UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TÁCITO CARDERELLI DA SILVEIRA

Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas

SÃO PAULO
2015
VERSÃO CORRIGIDA

TÁCITO CARDERELLI DA SILVEIRA

Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas

Tese apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Educação

Linha de Pesquisa: Psicologia e Educação

Orientador: Prof. Dr. Leandro de Lajonquière

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo

Silveira, Tácito Carderelli da
37.046 Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas / Tácito Carderelli da
S587d Silveira; orientação Leandro de Lajonquière. São Paulo: s.n., 2015.

151 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Psicologia e Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise e educação 2. Transtornos de aprendizagem 3. Medicalização 4. Patologização 5. Hiperatividade 6. Infância
I. Lajonquière, Leandro de, orient.

TÁCITO CARDERELLI DA SILVEIRA

Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas

Tese apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Educação

Linha de Pesquisa: Psicologia e Educação

Orientador: Prof. Dr. Leandro de Lajonquière

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

SÃO PAULO
2015

À memória de minha mãe,

Theresinha

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, amigos e colegas que sempre me incentivaram a levar adiante esta tarefa.

Ao professor e orientador Leandro de Lajonquière, que mais uma vez soube compartilhar não apenas sua amizade e seus conhecimentos, mas sobretudo sua vigorosa energia para o trabalho intelectual.

Aos professores Marcelo Ricardo Pereira e Rinaldo Voltolini pela cuidadosa leitura e valiosas sugestões por ocasião do Exame de Qualificação.

Às professoras Léia Priskulnik, Maria Aparecida A. Moysés, Maria Helena Souza Patto e Miriam Debieux Rosa pelos valiosos conhecimentos que transmitiram em suas aulas.

Às minhas alunas e meus alunos que me ajudam a manter um exercício permanente de reflexão e questionamento sobre os assuntos que tratamos.

E muito especialmente à minha esposa Cristiane Nali, que além do apoio e incentivo constantes foi mais uma vez minha principal leitora e interlocutora. E ao meu filho Pedro, que além de grande parceiro e incentivador, soube também entender porque deixei de estar presente em alguns momentos para me dedicar a este trabalho. Por tudo isso, esta tese também é dedicada a vocês dois, meus amores.

Nesta vida, pode-se aprender três coisas de uma criança: estar sempre alegre, nunca ficar inativo e chorar com força por tudo o que se quer.

Paulo Leminski

Se persistirem os médicos, os sintomas deverão ser consultados.

Tom Zé

RESUMO

SILVEIRA, T. C. **Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas**. 2015. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Nesta pesquisa pretendemos demonstrar que o processo de patologização e medicalização da infância não é um fenômeno isolado nem tampouco recente, mas está profundamente enredado a diversos fatores históricos e contemporâneos. Neste sentido, o esforço para compreender os fatores que o antecederam nos permitiu identificar sua filiação ao processo de medicalização do espaço social, iniciado ainda no século XIX, que estabeleceu a saúde da criança escolarizada como um de seus principais objetivos. Sua vinculação às (re)formulações conceituais produzidas pelos postulados psiquiátricos e psicopatológicos no campo da chamada saúde mental, principalmente a partir da publicação, em 1980, da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). E sua forte expansão a partir da parceira estabelecida entre setores da psiquiatria e as indústrias farmacêuticas transnacionais, empenhada em massificar a produção e o consumo dos psicofármacos. Com relação à conjuntura propriamente contemporânea, concluímos que este processo também se conecta a questões que são muito características desta cultura tecnocientífica e consumista na qual estamos todos inseridos. Onde, considera-se que ao invés de investigarmos as questões familiares, escolares etc. para podermos entender o que de fato está se passando com as crianças que apresentam dificuldades em suas aprendizagens e/ou comportamentos, deveríamos admitir que estes sintomas seriam decorrentes de um transtorno (neuro)psiquiátrico, cuja resposta mais efetiva para tratá-lo seria através do consumo de psicofármacos.

