, o conceito de doença e suas inter-relações se encontra marcado por uma multiplicidade de abordagens. Entretanto, uma abordagem que se pretenda científica, fundamentada nos pressupostos da biomedicina e da genética, deve estar munida de evidências científicas, como marcadores biológicos e exames laboratoriais que constatem o que está sendo definido como doença ou transtorno dentro de seu próprio campo. Não é o que se observa em relação aos transtornos mentais, especialmente o TDAH. Há uma necessidade imperativa de convencer o público sobre a existência desse transtorno. Nesse ponto, cabe uma pergunta: por que é necessário convencer as pessoas da existência de um determinado transtorno mental, afirmando que o mesmo fora comprovado cientificamente quando, na verdade, não existe nenhuma comprovação científica?

A mesma necessidade não é observada em outras doenças orgânicas. Não é preciso convencer alguém sobre a existência de doenças como o câncer, o diabetes, a pneumonia. Também não é necessário persuadir ninguém a consentir com a existência de doenças neurológicas como Mal de Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla. Tais patologias foram investigadas à luz do campo científico dos saberes biológicos, genéticos, moleculares, a partir de tecnologias fundamentadas na biomedicina. Seus resultados, acumulados há décadas, foram e são de fundamental importância para o desenvolvimento da humanidade, sobrevivência e melhoria da qualidade de vida da nossa espécie. Quanto a essas doenças, não há necessidade de convencimento, pois não se trata de uma questão de “fé”, de acreditar em sua existência ou não. Nesse sentido, não podemos afirmar a existência de determinado transtorno mental valendo-se

de prerrogativas científicas e genéticas, uma vez que não há nenhum respaldo científico que ampare tais afirmações.

Figura 22 - TDAH como crença



Fonte: Facebook, ABDA, 2017

Diante da falta absoluta de explicações biológicas para o TDAH, a mensagem emitida nessa publicação é de que nada adianta falar se a pessoa não quer entender. Há uma confusão implícita no que tange à seara do campo científico e a questão da crença. A ausência de marcadores biológicos lança o diagnóstico do TDAH na esfera clínica e subjetiva, como analisamos durante todo o percurso desta pesquisa. Nesse sentido, não se trata de enxergar o que bem quiser, mas, sim, enxergar o que a ciência até agora foi capaz de demonstrar: que não existem provas científicas que confirmem a existência dos transtornos mentais e, muito menos, do discurso psiquiátrico do déficit neuroquímico. O que ultrapassar esse domínio adentra a esfera subjetiva, a opinião pessoal, o ponto de vista, a crença. Mensagens como essa trazem em si a ambivalência e a inversão discursiva, onde aqueles que não encontraram respaldo científico que comprove a existência do TDAH e outros transtornos simplesmente não querem “enxergar a verdade”, ou seja, eles estão do lado opaco da ciência; estão enganados. A lógica da medicalização antecede todas as especificações a respeito do TDAH, e faz com que o discurso opere como verdade religiosa, tal como analisamos em Foucault (2003c).

A ciência faz a diferença justamente ao trazer provas, evidências e constatações de suas teorias. No caso do TDAH, sabemos pelos inúmeros estudos e publicações periódicas que, até o presente momento, não há nenhum marcador biológico que o detecte e nenhuma prova

substantial do ponto de vista científico foi apresentada. O que existe como marcador do TDAH é uma insegurança epistemológica.

Ainda não foi possível identificar os mecanismos fisiopatológicos básicos de cada um dos transtornos mentais. Décadas de pesquisas neurobiológicas não obtiveram êxito no que se refere a etiologia, ou seja, não têm conseguido encontrar o fundamento, a essência e as causas de cada um dos transtornos psiquiátricos. Todavia, postagens sem nenhum embasamento científico são publicadas e compartilhadas diariamente na página da ABDA. Apropriando-se dos postulados biológicos, apresentam premissas que não podem comprovar em seu próprio campo. Conforme podemos constatar na imagem 28.

Figura 23 - Cérebro TDAH



Fonte: Facebook, ABDA, 2015

As imagens de cérebros com e sem o TDAH, tal como cérebros deprimidos ou ansiosos, pretendiam fornecer a prova final de anos de debates científicos. Segundo Whitaker (2017), a teoria dos desequilíbrios químicos dos transtornos mentais reduziu a complexidade do cérebro a um simples mecanismo patológico. Na depressão, por exemplo, os neurônios serotoninérgicos liberariam pouca serotonina na fenda sináptica. Os antidepressivos elevariam e normalizariam esses níveis, permitindo que essas vias transmitissem mensagens numa velocidade adequada. Porém, décadas de estudo não foram suficientes para provar essa teoria, e os investigadores do NIMH (National Institute of Mental Health) concluíram que as elevações ou diminuições do funcionamento dos sistemas serotoninérgicos não estavam associados à depressão.

Mesmo depois desse entendimento, a indústria farmacêutica, através do laboratório Eli Lilly, introduziu o Prozac no mercado, reacendendo na opinião pública a ideia de que os baixos

níveis de serotonina eram os responsáveis pela depressão, dando início a novas pesquisas que também fracassaram. O mesmo se deu em relação a outros neurotransmissores, como a dopamina. Nenhuma investigação corroborou com as teorias bioquímicas dos transtornos mentais.

Foi essa teoria dos desequilíbrios químicos que, na tentativa de deciframento das doenças mentais em um correlato material cerebral, se expandiu para os domínios das emoções, dos comportamentos e sentimentos tornando-se a “fórmula narrativa enganosa em que as companhias farmacêuticas se apoiaram repetidas vezes” (WHITAKER, 2017, p. 90). Com o TDAH, o problema estaria nos baixos níveis de dopamina, e a Ritalina estimularia os neurônios a liberarem uma quantidade extra de dopamina. Deficiências dos neurotransmissores seriam responsáveis pelos comportamentos e emoções experienciadas.

A partir do momento que os peritos do corpo afirmam que o TDAH é um transtorno genético, comprovado cientificamente e que seu tratamento requer o uso de medicação, o leitor - pais e mães e profissionais da saúde e educação - que se apoia no site como uma de suas únicas fontes “seguras” de informação, tende a acreditar no que está sendo dito: afinal quem diz é o médico.¹³³

Nessa relação, como nos mostrou Foucault (2003a), o que está em jogo é a produção histórica da verdade, ou seja, a enunciação de discursos que funcionam entre essas diferentes práticas como justificação racional de verdade, como se verdades fossem. Candioto (2006, p. 65) nos mostra que não há relação neutra e objetiva entre sujeito e objeto, ou seja, o sujeito e o objeto não são tidos como unidades universais e necessárias, “mas eles assim se tornam mediante práticas, que podem ser jogos teóricos e científicos, práticas sociais ou práticas de si. Um objeto ou um sujeito é isso ou aquilo, dependendo da relação histórica que o determina”. Aprendemos com Foucault que a constituição e a modificação da articulação entre objetos e sujeitos acontece por intermédio do que ele chama de objetivação e subjetivação. Ora, nos modos de objetivação ele vai nos mostrar que o que está em questão não são as condições formais do sujeito como objeto, mas como e de que modo ele tornou-se historicamente esse objeto para um saber possível. Portanto, verdade, doença mental ou loucura, poder e sexualidade não são tomados como objetos naturais - mas assim se tornaram através de práticas históricas específicas. A loucura não é um objeto natural, que está posto desde a aurora dos tempos; ela é construída pelo próprio sujeito: tanto a loucura como o louco foram criados

¹³³ Essa dinâmica é marcada pela lógica pastoral, conforme tratamos no capítulo 4. Aqui, o médico ocupa o papel do pastor, com a função de cuidar, discriminar condutas e conduzir o sujeito e propor modelos de subjetividades.

(FOUCAULT, 2010a). As análises da doença mental e da sexualidade moderna podem ser verdadeiras; o que não pode ser uma verdade é saber o que é a loucura e a sexualidade, afirma Candioto (2006).

Nossa pesquisa nos mostrou que os discursos oriundos do campo da psiquiatria, veiculados pela dimensão discursiva do campo jornalístico e por entidades como a ABDA, fazem parte de uma narrativa construída historicamente a partir de postulados localizacionistas e deterministas que representavam a psiquiatria biológica do século XIX. Discursos são mais que signos criados para designar coisas. Eles conformam práticas de poder que servem para formar sistematicamente os objetos de que falam. Especificamente no caso do discurso científico, Foucault (2003a) nos mostra que ele é legitimado como verdadeiro. As convicções desse discurso psiquiatrizante - que, como afirma Caponi (2014), se inicia com a Frenologia de Gall no século XIX, seguindo com Charcot e, finalmente, se estabelecendo com Kraepelin, no século XX - são as mesmas que buscam a localização cerebral e as explicações neuroquímicas para os transtornos mentais. Apesar dos repetidos esforços, os pesquisadores têm fracassado em encontrar qualquer prova contundente que fundamente a história que contam há anos. Os criadores dessa história vivem como que num conto de fadas à espera da redenção, aguardando um salvador encapsulado que traga respostas e soluções para as questões demasiadamente humanas. E enquanto esse dia não chega, a lógica mercadológica da psicopatologia psiquiátrica segue avançando e lucrando.