Palavras-chave: Psicanálise e Educação; Transtornos de aprendizagem; Medicalização; Patologização; Hiperatividade; Infância.

ABSTRACT

SILVEIRA, T. C. **From invented childhood to the medicalized childhood: psychoanalytical considerations**. 2015. Thesis (Doctorate degree). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

In this research we intend to demonstrate that the process of pathologization and medicalization of childhood is not an isolated nor recent phenomenon, but is deeply entangled to the various historical and contemporary factors. In this sense, the effort to understand the factors that preceded it allowed us to identify their affiliation to the medicalization process of social space, already started in the nineteenth century, which established the health of school-age children as one of its main objectives. Their relation to conceptual (re)formulations produced by the psychiatric and psychopathological postulates in the field of so-called mental health, especially since the publication in 1980 of the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). And its strong expansion from the partnership established between sectors of psychiatry and the transnational pharmaceutical companies, committed to popularize the production and consumption of psychotropic drugs. With respect to proper contemporary context, we conclude that this process also connects to issues that are very characteristic of this techno-scientific and consumer culture in which we are all inserted. Where, it is considered that rather than investigating about the family, school etc. issues to understand what is going on with children in their learning and/or behavior difficulties, we should admit that these symptoms would be due to a (neuro)psychiatric disorder, whose most effective response to treat it would be through the use of psychotropic drugs.

Keywords: Psychoanalysis and Education; Learning disorders; Medicalization; Pathologization; Hyperactivity; Childhood.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADT – Antidepressivo Tricíclico

APA – American Psychiatric Association (Associação Psiquiátrica Americana)

CID – Classificação Estatística Internacional das Doenças

CMAI – Complexo Médico Acadêmico Industrial

CMI – Complexo Médico Industrial

DCM – Disfunção Cerebral Mínima

DDA – Distúrbio de Déficit de Atenção

DDAH – Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

IMAO – Inibidores de Monoamina Oxidase

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

LCM – Lesão Cerebral Mínima

NIMH – National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Saúde Mental)

NIH – National Institute of Health (Instituto Nacional de Saúde)

OMS – Organização Mundial da Saúde

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

RDOC – Research Domain Criteria

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Os quatro Discursos..... 90

FIGURA 2: Discurso do Capitalista..... 92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 13

CAPÍTULO I – Infância medicalizada: alguns antecedentes..... 21

A invenção da infância na modernidade..... 22

A família medicalizada e medicalizante..... 32

Um movimento chamado higiene escolar..... 39

CAPÍTULO II – DSM-III: um novo paradigma na psicopatologia contemporânea.. 45

Breve história do pensamento psiquiátrico..... 46

Kraepelin, os neo-kraepelinianos e o DSM..... 56

O DSM-III e a remedicalização da psiquiatria..... 67

CAPÍTULO III – Os psicofármacos: objetos de consumo?..... 75

O surgimento da psicofarmacologia..... 76

Marketing para vender psicofármacos..... 83

A lógica capitalista e seu discurso..... 88

CAPÍTULO IV – Patologização e medicalização da infância contemporânea..... 98

Da DCM ao TDAH: um capítulo na história dos distúrbios de aprendizagem..... 103

TDAH ou sintomas da infância?..... 114

A infância medicalizada como um “sintoma” do nosso tempo..... 121

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 130

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 136

INTRODUÇÃO

Contemporâneo é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro. Todos os tempos são, para quem deles experimenta contemporaneidade, obscuros. Contemporâneo é, justamente, aquele que sabe ver essa obscuridade, que é capaz de escrever mergulhando a pena nas trevas do presente.

Giorgio Agamben

Nas duas últimas décadas, de acordo com vasta publicação no Brasil e em vários outros países[1], temos assistido a um avanço contínuo na utilização de tratamentos medicamentosos em crianças que apresentam dificuldades para acompanhar o aprendizado escolar e para se comportar ou interagir socialmente. O que tem nos chamado a atenção, entre outras coisas, é que até mais ou menos a década de 1990 essas mesmas dificuldades não costumavam ser diagnosticadas como transtornos psiquiátricos nem tampouco eram tratadas com remédios de uso controlado. Cabe assinalar, no entanto, que os debates em torno da necessidade ou não das crianças tomarem esses medicamentos para ficarem mais atentas e/ou menos agitadas têm sido muito polarizados. De um lado há aqueles que são muito críticos em relação a este processo (COLLARES; MOYSÉS; RIBEIRO, 2013; LANDMAN, 2015; LIMA, 2005; VASEN, 2011), por inúmeras razões, desde os aspectos clínicos subjacentes, que costumam ser pouco investigados, até o fato dos problemas familiares, escolares e sociais permanecerem quase sempre intocados quando se escolhe atribuir essas dificuldades das crianças a um suposto funcionamento neurológico inadequado. Enquanto do outro, há os que afirmam (MATTOS; ROHDE; POLANCZYK, 2012; SOUZA, 2008), também amparados em suas várias razões e informações, que

[1] Parte significativa das referências bibliográficas coligidas para esta pesquisa pode nos servir para subscrever esta observação.

finalmente temos à nossa disposição um tratamento efetivo para esses transtornos que há muito tempo afetam não apenas as crianças, mas também suas famílias, seus ambientes escolares, seu entorno social etc. E que, a despeito das críticas e questionamentos, há um contingente muito maior de crianças com esses transtornos psiquiátricos que não estão sendo devidamente tratadas por ainda não terem sido diagnosticadas.

Ainda que as reflexões e considerações que iremos empreender ao longo desta pesquisa nos coloquem mais próximos daqueles que (se) interrogam sobre este processo crescente de patologização e medicalização da infância contemporânea, elas também nos obrigam não apenas a reconhecer algumas das tensões e contradições que configuram este campo de debates, mas principalmente a explorar determinados elementos cuja confluência de algum modo criou as condições para a emergência deste complexo fenômeno. Antes, porém, de nos determos sobre cada um destes elementos, abro aqui um pequeno parêntese para falar sobre meu interesse por este tema.

Logo após ter concluído minha dissertação de mestrado, aqui mesmo nesta Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, comecei a dar aulas em um curso de Psicologia. No ano seguinte, mais precisamente em 2002, comecei a lecionar em outra instituição (à qual permaneço vinculado), e por conta do mestrado em Educação, fui admitido para lecionar no curso de Pedagogia, e uma das disciplinas que assumi era dedicada aos “Problemas de Aprendizagem”. Foi a partir daí que comecei a estudar mais sobre o assunto, e tenho a impressão de ter acompanhado, talvez a distância ou de forma indireta, o ritmo ascendente deste processo de patologização e medicalização das crianças na escola. Chamava-me a atenção a maneira como algumas alunas, que já atuavam como professoras nas escolas, se referiam às crianças e aos problemas que elas vivenciavam em seus cotidianos. Não havia como não me surpreender, por exemplo, quando escutava que determinadas escolas andavam exigindo que alguns alunos, provavelmente diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos, tivessem tomado seus medicamentos para que pudessem assistir às aulas, ou ainda que outros alunos fossem considerados “autistas”, não exatamente porque apresentavam algumas dificuldades não muito importantes na comunicação ou na interação, mas porque era assim que eles eram descritos nos laudos médicos que traziam consigo.