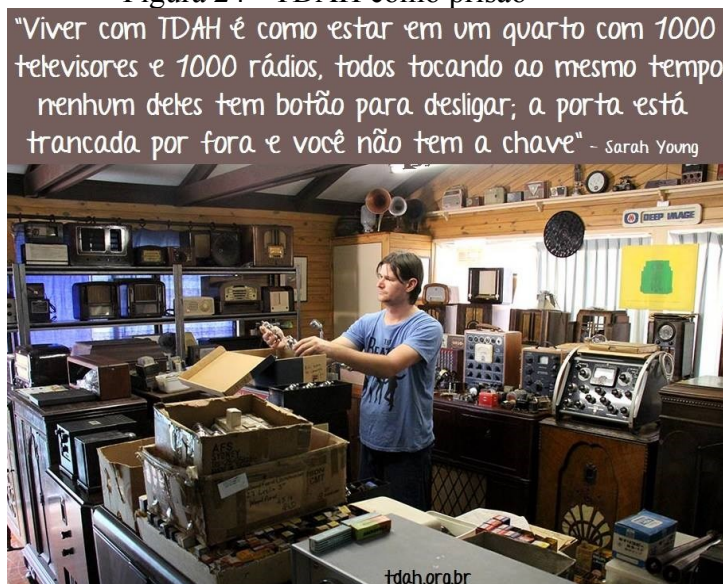
A condição humana é analisada desde os primórdios e em diversos âmbitos, nas artes, na literatura, na história, na psicanálise, nas ciências sociais. Porém, foi com e a partir da psiquiatria biológica (no campo da psicofarmacologia) que se pretendeu estabelecer as mesmas redes causais dos sofrimentos orgânicos para os psíquicos e, alicerçado nisso, elevar comportamentos ao estatuto de sintomas patológicos, agrupando-os em categorias diagnósticas. A sustentação dessa história sem consistência epistemológica foi garantida por dispositivos que construíram um tipo de saber intrínseco e útil para o exercício de poder que se estabelecia.

Da mesma forma que Foucault (2014) nos ensinou a respeito do fenômeno das cortes e da constituição da razão de Estado, onde fora necessário todo um remanejamento de uma série de conhecimentos e substituições de rituais de manifestação do saber ligados ao exercício do poder e à organização da própria corte, do mesmo modo que era preciso eliminar aquele tipo de saber e produção da verdade; a psiquiatria biológica em articulação com a psicofarmacologia precisou estabelecer um novo regime de verdade a respeito da condição humana. Era preciso remanejar o conhecimento sobre a doença mental que vinha se estabelecendo com a psicanálise e reconfigurar uma outra narrativa. Nesse novo paradigma, os fatores constitucionais das

psicopatologias não estariam mais ligados às experiências infantis, aos traços mnêmicos, ao berço de significantes em que a criança fora concebida e recebida. Tampouco teria importância o papel da sexualidade na etiologia das neuroses, como pretendia Freud (1906), ou na dignidade que este concedeu à palavra a partir da associação livre, regra fundamental da psicanálise. As formas de abordagem e tratamento se deslocaram do domínio psicopatológico para o patológico. O ato de linguagem que se elabora no trabalho discursivo e que nos é tão caro; esse ato que tem o poder de implicar um sujeito, não apenas falante, mas, principalmente, desejante, foi escamoteado pelas neuronarrativas.

O novo regime de verdade impôs crenças e enunciados que mobilizavam teorias localizacionistas e biologizantes a respeito do mal estar psíquico. A partir da introdução da clorpromazina em 1955, como o primeiro psicofármaco capaz de tratar a esquizofrenia, abriu-se um novo modo de interpretar os sofrimentos psíquicos e trata-los (CAPONI, 2019). Esse regime de verdade se expandiu para o território da infância e passou a definir quais condutas seriam aceitáveis ou não; quais conjuntos de comportamentos são normais e quais têm mais chances de desencadear problemas psiquiátricos no futuro, caso não sejam tratados no presente. Um presente cada vez mais conjugado no futuro do presente.

Figura 24 - TDAH como prisão



Fonte: Facebook, ABDA, 2016

Essa imagem teve mais de 380 compartilhamentos na página da ABDA no *Facebook* até o fim do ano 2020. Ela retrata o TDAH como uma prisão turbulenta, e a única forma de sair desse lugar seria através dos medicamentos. A Ritalina ou Concerta seriam as chaves que abririam essa prisão e libertariam esse “sujeito-cérebro”.

Se por um lado a narrativa psicofarmacológica e o discurso psiquiátrico das disfunções neuroquímicas e heranças genéticas parecem apontar uma saída da prisão do TDAH, por outro, eles aprisionam todas as crianças, uma vez que nenhuma pode escapar de seus sintomas. Toda a infância poderia se tornar prisioneira num sistema classificatório como esse:



Fonte: Facebook, ABDA, 2018

Fazendo um trocadilho com os nomes comerciais de dois dos psicofármacos mais prescritos para transtornos mentais da infância, nos arriscamos a dizer que no regime de verdade instituído pela psiquiatria, a Ritalina não Concerta, pois que não existe concerto de traços singulares nem possibilidade de liberdade onde há submissão da subjetividade. Nossas questões, nossas dificuldades, nossas angústias e sintomas devem ser trabalhados na e pela palavra; numa abordagem que inclua necessariamente as narrativas de vida, ou seja, o percurso e os dramas que cada sujeito vivenciou:

Se ele [Freud] nos ensinou a acompanhar, no texto das associações livres, a ramificação ascendente dessa linhagem simbólica, para nela detectar, nos pontos em que as formas verbais se cruzam novamente, os nós de sua estrutura, já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada (Lacan, 1998, p.270).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do destino da espécie humana parece-me ser a de saber se, e em que medida, o seu desenvolvimento cultural será bem-sucedido em dominar a perturbação trazida à sua vida em comum através da pulsão humana de agressão e de autodestruição. Talvez, em relação a isso, a época presente mereça precisamente um interesse especial. Os seres humanos chegaram agora tão longe na dominação de forças da natureza que, com sua ajuda, seria fácil exterminarem-se uns aos outros até o último homem. Eles sabem disso, e é daí que vem boa parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de seu ânimo amedrontado. E agora é preciso esperar que o outro dos dois “poderes celestiais”, o eterno Eros, faça um esforço para se afirmar na luta contra seu adversário também imortal. Mas quem pode prever o êxito e o desfecho? (FREUD, 2020, p.405).

A pergunta que nos orientou no início dessa jornada foi a seguinte: como as dimensões hierárquicas dos discursos científico, jornalístico e de senso comum se articulam possibilitando a medicalização da vida e da infância? Nesse percurso, nosso trabalho partiu da compreensão de que o discurso psiquiátrico se constituiu e se fortaleceu com base numa incansável busca de anormalidades por parte da comunidade científica. A partir da década de 1950, o léxico desse discurso passa a compor a hipótese dos déficits neuroquímicos, possibilitando a transposição dessas anormalidades para a esfera dos comportamentos que, com base nisso, passaram a ser a ser classificados segundo o binarismo normal – anormal. O caráter totalizante dos discursos psiquiátricos resulta na serialização e normalização dos modos de existência e da própria noção de infância. A legitimidade de verdade conquistada por esse saber no jogo de poder e verdade da atualidade adquire ação impositiva abrangendo a vida em todas as suas etapas, com maior predomínio na infância e, dessa forma, atua como um poderoso exercício biopolítico. O cuidado de si, apoiado em discursos medicalizantes e presentificado em técnicas, estratégias e formas de sujeição, transforma-se, então, em dispositivo de normalização. Nossa pesquisa nos mostrou que o empreendimento normatizador da psiquiatria atual continua em busca do estabelecimento de limites entre a razão e a loucura – e encontra eco na dimensão do jornalismo e do senso comum.

A história da psiquiatria é marcada por inúmeras tentativas de aprisionamento daquilo que ela considera ser o germe da loucura, em todas as suas formas e manifestações possíveis, seja como conceito, comportamento, entidade ou estado. Por meio do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), essas tentativas foram se consolidando e se amplificando a cada versão, inflacionando o número de patologias (WHITAKER, 2011). Até meados de 1950, os sofrimentos psíquicos não eram pensados em termos biológicos, mas considerados de maneira ética, subjetiva e particular, pertencentes à história de vida do

indivíduo tratados com um psicanalista (CAPONI, 2013). Freud (1996) inaugura um caminho marcado pela escuta do sujeito que sofre, dando voz ao sofrimento e àquilo que era considerado loucura. A partir da associação livre, regra fundamental da Psicanálise, o sujeito permite que seu sofrimento encontre uma saída pela via do discurso, curando-se pela palavra. Na década de 1980, com o recrudescimento dos discursos e práticas do que se habituou chamar de psiquiatria biológica, é publicada a terceira edição do DSM. Com um viés biologicista e fisicalista, essa edição rompe com as bases psicanalíticas, prescindindo da escuta como modo de tratamento dos sofrimentos. A partir disso, a angústia perderia sua voz, seu ponto de partida, seu rumo e passaria a ser compreendida como algo da ordem das disfunções e distúrbios químicos. A história do sujeito paulatinamente vai desaparecendo, e em seu lugar surge um corpo de sintomas.