Enfim, causavam-me espanto tais relatos, e eu queria entender melhor o que estava acontecendo. Talvez eu não tivesse clareza sobre isso naquele momento, mas um

dos prováveis motivos para essas "mudanças" é que nessa época a chamada Educação Inclusiva, iniciada de fato no Brasil em meados da década de 1990, tornava-se cada vez mais presente no dia a dia das escolas, e se por um lado isso poderia explicar porque muitas crianças chegavam acompanhadas de laudos, relatórios e diagnósticos, por outro nos ajudava também a entender porque o cenário escolar parecia cada vez mais "transtornado". Afinal, uma escola historicamente excludente não se tornaria inclusiva de uma hora para outra apenas com a promulgação de algumas leis[2]. Isso implicaria uma mudança de mentalidade, ou seja, um trabalho para gerações. De qualquer forma, ao se tornarem praticamente inseparáveis, problemas de aprendizagem e inclusão escolar acabaram contribuindo também para fazer do discurso médico e dos medicamentos frequentadores cada vez mais assíduos do ambiente escolar.

Em minha pesquisa de mestrado procurei refletir, partindo das ideias de Maud Mannoni, sobre a educação de crianças e jovens "em dificuldade", isto é, com problemas psíquicos mais ou menos graves. E isso me levou, entre outras coisas, a conhecer um pouco mais sobre alguns desses diagnósticos psiquiátricos que eram utilizados para se referir a essas crianças e jovens que dificilmente conseguiam dar continuidade à aprendizagem escolar. Percebi então que aos poucos aquele vocabulário psiquiátrico, que me parecia totalmente atrelado a uma compreensão médica desses problemas, começava a ser assimilado e a fazer parte do cotidiano daquelas professoras e, de algum modo, do cotidiano da escola. Percebi também que aos poucos ele substituía o vocabulário psicológico ou mesmo psicanalítico que há muito tempo eram falados (quase) fluentemente nessas instituições. Isso acabou orientando minhas leituras sobre essas questões, leituras que muitas vezes confirmavam e ampliavam minhas impressões, e quando me pareciam interessantes eu procurava incluir na bibliografia dos cursos para poder debatê-las em sala de aula. Os anos foram passando e eu fui me envolvendo cada vez mais com essas e outras questões referentes ao campo educativo, sempre partindo de referenciais da psicanálise. Procurando conciliar a atividade docente com a atividade clínica. E quando decidi investir em uma pesquisa em nível de doutorado, novamente em Educação, foram essas questões relacionadas à medicalização das crianças que me pareceram suficientemente interessantes para serem desdobradas e aprofundadas.

---

[2] Cf. KUPFER, M. C. M. & PETRI, R. Por que ensinar quem não aprende? **Estilos da Clínica**. Revista sobre a infância com problemas. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Vol. V, n. 9, 2º. Sem./2000.

Devemos enunciar, portanto, que o processo de patologização e medicalização da infância sobre o qual nos ocuparemos nesta pesquisa é um fenômeno contemporâneo, isto é, está relativamente circunscrito as duas ou três últimas décadas. Entretanto, como estamos partindo do pressuposto de que não se trata de um fenômeno insular, quer dizer, fechado sobre si mesmo, para podermos compreendê-lo de fato será necessário descortinarmos um conjunto de fatores que o antecederam e, em seu entrelaçamento complexo, ajudaram a criar as condições para o seu surgimento. Sendo assim, optamos por estruturar a tese em quatro capítulos onde apresentaremos uma série de questões correlacionadas que participam de forma mais ou menos direta deste processo.

No primeiro procuramos recuperar alguns antecedentes históricos da progressiva ocupação dos espaços sociais pelos discursos e práticas da medicina, e como este processo, a partir das últimas décadas do século XIX, encontrou na infância escolarizada um de seus principais objetivos saneadores. Em seguida, recuperamos também alguns fatos e personagens da história do pensamento psiquiátrico e psicopatológico, ao longo do século XX, no sentido de demonstrar como suas diferentes (re)formulações conceituais foram determinantes em relação à maneira como entendemos e tratamos o adoecimento psíquico. No terceiro capítulo, procuramos investigar alguns aspectos sobre o desenvolvimento da indústria farmacêutica e seu engajamento na expansão do consumo dos psicofármacos, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Por último, nos dedicamos às questões propriamente educativas, mais exatamente aos chamados “problemas educativos”, cenário por excelência da infância medicalizada, onde a associação entre TDAH e Ritalina tem ocupado um lugar de destaque. Nesse sentido, além de representar mais um capítulo na longa história de nossa vida cotidiana com as crianças, a patologização e medicalização da infância representam também uma espécie de sintoma do nosso tempo, um tempo onde não poucos prefeririam “remediar quimicamente” os efeitos do (des)encontro – estrutural por definição – que nós adultos experimentamos com as gerações que nos sucedem.

Portanto, uma vez que estamos considerando este processo como uma parte da história sobre nossa vida cotidiana com as crianças, pareceu-nos cabível considerar também, como mote para iniciarmos nosso primeiro capítulo, que ele de alguma forma estaria inscrito no longo processo histórico que, desde os primeiros séculos da modernidade, concebeu aquilo que Philippe Ariès (1981) chamou de “sentimento de

infância". Em outras palavras, da mesma forma que os tempos modernos inventaram uma infância (escolarizada), eles também a medicalizaram. Vale ressaltar, ainda, que ao mesmo tempo em que essa consciência a respeito de certas características particulares do ser infantil foi sendo gerada na passagem de vários séculos, ela também serviu de eixo em torno do qual duas outras instituições fundamentais para a construção da modernidade foram sendo contínua e inexoravelmente (con)formadas, a saber, a família e a escola.

Essas mudanças, como também nos mostrou Ariès (*id.*), de certa forma se afirmaram no decorrer do século XIX. A partir daí então é que começou a se estruturar um modelo institucional e pedagógico mais próximo da escola que conhecemos. Mas isso se deu, e este é um ponto fundamental aqui, no interior de um contexto social e político em profunda ebulição, no qual o sistema de produção capitalista que colocava em marcha o desenvolvimento econômico das nações, aumentando de maneira exponencial suas riquezas, era o mesmo que aprofundava as desigualdades sociais, agravando, na mesma proporção, as condições de saúde da população, principalmente aquela parte que era explorada nas grandes máquinas movidas a músculos e vapor. A partir desse momento, então, os problemas de saúde da população tornaram-se de fato um problema político, e foi para enfrentá-lo que os médicos começaram a ser chamados a agir. Aos poucos os profissionais da medicina extrapolavam suas práticas terapêuticas e o ambiente asséptico de seus consultórios, e passavam a organizar e coordenar as ações políticas de saúde. A este processo de "medicalização da sociedade", Foucault (1979) chamou de noso-política. Buscaremos investigar como, primeiro por intermédio da família e depois entrando na escola, a saúde física e psíquica da criança tornava-se uma das metas fundamentais dessas ações de higienização das massas.

No segundo capítulo, que não deixa de ser uma espécie de continuação do panorama histórico que começamos a traçar no primeiro, nosso objetivo será conhecer alguns dos autores cujas ideias e conceitos contribuíram para demarcar o campo da chamada epistemologia psicopatológica. Elegemos desenvolver este tema porque estamos considerando que o fenômeno da patologização e medicalização da infância foi se constituindo a partir desta estrutura discursiva que organiza a compreensão diagnóstica e orienta as ações terapêuticas dos médicos/psiquiatras e demais profissionais que atendem as crianças que apresentam problemas psíquicos e/ou cognitivos. Entendemos, portanto, que estes saberes de algum modo definem e normatizam nossa maneira de compreender,

avaliar/diagnosticar e tratar as inúmeras formas do adoecimento psíquico. E como eles costumam variar de acordo com a época e o lugar, nossa percepção – não apenas profissional, mas também social – acaba acompanhando essas variações.