Diante desse contexto, diversos autores passaram a analisar o *modus operandi* empreendido por essa psiquiatria ampliada, saber médico que desde meados do século XIX vai se infiltrando no campo do não patológico. Autores como Foucault, Szasz, Freidson, Zola, Illich, Conrad, Donnangelo deram início ao debate sobre o processo de conversão de problemas não médicos, relacionados à vida social - que são complexos, multifatoriais e marcados pela cultura e pelo tempo histórico - ao aparato da medicina, em termos de doença ou transtorno/distúrbio, denominado medicalização. O fenômeno da medicalização da vida e da infância se encadeia por estratégias biopolíticas, uma vez que busca exercer o governo das populações a partir de dispositivos de segurança, tais como: cálculos diferenciais de risco realizados pelas estatísticas; estabelecimento de diferentes curvas de normalidade; cálculo dos desvios e criação de estratégias de normalização; definição das populações de risco e comparação dos padrões de morbidade e mortalidade; criação de intervenções preventivas com vistas à redução dos indicadores de morbidade, redução dos desvios e antecipação dos riscos (CAPONI, 2014). Através destes mecanismos, as narrativas e histórias de vida dos sujeitos perdem importância e são suprimidas.

Conrad e Schneider (1992) afirmam que a medicalização é um processo e, como tal, está em constante formulação de suas bases e ampliação de suas redes de atuação. A expansão das categorias diagnósticas comprova claramente essa afirmação. O objetivo dessa expansão é justamente o de incluir novos problemas ou itens relacionados a diagnósticos, incorporando populações adicionais. Uma das categorias que mais se expandiu nos últimos anos foi a de Hiperatividade. Para esses autores, a hiperatividade aludia apenas a impulsividade e distração, principalmente nos meninos. A mudança de Hiperatividade para TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), possibilitou a inclusão de meninas, adolescentes e adultos.

Como consequência, nas décadas seguintes houve uma explosão no consumo de psicofármacos utilizados para seu tratamento. A última edição do DSM (DSM-5), publicada em 2013, confirma a pretensão da psiquiatria em lançar um olhar longitudinal sobre a infância. Essa versão flexibilizou os critérios diagnósticos, possibilitando a inclusão ainda maior de sujeitos e o alcance de desordens de campos distintos. Questões como aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, leitura, linguagem escrita ou matemática, agitação e bagunça em sala de aula, distração, desinteresse por determinada área de estudo ou atividade passaram a ser entendidas como questões biológicas, circunscritas ao campo da medicina e que devem ser interpeladas como transtornos mentais e tratadas com medicamentos.

Apesar da falta de comprovação científica e ausência de marcadores biológicos que comprovem a existência dos transtornos mentais em si, ou seja, que comprovem sua base genética e biológica, a psiquiatria segue nessa busca desde o século XVIII. Além da hipótese da deficiência nos neurotransmissores, a psiquiatria atual busca apoio nos estudos genéticos e nas neurociências através de neuroimagens de cérebros diagnosticados com transtornos.

Nosso trabalho mostrou que as técnicas de neuroimagem são amplamente aceitas na prática clínica para o diagnóstico diferencial de demências, doenças neurológicas e investigação de algumas condições médicas. A tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada por emissão de fóton único são ótimos recursos para a detecção de doenças cerebrais orgânicas, como tumores e doenças cerebrovasculares, mas o mesmo não pode ser dito em relação aos transtornos mentais. Desde o surgimento das novas técnicas de neuroimagem, muitos estudos vêm sendo realizados para compreender as estruturas e o funcionamento cerebral relacionados à fisiopatologia dos transtornos neuropsiquiátricos. O êxito que as práticas para a neuroimagem conquistaram no diagnóstico diferencial de doenças que cursam com patologia cerebral bem definida não se aplica aos transtornos psiquiátricos. Sendo assim, resta para a psiquiatria a determinação de diagnósticos baseada exclusivamente na aparição sintomática estabelecida nos critérios do DSM, a abordagem pelo viés do risco - de que se desenvolvam e se agravem - e sua contenção via psicofármacos.

A perspectiva de risco é crucial para alinhar os discursos a respeito da medicalização da vida e da infância, pois objetiva o controle das populações e, como consequência, contribui para a expansão diagnóstica. Nossa pesquisa tem início após um ano do lançamento da última edição do DSM-5 (2013), e se circunscreveu no período de 2014 à 2017. Procuramos entender a circulação, o cruzamento e as condições de possibilidade dos discursos psiquiátricos e medicalizantes em três dimensões: científica, jornalística e senso comum. Para tanto, investigamos o discurso científico a partir de boletins, artigos, matérias e publicações contidas

na revista científica *American Journal of Psychiatry*. Seleccionamos 20 publicações, ou seja, um total de 5 publicações por ano. O critério utilizado para a seleção foi a análise de título e resumo das matérias/artigos mais expressivos que se relacionavam com os objetivos de nossa pesquisa. Na segunda dimensão discursiva (campo jornalístico), analisamos publicações de jornais, e boletins informativos de veículos, como “A Gazeta”, “A Tribuna”, “Crescer”, “UOL”, “Correio do Brasil”, “Estadão”, “Nova Escola”, “O Globo”, “Gshow.globo”, “Folha de São Paulo”, “Diário de Goiás”, entre outras. A seleção de materiais seguiu o mesmo critério do campo científico, 20 matérias (5 por ano). Na dimensão discursiva do senso-comum, selecionamos postagens da comunidade social virtual “Pais e Mães de Crianças com TDAH” da plataforma do *Facebook* e da página e site da ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção no período selecionado.

Foucault (2001; 2006a) analisou a intromissão da medicina em todas os âmbitos da vida, especialmente os discursos e estratégias de poder que incorporaram problemas cotidianos, inerentes à condição humana, ao campo da psiquiatria, já que ambos residem justamente nos dispositivos disciplinares que organizaram o regime imposto à loucura. Com ele compreendemos que a importância do saber sobre a loucura esteve diretamente relacionada ao poder médico, não porque ele detenha conhecimento sobre ela, mas domínio.

É na perspectiva da legitimidade da verdade que o argumento científico entra na cena política. Na dimensão discursiva da ciência, especialmente a psiquiatria, encontramos em seu *corpus* epistemológico os fundamentos da matriz explicativa da teoria da degeneração. Em artigos científicos e publicações atuais, verificamos as mesmas premissas e ferramentas metodológicas utilizadas desde Kraepelin no século XIX, tais como estudos estatísticos e comparativos de doenças mentais que seguem na busca por alterações biológicas como causa das doenças mentais - a velha e viva tentativa de estabelecer vínculos entre fatos sociais e transformações biológicas. Esse campo discursivo tem seus agentes dominantes, que podemos chamar de peritos do corpo (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Juntos, eles difundem seus princípios e psiquiatizam progressivamente os contextos sociais. A ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção nos traz um exemplar representativo dessa classe de peritos.

De fato, o discurso psiquiatrizante, com sua intromissão médica na vida social, não teria tido êxito sem uma aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, ou seja, entre quem fabrica as drogas e quem tem o poder legítimo para prescrevê-las. Para que a indústria farmacêutica conseguisse expandir seu monopólio, foi necessário um trabalho conjunto na elaboração e comercialização de produtos junto à classe médica. Demonstramos aqui como o discurso desses peritos atravessa a dimensão do campo científico, passando pela esfera

jornalística e aterrissando na dimensão do senso comum. Tais narrativas, construídas com apoio dos psiquiatras acadêmicos e da indústria farmacêutica, fazem girar as engrenagens do processo de medicalização da vida e da infância

O poder e o domínio que essas duas instâncias, indústria farmacêutica e classe médica, exercem sobre todas as esferas da vida, categorizando-as e diagnosticando-as, possibilita que suas determinações sejam aceitas e propagadas como verdades.

Na dimensão discursiva do jornalismo, o papel biopolítico do médico, especificamente do psiquiatra e neurocientista, assegura a possibilidade de trazer a público técnicas especializadas do fazer viver, além de expertise sobre saúde. Nas matérias e reportagens analisadas, o jornalismo não apenas dá voz ao médico, como assume esse discurso como seu. Essa conduta reforça a mensagem biopolítica em dois sentidos: primeiro porque ela é enunciada pelo médico, segundo porque é endossada pela mídia. A medicina e o jornalismo contam com algum respaldo popular, uma vez que estão associados à noção de verdade, assim, a repetição da mensagem biopolítica tem mais chances de ser apreendida. A dimensão jornalística nos apresenta uma ciência sem limitações como porta-voz de uma verdade desvinculada de processos históricos, culturais e políticos. A condução de condutas, imiscuídas nas formações discursivas de seus textos, é orientada por valores de uma vontade de verdade que privilegia determinadas formas e modelos de vida como válidas e possíveis. O jornalismo não atua de forma autônoma frente aos discursos medicalizantes; ao contrário, serve de reforço e complemento às convicções do discurso científico, uma vez que é parte de uma mentalidade biopolítica e se encontra inserido e atravessado por ela. É um sistema utilizado para defender as posições psiquiatrizantes que já estavam consolidadas. Com pouco debate e quase sem espaço para o contraditório, funciona mais como um sistema de reafirmação e, com isso, o discurso científico e o discurso dos peritos afirmam a dimensão biopolítica sobre as massas, engendrando configurações biologicistas.

A trajetória discursiva do processo de medicalização da vida e da infância, que tem início na dimensão discursiva do campo científico e se desdobra para o campo da mídia tradicional, termina no campo discursivo do senso comum, nas redes sociais virtuais. As comunidades e redes sociais virtuais como a plataforma *Facebook*, operam no sentido de viabilizar o relacionamento dos sujeitos com o regime de verdades perpetrado pelo discurso psiquiátrico. Nessas comunidades é possível visualizar concepções e convicções do discurso psiquiátrico na narração de casos singulares centrada quase que exclusivamente na descrição sintomática. Funcionando como redes de laços interpessoais que possibilitam a sociabilidade entre os membros em torno do mesmo tema e interesses, essas redes são grandes facilitadoras

na propagação de notícias a respeito dos transtornos mentais, principalmente o TDAH na infância. Elas se constituem como dispositivos de formação de subjetividades e de veiculação de discursos medicalizantes e tecnologias políticas de regulação de corpos, não se restringindo apenas a informar sobre os vários tipos de transtornos mentais, seus riscos e sintomas, mas possibilitando a troca de experiências e, principalmente, que os sujeitos sejam capazes de identificar os transtornos em si e nos outros. Os sujeitos são convidados a um exercício de auto-observação e reconhecimento de suas experiências a partir de uma perspectiva biomédica o que, de um ponto de vista foucaultiano, aponta para um lugar de saber e de produção de verdade sobre si mesmo balizado pelos discursos médicos. Os usuários parecem replicar o discurso da psiquiatria, acreditando que a única solução para seus filhos é o medicamento.

Nessas redes, se efetiva a construção de um processo de subjetivação, reflexo de um tipo de relação entre técnicas de dominação sobre os outros e sobre si mesmo, que coloca os jogos de verdade - intrínsecos à lógica medicalizante e normalizante - a serviço do processo de medicalização. As estratégias biopolíticas que se encontram na dimensão discursiva do senso comum trazem o discurso universalizante da norma em relação aos cuidados com a saúde para a esfera dos comportamentos e subjetividades dos sujeitos. Aqui é o lugar onde o público leigo reproduz termos médicos nas trocas de mensagens entre os usuários dos grupos, bem como afirmações a respeito da origem/causa dos transtornos mentais em termos biológicos e genéticos. Local privilegiado de observação dos usos e efeitos discursivos que se desdobram da dimensão científica e trouxeram como herança a compreensão de todo o problema infantil como sinônimo de transtorno mental, resultado de um desequilíbrio químico que exige intervenção farmacológica.

A análise que empreendemos a respeito dos desdobramentos discursivos por essas três dimensões evidencia que as benesses enunciadas pelo discurso científico não trazem as resoluções de problemas que almejava. O discurso científico sobre os transtornos mentais opera uma radical despolitização, centrada na a-historicidade e no aniquilamento das narrativas de vida. Como efeito colateral, a aterrissagem das premissas científicas na dimensão do senso comum não orienta os sujeitos - ao contrário, falha em diversos aspectos. Não apazigua as angústias que pais e mães vivenciam ao longo do crescimento de seus filhos, não elucida sobre intercorrências decorrentes do tratamento adotado. É ambígua e exclui as especificidades de cada caso, restringindo-se tão somente a questões sintomáticas e categorias diagnósticas descritas no DSM.

Desde a teoria dos desequilíbrios neuroquímicos, a tentativa de deciframento das doenças mentais em um correlato material cerebral se expandiu para os domínios das emoções,

dos comportamentos e sentimentos, tornando-se a “fórmula narrativa enganosa em que as companhias farmacêuticas se apoiaram repetidas vezes” (WHITAKER, 2017, p. 90). A partir do momento que os peritos do corpo afirmam que um transtorno como o TDAH é genético, comprovado cientificamente e que seu tratamento requer o uso de medicação, os sujeitos tendem a acreditar no que está sendo dito: afinal, quem diz é o médico. Nessa relação, como nos mostrou Foucault (2003a), o que está em jogo é a produção histórica da verdade, ou seja, a enunciação de discursos que funcionam entre essas diferentes práticas como justificação racional de verdade, como se verdades fossem.

A condição humana já foi analisada pelas lentes das artes, da literatura, da história, da psicanálise, das ciências sociais. Porém, a partir da psiquiatria biológica (no campo da psicofarmacologia) se pretendeu estabelecer as mesmas redes causais dos sofrimentos orgânicos para os psíquicos e, alicerçado nisso, elevar comportamentos ao estatuto de sintomas patológicos, agrupando-os em categorias diagnósticas. A sustentação dessa história sem consistência epistemológica foi e continua sendo garantida por dispositivos que construíram um tipo de saber intrínseco e útil para o exercício de poder psiquiátrico.

Para investigar a relação discursiva dessa produção histórica de verdades, o método de pesquisa e coleta de dados que selecionamos nos permitiu compreender quatro pontos capitais: i) o desenrolar de neuronarrativas que acompanham a psiquiatria desde o século XVIII, ii) a predominância do paradigma da psiquiatria biológica sobre as outras duas dimensões analisadas, iii) a profusão de diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes, principalmente após o lançamento do DSM-5 e, iv) a insustentabilidade das promessas de correção medicamentosa de desequilíbrios químicos. Por outro lado, nos deparamos com alguns limites.

O método escolhido nos permitiu observar enunciados, mas não práticas de enunciação. Dessa forma, não conseguimos ver como os jornalistas procederam ao longo do processo, tampouco o quanto da conduta desses agentes é afetada ou influenciada por enunciados que já foram produzidos pelos cientistas. Um aspecto importante na formação dos enunciados jornalísticos abordado no decurso de nossa pesquisa, aponta para a máquina de relações públicas e sua operatividade em favor do conluio entre laboratórios farmacêuticos e psiquiatria. Nesse sentido, nosso método não nos permitiu verificar se o procedimento dos jornalistas vai nessa direção, ou seja, se procedem dessa maneira justamente por não serem especialistas na área e, para se sentirem mais aptos e seguros em abordar temáticas que versam sobre saúde mental e transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, acabam aderindo acriticamente às determinações de psiquiatras e laboratórios.

Outro limite tem a ver com um aspecto que pra nós, no início, era bem claro. Achávamos que haveria um amplo uso de material jornalístico, embora instrumental, por parte de pais e mães nas redes sociais (*Facebook*). Mas não constatamos isso, ao contrário, observamos que o uso de material jornalístico é muito pequeno. O que existe é um recurso mais sistemático aos discursos vulgares do campo científico, ou seja, aos discursos de divulgação científica pelos próprios psiquiatras e pela indústria farmacêutica. Essa é uma crítica importante a ser feita, pois ela é coerente com os padrões de produção de sentido na sociedade brasileira contemporânea. Nós vivemos numa sociedade em que o acesso aos meios de comunicação para a produção de sentido, ou seja, a busca do discurso jornalístico para a produção de sentido, é minoritária. Não se recorre à mídia jornalística para produção de sentido, mas consulta-se diretamente os especialistas (peritos).

Além do percentual de pessoas que buscam informações jornalísticas ser pequeno, uma parte delas recorre aos meios jornalísticos a partir de um engajamento prévio com um regime de verdade que enviesava a própria percepção do discurso jornalístico. O sujeito que inicia a leitura da cobertura, já traz uma perspectiva adesista à biopolítica e a abordagem medicamentosa, ou seja, ele já se encontra afetado por uma concepção acrítica que fora construída anteriormente a apreciação da matéria. Ao final, compreendemos que complexidade dessa relação nos permite reconhecer que olhar para os enunciados só nos possibilita chegar a uma parte do problema.