Foi justamente a partir de um prolongado trabalho de redefinição desses parâmetros que o processo de patologização e medicalização da infância, bem como da sociedade, iniciou sua curva ascendente. Capitaneada pela APA (*American Psychiatric Association*), a principal instituição psiquiátrica dos Estados Unidos, e em resposta às duras críticas que vinha recebendo, desde a década de 1950, notadamente em relação à inconfiabilidade de seus critérios diagnósticos e arbitrariedade de seu modelo asilar de tratamento, a psiquiatria passou por um processo de reorientação radical de seus postulados. Decidiu, então, abdicar de suas concepções psicodinâmicas, fortemente ancoradas em conceitos da psicanálise e da fenomenologia, para se sustentar em bases supostamente sólidas, científicas, biológicas. O principal resultado desse esforço, que durou anos e envolveu dezenas de profissionais, estaria contido e sistematizado na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, também conhecido como DSM-III. Como sua publicação, em 1980, acabou representando o passo inicial de um movimento que iria reconfigurar profundamente o campo da psiquiatria contemporânea, não poderíamos refletir sobre o tema de nossa pesquisa sem desdobrarmos algumas dessas questões.

Indiscutivelmente importantes, essas mudanças ocorridas no campo psiquiátrico estiveram, não por acaso, completamente sintonizadas com os avanços produzidos pelas investigações psicofarmacológicas. Afinal, os bons resultados obtidos com a aplicação clínica da *clorpromazina*, ainda na década de 1950, serviram de incentivo para as primeiras pesquisas voltadas à formulação de medicamentos para uso exclusivamente psiquiátrico. É por isso que dedicaremos o terceiro capítulo às considerações sobre essa relação, muitas vezes conflituosa, entre os interesses científicos, terapêuticos e financeiros que se consolidaram entre a psiquiatria estadunidense, a princípio, e a indústria farmacêutica. Então poderemos ver, por exemplo, que a década que nos brindou o DSM-III foi exatamente a mesma que colocou em circulação os antidepressivos de terceira geração, que praticamente inauguraram uma nova fase em relação ao consumo dos psicofármacos, e cujo ator principal, naquele momento, foi o Prozac (*cloridrato de fluoxetina*).

Ganhava força, a partir dessa época, o pensamento que nos pretendia convencer de que a complexidade de nossos estados de ânimo poderia ser elucidada e manejada a partir de mínimas alterações neuroquímicas. Certamente um cenário muito favorável para que pesquisadores, psicopatologistas e representantes das grandes farmacêuticas pudessem identificar nos psicofármacos não apenas a possibilidade de massificação dos benefícios terapêuticos que eles representavam – e não eram poucos – mas também que se tratava de uma excelente oportunidade para maximizar os lucros gerados pela sua comercialização em escala global. O tempo e as estatísticas têm nos mostrado que as estratégias adotadas por essa confluência de interesses foram realmente exitosas, e os tais medicamentos para uso psiquiátrico entraram de maneira definitiva em um circuito de trocas baseado na lógica do consumismo. E é exatamente por isso que estamos considerando que a noção lacaniana de "Discurso do capitalista" nos poderá auxiliar no sentido de entendermos um pouco mais sobre as engrenagens desse sistema.

No quarto e último capítulo, após termos desenvolvido diversas questões que antecederam e de alguma forma contribuíram para o aparecimento do fenômeno da patologização e medicalização da infância, iremos nos debruçar sobre alguns aspectos que configuram o cenário contemporâneo em relação a este processo. E um tema que nos parece indispensável para compreendermos melhor esta conjuntura atual, refere-se ao surgimento do diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) e sua associação à Ritalina, nome do medicamento mais conhecido comercialmente e cujo princípio ativo é o cloridrato de metilfenidato. Decorrente da confluência de interesses entre os formuladores dos manuais de diagnósticos psiquiátricos e a indústria farmacêutica, essa associação TDAH+Ritalina[3] foi aos poucos se tornando uma espécie de protagonista da cena educativa contemporânea, sobretudo quando o assunto é: "problema de aprendizagem e/ou comportamento".