No que diz respeito a dimensão discursiva do jornalismo, é interessante recuperar a ideia central de Robert Park, levantada no capítulo 4 desta tese e que nos orientou inicialmente. Park define o jornalismo como uma forma de conhecimento social e propõe que ele seja estudado como uma instituição social. Nessa perspectiva, as notícias divulgadas teriam importância singular não apenas na formação das subjetividades, mas seriam substratos para a ação política e para a opinião pública. A princípio, nós tratamos o jornalismo como forma de conhecimento social, mas no momento do trabalho empírico percebemos algo que ia numa direção oposta a isso. Os discursos a respeito dos transtornos mentais na infância e adolescência difundidos pelas mídias estão entrelaçados com os poderes político e econômico. Como mostrou Foucault (2014), o que está em jogo no discurso acerca da verdade, ou seja, da vontade de verdade de um objeto nada mais é do que o desejo e o poder. Portanto, a realidade com a qual nos deparamos nos trouxe a seguinte reflexão: os teóricos que leram o jornalismo como uma forma social de conhecimento ou falavam pra um mundo onde o jornalismo tinha muito mais importância do que tem hoje, ou precisam ser fundamentalmente revistos. Em outras palavras, ou o jornalismo já foi uma forma social de conhecimento com o nível de autonomia que eles

colocam, ou nunca foi. Nossa pesquisa aponta um dado muito interessante, pois ela reforça o argumento de que a baixa autonomia dos jornalistas na produção de sentido sobre o mundo se deve ao fato desses indivíduos fazerem parte de sociedades e, dessa forma, passarem pelos processos de subjetivação próprios dessas sociedades, fazendo circular os enunciados coerentes com o discurso dominante.

Nossa pesquisa levou à contestação da hipótese de que o jornalismo pode ser uma forma social de conhecimento. As matérias e publicações jornalísticas que analisamos nos mostraram que o jornalismo não é uma forma social de conhecimento, pelo menos no que diz respeito ao modo como ele se relaciona com os discursos sobre o TDAH. Por outro lado, tampouco o jornalismo é, nesse caso, um discurso que reforça conhecimentos sobre TDAH, uma vez que não é de conhecimento que se trata. Nosso estudo nos mostrou que o TDAH é um fenômeno marcado pela ausência de conhecimento, ou seja, marcado por um conjunto de certezas que obedecem a valores, crenças e interesses que respondem elusivamente à lapsos de conhecimento, justamente por estarem alicerçados numa gama de sintomas e perspectivas de risco.

A abordagem dada ao TDAH traz em seu bojo uma lacuna de conhecimento. A psiquiatria se baseia numa concepção nosológica, elencando um conjunto de sintomas que apontam para a existência de um transtorno. A neurologia e outras linhas biologicista falam de bases neurológicas ou genéticas que, no entanto, nunca foram encontradas. Nesse sentido, no que se refere ao conhecimento propriamente dito não se tem respostas. Os jornalistas não fazem nem um papel de câmara de eco do conhecimento desenvolvido por outros, porque não é disso que se trata.

Nosso ponto de partida na análise do campo do jornalismo foi a construção de uma ideia de hierarquia, que era mais ou menos linear. No topo estava o discurso científico, depois, num plano intermediário, o discurso jornalístico e na base, o discurso do senso comum. Mas nossa pesquisa não nos permitiu subscrever essa noção até o final. Nos deparamos com um tipo específico de discurso comum às três dimensões, mas que não era um discurso de conhecimento, mas um discurso de autoridade que se produz no campo científico. Observamos a existência de um campo de hierarquia que se projeta para as duas outras fontes de enunciados que analisamos. Em contrapartida, não encontramos um tipo de ascendência do discurso jornalístico sobre o senso comum, nem do discurso jornalístico sobre o discurso científico, exceto no sentido do reforço à visibilidade, ao grau de notoriedade dos próprios cientistas. Ou seja, a hierarquias inicial que havíamos projetado como campo científico, jornalismo e, por fim, senso comum, não se sustentava mais. O que descobrimos foi uma hierarquia que se projeta do

campo científico para o campo jornalístico (e é reforçada por ele), mas não temos sinais de hierarquia do campo jornalístico sobre o senso comum, pelo contrário, temos sinais de que os jornalistas - fazendo parte de sociedades - partilham do senso comum ao se relacionarem com o campo científico, ou seja, pensam como as pessoas da sociedade em que eles vivem, comungando dos mesmos valores e crenças.

No que diz respeito ao tratamento dado ao fenômeno da medicalização, precisamos problematizar alguns pontos. A abordagem que os próprios jornalistas fazem do fenômeno da medicalização da infância, e do TDAH em especial, denota uma prevalência do senso comum, e aqui temos um paradoxo. De um lado, contamos com uma dinâmica hierárquica em que a ciência mira para o jornalismo e, também, para a dimensão do senso comum. Nesse ponto, o jornalismo e o senso comum estabelecem um tipo de relação muito menos linear e muito mais fragmentada do que inicialmente havíamos pensado. De outro, temos a hipótese de subsunção do jornalismo ao senso comum onde a ciência coloca seus enunciados em circulação consolidando um senso comum partilhado pelos jornalistas.

Nossa pesquisa de campo revelou a problemática relação que o jornalismo estabelece de um lado com a dimensão científica, e de outro com o campo do senso comum, uma vez que evidencia a falta de autonomia dos jornalistas em relação aos enunciados que emanam do discurso dominante. Nesse sentido, nos questionamos sobre em que medida os jornalistas respondem de fato a ciência e em que medida conservam algum grau de autonomia em relação ao senso comum. A hipótese de que os jornalistas não conseguem se distanciar do discurso dominante tornava-se mais plausível. Os jornalistas têm um tipo de sensibilidade ao discurso dominante e aos enunciados que o compõem, valendo-se deles para se comunicar no sentido de que, como mediadores e tradutores de discurso especializado para a linguagem comum, a base de conexão que eles podem manter permanentemente com o senso comum é justamente a de reconhecer e partilhar o discurso dominante.

Entretanto, essa hipótese é perturbadora, uma vez que vai na contramão do que a sociologia das profissões defende. A sociologia profissional defende que as profissões se distanciam do senso comum em busca de algum tipo de singularização, porém, nossa pesquisa evidenciou que não é nesse aspecto que os jornalistas se distinguem do senso comum. Há um tipo de flutuação na percepção do mundo por parte de uma parcela dos jornalistas que tem a ver com essa pertença, essa espécie de integração interessada ao discurso dominante, no sentido de que essa integração permite e favorece com que os jornalistas continuem estabelecendo vínculos e mantendo um diálogo com a comunidade a qual eles servem. Ou seja, numa construção bastante ideal, onde os jornalistas fossem sujeitos que não partilhassem do discurso

dominante; sujeitos inteiramente autônomos em relação ao discurso dominante, eles não conseguiriam se comunicar com os públicos com os quais se comunicam. Existe aí uma dinâmica de partilhar certas percepções comuns do mundo com o público. Contra a hipótese que valoriza a autonomia plena, nossa pesquisa constrói a hipótese de que não se pode entender o jornalismo somente sob a chave da autonomia, mas é preciso entendê-lo, também, sob a chave dessa integração interessada ao discurso dominante. Essa nossa hipótese é coerente com a interpretação de Foucault (2014) sobre o discurso que jamais seria compatível com uma apologia da autonomia jornalística. Em Foucault tudo é prática, e tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente. Dos enunciados aos textos e instituições, assim como o ato de falar e interpretar se organizam como práticas sociais continuamente presas às relações de poder, que as supõem e as atualizam. Foucault demonstra a inexistência de estruturas permanentes, responsáveis pela construção da realidade. O discurso como prática social aponta para a ideia de que ele sempre se produziria em razão de relações de poder. Há duplo e mútuo condicionamento entre as práticas discursivas e as não discursivas (FISCHER, 2001).

Essa situação nos remete ao terceiro tópico da questão que diz respeito ao lugar ocupado pelas redes sociais. Em que medida as redes sociais passam a ser espaços em que o discurso dominante é ora fortalecido, ora enquadrado criticamente em bolhas que se separam e que se excluem, tendendo a certo insulamento? Nossa pesquisa colocou três pontos em suspeição: o conceito do jornalismo como uma forma social de conhecimento, as falas que colocam o jornalismo numa posição hierárquica em relação à sociedade e, por fim, a autonomia dos jornalistas no seu exercício profissional. Dessa forma, é preciso pensar em que medida as redes sociais transformaram essas 3 dimensões, a circulação social de conhecimento, a posição hierárquica do jornalismo e a expectativa de autonomia em relação aos jornalistas. Porque, de fato, as redes sociais permitem uma circulação muito mais acelerada de conhecimento, mas, também, de mentiras, ou seja, tanto circula o conhecimento quanto o discurso interessado, do campo psiquiátrico, por exemplo. Nessa intrincada rede de relações, a separação e aferição da faceta do conhecimento e da faceta do interesse é tarefa bastante embaraçada.

Exemplo disso pode ser dado com o atual governo e sua atuação ao longo desses 3 anos, especialmente nesse 1,5 ano de pandemia: não sabemos como esvaziar a bolha de mentiras que protegem o presidente Bolsonaro. Talvez os casos de corrupção e as descobertas das tratativas de seus aliados em propinas na compra de vacinas para covid (enquanto o país concentrava 13% das mortes para covid no mundo) possam apontar esse caminho. Ou não, pode ser que essa bolha de mentiras consiga ressignificar ou proteger a autoridade do escândalo de corrupção e

continuaremos com o problema democrático, uma vez que a bolha de mentiras é capaz de formar uma multidão de mentalidades ilógicas e estapafúrdias. Esse mesmo paralelo pode ser estabelecido com o fenômeno do TDAH. Temos um enunciado do campo psiquiátrico que, em certa medida, responde a angústias que são anteriores, provenientes das famílias e do modelo de ensino escolar. E é nessa lacuna, nesse vácuo, que o discurso psiquiátrico se coloca como porta voz da verdade. Ele traz uma faceta de eficácia porque, em partes, alivia pais e mães dos problemas pessoais, sociais e relacionais que precisariam enfrentar.

A partir dos dados pesquisados, entendemos que existem condições sociais que favorecem o poder do discurso dominante no que diz respeito aos transtornos da infância e adolescência que, ao menos nesses grupos, possibilita o domínio da concepção medicamentosa. Uma parte dessas condições é partilhada pelos agentes do campo jornalístico e está intrinsecamente relacionada à neoliberalização da sociedade (que abordamos no capítulo quatro), evidenciando que esse campo não está livre disso.

Esta tese deve ser aprofundada por outros estudos, principalmente diante da possibilidade de análise quando da criação de comunidades consistentes nas redes sociais contrárias à medicalização, observando se há espaços de interação e de diálogo entre os dois tipos de comunidades, ou seja, aquelas a favor da medicalização e as comunidades que são contrárias à práxis discursiva. Um primeiro caminho é diversificar a investigação dentro do próprio *Facebook*. Outro, é incorporar mais redes e pensar como o debate da circulação social de informação sobre o TDAH se dá em redes sociais como *Youtube*, *Instagram* etc., levando em consideração a interface entre o discurso jornalístico e as redes de interesse especializado em transtornos de infância.

Nossa pesquisa também abre duas possibilidades de investigações a curto e médio prazo. Uma delas é tentar entender como o crescimento de redes sociais com forte capilaridade - como o *Facebook* - pode contribuir para desequilibrar o jornalismo na relação que ele estabelece com o público e as fontes nessas 3 dimensões: sua capacidade de gerar conhecimento, capacidade de agir autonomamente e capacidade de ocupar uma posição hierárquica em relação a outros agentes. Um outro possível desdobramento vai na direção do próximo transtorno mental a tentar responder questões da infância e adolescência quando o TDAH não mais responder. Quais serão os próximos enunciados e relações que o discurso psiquiátrico colocará em funcionamento?

7 REFERÊNCIAS

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Understanding Mental Disorders: A Patient and Family Resource**, 2015.

ANDRADE, Rafaela Ferreira. **Antipsicóticos de Segunda Geração no Tratamento da Esquizofrenia**. Revista Acadêmica Oswaldo Cruz, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 1-14, jul./2015.

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANVISA. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) nº 23. Ano VIII nº 23 | março de 2014. **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Acesso em set. 2016.

Disponível em:

<file:///C:/Users/Inspiron/Downloads/Boletim%20Brasileiro%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Tecnologias%20em%20Sa%C3%BAde%20(BRATS)%20n%C2%BA%2023.pdf>

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

_____. A epidemia da doença mental. Revista Piauí, in Revista Piauí ed. 59. Rio de Janeiro: Alvinegra, Ago. 2011. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/>>

_____. 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 2017.

APA - American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

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.

_____. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 16(1), 67-82, 2014.

ARNETT, A. B., PENNINGTON, B. F., WILLCUTTT, E. G., DeFries, J. C., & OLSON, R. K. **Sex differences in ADHD symptom severity**. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(6), 632–639, 2014.

ASHERSON, Philip. **Drug Treatments for ADHD Reduce Risk of Substance Use Disorders**. American Journal of Psychiatry, 174(9), 827–828, 2017.

ASSIS, Machado de. (1979) O Alienista. In: **Obra Completa. Vol. II, Conto e Teatro.** Organizada por Afrânio Coutinho, 4ª edição, ilustrada. Rio de Janeiro, Editora Nova Aguilar, p. 253-288.

AVELINO, Nildo. **Foucault e a racionalidade (neo)liberal.** Rev. Brasileira de Ciência Política [online]. 2016, n.21, pp.227-284.

AZIZE, R. **Notas de um 'não-prescritor': uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria.** In S. W. Maluf, & C. S. Tornquist, Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas (pp. 367-401). Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

BARBOSA, Maria L. O. As profissões no Brasil e sua sociologia. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 593-607, 2003. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152582003000300007&lng=en&nrm=iso

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, José A. C. (org.). **Os fármacos na atualidade, antigos e novos desafios.** Brasília: Anvisa, 2008a.

_____. BARROS, José Augusto Cabral. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 579-587, Apr. 2008b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso
Acesso em: 17 de jun. de 2018.

BAUER, Martin W., GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis: Vozes, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BECK, Ulrich, Anthony Giddens, Scott Lash. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna.** Tradução de Magda Lopes. - São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BENOIT, P. **Psicanálise e medicina.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1899.

BERNARDINO, L. M. F. **Das razões para indicar uma abordagem clínica no campo da psicopatologia da infância.** In: ROSSI, A. LICHT, R. W. (Org.). Tecendo Redes: psicanálise e políticas públicas. Curitiba: Juruá Editora, n.26, p. 137-148, 2013.

BERRIOS, G. E. **The History of Mental Symptoms.** Cambridge: UK, 1996.

_____. **Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria.** Trad. Lazlo A. Ávila. São Paulo: Escuta, 2015.

BERTOLINI, Jeferson. **O biopoder no discurso da mídia e no cotidiano público**. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2018.

BEZERRA, JR., B. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, Carlos A. (Org). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

_____. A subjetividade humana na sociedade dos indivíduos. Entrevista especial com Benilton Bezerra. **IHU-Online**. São Leopoldo: Unisinos, 2007. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/7366-a-subjetividade-humana-nasociedade-de-individuos-entrevista-especial-com-benilton-bezerra>>.

BIRMAN, Joel. **Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

BITTENCOURT, Silvia C.; CAPONI, Sandra; MALUF, Sônia. **Farmacologia no século XX: a ciência dos medicamentos a partir da análise do livro de Goodman e Gilman**. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRÍGIDO, Edimar I. Michel Foucault: Uma Análise do Poder. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/direitoeconomico/article/view/6098>>

BRITES, Clay. **Os 10 mitos e verdades sobre o TDAH – entender para incluir** (2017). Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/36524217/ebook-os-10-mitos-e-verdades-sobre-o-tdah>>

BRITTO, Ilma A. G. S. As implicações práticas do conceito de doença mental. **Estudos**, Goiânia v. 31, p. 157-172, dez. 2004.
Acesso:
<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Implica%C3%A7%C3%B5es%20pr%C3%A1ticas%20do%20conceito%20de%20doen%C3%A7a%20mental.pdf>>

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas**. São Paulo: EDUSP, 1996.

_____. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BROWN, Nik; WEBSTER, Andrew. **New medical technologies and society: reordering life**. Cambridge: Polity, 2004.

BUENO, WC. **Jornalismo científico no Brasil: os desafios de uma trajetória**. In PORTO, CM., org. Difusão e cultura científica: alguns recortes, pp. 113-125. Salvador: EDUFBA, 2009.

_____. **Comunicação Científica e divulgação científica: Aproximações e rupturas conceituais.** Inf. Inf., Londrina, v. 15, p. 1 - 12, 2010.

CALAZANS, R., GUERRA, A., KYRILLOS Neto, F., PONTES S. & RESENDE, M. Manifesto de São João Del-Rei em prol de uma psicopatologia clínica. In: F. Kyrillos & R. Calazans (Orgs.). **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's.** (pp. 183-200). Barbacena: Ed. UEMG, 2012.

CALIMAN, Luciana. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção / hiperatividade TDAH. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, pág. 46-61, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=en&nrm=iso>

_____. **Infâncias medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes?** In: **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância.** São Paulo: LiberArs, 2016.

CAMARA, Fernando Portela. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400009&lng=en&nrm=iso>

CANDIOTO, C. **Foucault: uma história crítica da verdade.** Trans/Form/Ação, São Paulo, 29(2): 65-78, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados, uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____. **O risco da biologização dos problemas sociais.** IHU: Revista do Instituto Humanitas Unisinos [online]. 2013, n. 420. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao420.pdf>>

_____. **DSM-V Como dispositivo de segurança.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 24. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000300741&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. de 2017.

_____. **Uma sala tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença.** São Paulo: LiberArs, 2019.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Sérgio R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, Dec. 2015. Acesso: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401251&lng=en&nrm=iso>

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **A gestão do risco: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. "From dangerousness to risk". In Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P. (orgs). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Londres: Harvester/ Wheatsheaf, 1991.

_____. **De la dangerosité 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 de jun de 2015.

CASTIEL, Luis D. **A Saúde persecutória e os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso das mídias**. São Paulo: Contexto, 2013.

CLARKE, Adele E. *et alli* (eds). **Biomedicalization technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine**, American Sociological Review, 68, 161-194, 2003.

CHRISTOPHER, Gillberg; JOSEPH Biederman; JOSEPH, Sergeant; STEPHEN, V. Faraone. **The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?** World Psychiatry. 2003 Jun; 2(2): 104–113.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In. **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** / Lygia de Souza Viegas [et, al.]. Salvador: EDUFBA, 2014.

CONRAD, Peter. **The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behaviour**. Social Problems, 23(3), 12-21, 1975.

_____. **The medicalization of society: on the transformation of the human conditions into treatable disorders**. Baltimore, US: Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. **The Shifting Engines of Medicalization. Journal of Health and Social Behavior**. Vol 46 (March): 3-14. Published by: American Sociological Association, 2005.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CUNHA, Rodrigo Bastos. Do científico ao jornalístico: análise comparativa de discursos sobre saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 195-203, Mar. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100015&lng=en&nrm=iso>

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMONTIS, D., WALTERS, R.K., MARTIN, J. *et al*. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. **Nat Genet** 51, 63–75, 2019.

DERRIDA, Jacques. **Différence sexuel, différence ontologique** (Geschlecht I). In: Derrida, J. Heidegger et la question. Paris, Champs Flammarion, 1990.

_____. **Choréographies** – entrevista com Christie V. McDonald. In: Diacritics, Vol. 12, n. 2, Cherchez la Femme Feminist Critique/ Feminine Text (Summer, 1982) pp. 66-76. Published by: Johns Hopkins University Press. Disponível em: <https://www.philosophie.uni-wuppertal.de/fileadmin/philosophie/PDFs_allg/Seminarmaterialien/Klass/DERRIDA_Interview_Choreographies.pdf>

DOMONT de Serpa Jr., OCTAVIO, O. O degenerado. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [en línea]. 2010, 17(2), 447-473. ISSN: 0104-5970. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138053011>

DORNELES, Beatriz Vargas et al. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 759-767, 2014.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A psicanálítica do DSM-IV é fundamental para a psicologia psiquiátrica e psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Questões entre a psicanálise e o DSM**. J. Psicanal., São Paulo, v. 47, n. 87, dez, p. 79-107, 2014

DUPANLOUP, Anne. **Le succès médical et social d'une psychopathologie: l'hyperactivité infantile**. Carnets de bord, 2, 23-37, 2001

EHRENBERG, Alain. **La fatigue d'être soi**. Paris, Odile Jacob, 1998.

_____. **Depressão: doença da autonomia?** Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. In: *Ágora*, v. 7, n. 1. Rio de Janeiro: 2004.

_____. **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa**. São Paulo: Ideias & Letras. 2010.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador. Vol. II**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n.114, p. 197-223, nov. 2001.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742001000300009&lng=en&nrm=iso>.

_____. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 151-162, jun. 2002.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000100011>

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1975

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A Arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** (M. T. C. Albuquerque, trad.) Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O sujeito e o poder.** In H. Dreyfus, & P. Rabinow. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica) (V. P. Carrero, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **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.

_____. **Ditos e escritos.** O Cuidado com a Verdade, v. 4. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003c.

_____. **História da sexualidade III: o cuidado de si.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

_____. **O poder psiquiátrico,** São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. Coleção Ditos & Escritos, v. 5.

_____. **Segurança, Território e População,** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **O nascimento da biopolítica.** Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Graal, 2009.

_____. **História da loucura na idade clássica.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010a.

_____. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2010b.

_____. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: Martins Fontes, 2010c.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 2010c.

_____. **Crise da medicina ou crise da antimedicina.** *Verve*, v. 18, p. 167-194, 2010d.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975),** trad. Eduardo Brandão. - São Paulo: Martins, Fontes. 2010e.

_____. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France (1979-1980).** São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FRANCES, Allen. **Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5**. Rev. *Psychiatric Times*, v. 1, n. 1, February 11, 2010.

_____. **A ordem do Discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio, 24ª ed. São Paulo: Loyola, 2014.

_____. **Voltando ao normal**. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FRANCES, Allen; Carroll, B. J. **Last words on ADHD from the father of the diagnosis**. (2017). *Keith Conners. BMJ*, j2253. doi:10.1136/bmj.j2253. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/358/bmj.j2253.full>>. Acesso em 15 jan. 2018.

FRANKLIN, S. Life. In: REICH, W. T. (org.). **The Encyclopedia os Bioethics, Revised Edition**. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1995.

_____. Ethical Biocaptial. In: FRANKLIN, S.; LOCK, M. (orgs.). **Remaking Life and Death: Toward an Anthropology of the BioSciences**. Santa Fe, N. M.: School of American Research Press, 2003.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Unesp, 2009.

FREITAS, Jefferson B. Discriminação de cor e preconceito racial. Talcott Parsons e Herbert Blumer a partir das relações raciais dos Estados Unidos. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 34, n. 99, e349904, 2019. Acesso: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092019000100505&lng=en&nrm=iso>

FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Obras completas, volume 13: **conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. **Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belho Horizonte: Autêntica, 2020.

GAUB, M., & CARLSON, C. L. **Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036–1045, 1997.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: UNESP, 1993.

GOMES, Marcel Maia; FERRERI, Marcelo; LEMOS, Flávia. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 189-195, 2018.

GUARIDO, Renata. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação**, São Paulo, vol.33, n.1, pp. 151-161, 2007.

GUREVITZ, M., GEVA, R., VARON, M., & LEITNER, Y. **Early markers in infants and young children for ADHD development**. Journal of Attention Disorders, 18 (1), 14–22, 2014.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HALLDORSOTTIR, T., PIECHACZEK, C., S. MATOS, A. P., CZAMARA, D., et.al. **Polygenic Risk: Predicting Depression Outcomes in Clinical and Epidemiological Cohorts of Youths**. American Journal of Psychiatry, appi.ajp.2019.1.

HANSEN SN, SCHENDEL D., PARNER ET. **Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders: The Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices**. American Journal of Psychiatry. ;169(1):56–62, 2015.

HANTSOO, L., & EPPERSON, C. N. **Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach**. FOCUS. American Journal of Psychiatry, 15(2), 162–172, 2017.

HARAYAMA, Rui. Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário Sobre o Artigo "Os Equívocos e Acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'". **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 7, n. 2, p. 261-265, dez. 2013.

Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 dez. 2019.

Hegenberg L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

Helman CG. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HINE, C. **Etnografia Virtual**. Barcelona: Editorial UOC, 2004. Disponível em: <<http://ethnographymatters.net/blog/2013/11/29/christine-hine-on-virtual-ethnographyse3-internet/>> Acesso 27/08/2019.

_____. **Ethnography for the Internet**. Embedded, Embodied and Everyday Internet Copyright Bloomsbury Publishing, Huntingdon, GBR, 2015.

HENRIQUES, Rogério Paes. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 793-816, dez. 2012.

HORWITZ, Allan. **Creating mental illness**. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2008.

IDUM. **Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamento**. Brasília, DF: IDUM, 2012. Disponível em: <www.idum.org.br>. Acesso em: out. 2018.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

JOHNSON, S. **Cultura da Interface.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

JOHNSON, M. H., GEORGE, P., ARMSTRONG, M. I., LYMAN, D. R., DOUGHRTY, R. H., DANIELS, A. S., Delphin-Rittmon, M. E. **Behavioral Management for Children and Adolescents: Assessing the Evidence.** Psychiatric Services. American Journal of Psychiatry, 65(5), 580–590, 2014.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2000.

KAMBLE, P., CHEN, H., JOHNSON, M. L., BHATARA, V., & APARASU, R. **R. Concurrent Use of Stimulants and Second-Generation Antipsychotics Among Children With ADHD Enrolled in Medicaid.** American Journal of Psychiatry, 66(4), 404–410, 2015.

KUPFER, M. C. M. **Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos.** Estilos clin. [online]. vol.4, n.7, p. 96-107, 1999.

LIMA, Aluísio F.; GERMANO, Idilva M.; SABÓIA, Iratan B.; FREIRE, José C. **Sujeito e subjetividades contemporâneas: estudos do programa de pós-graduação em psicologia da UFC.** - Fortaleza: Edições UFC/ Imprensa Universitária, 2018.

LYALL, K., CROEN, L., DANIELS, J., FALLIN, M. D., LADD-ACOSTA, C., LEE, B. K., ... Newschaffer, C. **The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders.** American Journal of Psychiatry. Annual Review of Public Health, 38(1), 81–102, 2017.

LACAN, J. (1953/1986). **O seminário: Livro 1 – os escritos técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LACERDA, Gustavo Biscaia de. Augusto Comte e o "positivismo" redescobertos. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 17, n. 34, p. 319-343, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782009000300021&lng=en&nrm=iso>.

LAKOFF, Andrew. **Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry.** Cambridge University Press, 2005.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortéz, 1991.

LÉVY, P. **O que é o virtual?** São Paulo: Editora 34, 1996.

Liga acadêmica de psiquiatria e saúde mental: **concepções e marcos conceituais na produção do conhecimento** [livro eletrônico] / Maria Salete Bessa Jorge, Carlos Garcia Filho, Davi Queiroz de Carvalho Rocha (Orgs.). – Fortaleza: EdUECE, 2016.

LUPTON, Deborah. **Risk – key ideas.** Londres: Routledge, 1999.

MACEDO, Juliana Lopes de. A morte e a medicina: sentimentos envolvidos diante da morte entre médicos. **RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 18, n. 53, p. 119-130, 2019.

MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Sérgio Bacchi. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-228, Dec. 2009.

Acesso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200004&lng=en&nrm=iso

MACHADO, Marco Antonio Calil. Gregório(s) de Matos: padrões de representá-lo(s) e ordens do discurso. **Bakhtiniana, Rev. Estud. Discurso**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 106-122, 2017.

Acesso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-45732017000200106&lng=en&nrm=iso.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. 3a ed. Campinas: Pontes: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

MANOVICH, Lev. “Novas mídias como tecnologia e idéia: Dez definições”. In: **O chip e o caleidoscópio: Reflexões sobre as novas mídias**. Lúcia Leão (org.). São Paulo: Senac, 2005.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290213. Acesso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200611&lng=en&nrm=iso, 2019.

MARTINHAGO, Fernanda. TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3327-3336, out. 2018.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003327&lng=pt&nrm=iso.

MAURANO, Denise. **A histeria: o princípio de tudo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2-17.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100014&lng=en&nrm=iso

MINAKAWA, MARCIA M., **Bases teóricas dos processos de medicalização: um olhar sobre as forças motrizes** [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo - 149, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Júnior. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MIOTTO, M. L. (2019). De Canguilhem a Foucault, em torno da Psicologia. **Cadernos De Ética E Filosofia Política**, 2(35), 112-142. Acesso: <v. 2 n. 35 (2019): Dossiê especial - Foucault, Políticas da arqueologia: 50 anos de A arqueologia do saber (1969) >.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília: CFM, 2013.

MITJAVILA, M. R. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-145, Oct. 2002. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702002000200007&lng=en&nrm=iso>.

_____. A periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade. In: Caponi, Sandra; Verdi, Marta. (Org.). **Medicalização do Sofrimento: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Medicalização do Sofrimento: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 1ed. Florianópolis: Editora da UNISUL, 2010, v. 1, p. 163-180.

MONTARDO, S. P.; PASSERINO, L. M. **Estudo dos blogs a partir da netnografia: possibilidades e limitações**. *Novas Tecnologias na Educação*, v. 4, n. 2, p. 1-10, 2006. Disponível em: <www.cinted.ufrgs.br/renote/dez2006/artigosrenote/25065.pdf>

MOREIRA Fa., Guimarães Fs. **Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas**. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 40 (1): 63-71, 2007.

MOREY, Miguel. “La Cuestión del Método”. In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del Yo y Otros Textos Afines**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1991.

MOYNIHAN R, WASMES A. Vendedores de doença: Estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: Pelizzoli M, organizador. **Bioética como novo paradigma: Por um novo modelo bioético e biotecnológico**. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 151-156.

MOYNIHAN, RAY. **Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering**. *BMJ*, 324(7342), 2002.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. São Paulo: Mercado de Letras, 2001.

NARDI, H.C.; SILVA, R.N. **Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos**. In: GUARESCHI, Neusa; HÜNING, Simone Maria (Org.). *Foucault e a Psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005. p. 93-105

NEWCOMER J.W. **Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence**. *J. Clin Psychiatry*. 2007.

NUNES, Everardo Duarte. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. In: MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA.,

orgs. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 373-389, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600006>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS/WHO) - 2013. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=1A94A2829541003441FEC6CE1B1214C8?sequence=1> Acesso em 15 out. 2017.
ORTEGA, F. et al. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva; 2017.

PARANÁ. Shirley Aparecida dos Santos. Secretaria Estadual de Educação. **TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO - TGD: PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS**. [2016]. Departamento de Educação Especial (DEE). Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/ed_especial/tgd_unid2.pdf>.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, Sept. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300012&lng=en&nrm=iso>

PARSONS, Talcot. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. **American Journal of Orthopsychiatry**, 21: 452-460, 1951
_____. **El sistema social**. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2010

PETERSEN, Alan. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin (orgs.). **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, 1997.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

POLANCZYK, G., LIMA, M.S., HORTA, B.L., BIERDERMAN, J., & ROHDE, L.A. **The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis**. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948, 2007.

PHILLIPS, M. L., & SWARTZ, H. A. **A Critical Appraisal of Neuroimaging Studies of Bipolar Disorder: Toward a New Conceptualization of Underlying Neural Circuitry and a Road Map for Future Research**. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 829–843, 2015.

PRISZKULNIK, LÉIA. A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. **Psic**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 72-77, jun. 2004.

QUARINI, C., PEARSON, R. M., STEIN, A., RAMCHANDANI, P. G., LEWIS, G., & EVANS, J. **Are female children more vulnerable to the long-term effects of maternal depression during pregnancy?** *Journal of Affective Disorders. American Journal of Psychiatry*, 189, 329–335, 2016.

RABINOW, Paul. **Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality.** In: _____. **Essays on anthropology of reason.** New Jersey: Princeton University Press, 1996.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RABINOW, Paul. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: **Antropologia da razão.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

ROCHA, Euclides T et al. Novas técnicas de neuroimagem em psiquiatria: qual o potencial de aplicações na prática clínica? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 58-60, May 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000500017&lng=en&nrm=iso>.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 61-70, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300009&lng=en&nrm=iso>.

ROSE, Nicholas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI.** São Paulo: Paulus, 2013.

ROZEMBERG, Brani; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en&nrm=iso>

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.

SAINT-MARTIN, M. de. **Da reprodução às recomposições das elites: as elites administrativas, econômicas e políticas na França.** TOMO (UFS), n. 13, 2008.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença de Georges Canguilhem. **Sci. viga.**, São Paulo, v. 9, n. 1, pág. 11-27, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100002&lng=en&nrm=iso

_____. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 335-367, June 2015. Disponível:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662015000200335&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS, Reinaldo. O papel da família e da escola no processo contemporâneo de socialização primária: Uma reflexão sociológica sobre representações e expectativas institucionais. In: GOETTERT, D. Jones; SARAT, M. (Orgs.). **Tempos e espaços civilizadores: Diálogos com Norbert Elias**. Dourados MS: UFGD, 2009.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 506-514, Sept. 2014.

Acesso: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300506&lng=en&nrm=iso>.

SARTORI, Giovanni. **Homo videns: Televisão e pós-pensamento**. Bauru: EDUSC, 2001.

SEVALHO, GIL. **Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363, jul/set, 1993.

SILVA, Eduardo Pinto e. Ética, loucura e normalização: um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 16-25, Dec. 2001. Acesso: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400003&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Divino José; VAZ, Alexandre Fernandez. **A emergência do sujeito cerebral e suas implicações para a educação**. *Childhood & philosophy*, vol. 12, núm. 24, pp. 211-230, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Livia Machado; CANAVEZ, Fernanda. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 117-129, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso>.

SHAW, P., Stringaris, A., NIGG, J., & LEIBENLUFT, E. **Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293, 2014.

STOP DSM. **To oppose the DSM-V is not to oppose psychiatry**. Disponível em: <<http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>>

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

_____. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

_____. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro; Zahar, 1979.

TABET, Livia Penna et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401187&lng=en&nrm=iso

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excesso de sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, pág. 61-76, junho de 2006.

THOMPSON, John B. **A mídia e a modernidade. Uma teoria social da mídia**. Petrópolis, Vozes, 1998.

VERAS, M. Da psicopatologia à patologia da vida cotidiana. In. **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** / Lygia de Souza Viegas [et, al.]. Salvador: EDUFBA, 2014.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **A Formação Social da Mente: O Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores**. Trad. José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), **O livro negro da psicopatologia contemporânea** (pp. 219-229). São Paulo: Via Lettera, 2011.

WEBER, Max. **The religion of India: The sociology of hinduism and buddhism**. New York: Glencoe, 1958.

_____. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. (J.M.M. de Macedo trad.) São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ZOLA, Irving. K. Medicine as na institution of social control. **Sociological Review**, 20: 487-504, 1972.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa** / Liane Carly Hermes Zanella. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira e Cruz, AMÂNCIO, Murilo Galvão. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. 66. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>>.

WHITAKER, R. **Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales**, Trad. J. Manuel Álvarez. Madrid: Capitán Swing, 2011.

_____. **Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem.** In: Caponi S, Vásquez MF, Verdi M, Organizadoras. Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs; 2016. p. 13-28.

_____. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental,** Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.