Herdeiro da LCM (Lesão Cerebral Mínima), que depois se tornou DCM (Disfunção Cerebral Mínima), bem como de outras terminologias que foram utilizadas ao longo do século XX, o TDAH foi publicado na terceira edição do DSM, em 1980, inicialmente como DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção – com ou sem hiperatividade). Desdobrar a maneira como a nomenclatura deste diagnóstico foi sendo cuidadosamente modificada a fim de abranger os vários sintomas que caracterizam as dificuldades escolares

[3] Cf. ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010.

das crianças, e sua forte vinculação ao tratamento medicamentoso, nos possibilitará compreender como, nas últimas décadas, o fenômeno da patologização e medicalização da infância foi paulatinamente tomando sua forma atual. Uma forma “sintomática” que, a nosso ver, não deixa de revelar algumas questões muito representativas de nossa contemporaneidade. Como por exemplo, nosso desejo de encontrar no corpo/cérebro as repostas para os incontornáveis impasses que vivemos cotidianamente com as crianças, assim como nossa dificuldade para reconhecermos que “seus” sintomas estão irremediavelmente relacionados àquilo que consciente e inconscientemente se passa entre nós enquanto estamos envolvidos nesta (im)possível tarefa chamada educação.

CAPÍTULO I - Infância medicalizada: alguns antecedentes

Após a era da descoberta da infância,
veio a era da infância enferma.

Maud Mannoni

Como dissemos anteriormente, estamos considerando que o processo de patologização e medicalização da infância se constituiu historicamente, isto é, não se trata de um fenômeno eventual nem tampouco recente. Apresentar e refletir sobre alguns dos elementos que formam parte deste processo será nosso principal objetivo não apenas para este capítulo, mas ao longo deste trabalho. Vale ressaltar, no entanto, que não pretendemos com isso estabelecer uma relação de causalidade direta entre os elementos históricos a serem abordados nesta pesquisa e nossa realidade contemporânea. Por outro lado, não podemos desconsiderar que existe, embora difuso, algum encadeamento entre fenômenos sociais do presente e do passado, sem o qual ficaria difícil compreendê-los. O pressuposto dessa correlação não causal da história representa, segundo Foucault (1979), uma "precaução de método", ou seja, uma forma de se evitar essas cronologias históricas fundadas nas ideias tipicamente positivistas de evolução e de progresso. Parte, Foucault (*id*.), do seguinte princípio:

> ...não tomar o ponto em que nos encontramos por final de um progresso que nos caberia reconstituir com precisão na história. Isto é, ter em relação a nós mesmos, a nosso presente, ao que somos, ao aqui e agora este ceticismo que impede que se suponha que tudo isto é melhor ou que é mais do que o passado. O que não quer dizer que não se tente reconstituir os processos geradores, mas sem atribuir-lhes uma positividade, uma valoração (FOUCAULT, *idem*, p. 140).

É importante também assinalar que esta precaução metodológica proposta por Foucault se aplica igualmente àquelas posições, mais ou menos nostálgicas, que costumam idealizar o passado e olhar para o presente na perspectiva do descenso, supondo

que nossa condição atual é certamente pior do que fora antes. Portanto, deixemos claro, nem melhor nem pior, nossa intenção é refletir sobre algumas questões que nos parecem importantes em relação ao tempo presente, tentando abarcar minimamente a complexidade que as constitui, sem adotarmos para isso um ponto de vista determinista ou teleológico. Nesse sentido, a ideia sugerida pelo filósofo de "processos geradores" parece-nos sumamente apropriada e fecunda para introduzirmos os antecedentes históricos relativos ao processo de patologização e medicalização da infância contemporânea.

A invenção da infância na modernidade

Se estamos, portanto, partindo do princípio de que o processo de medicalização da infância de alguma forma se inscreve na longa história que paulatinamente foi deslocando as crianças para o centro dos interesses e dos cuidados da família e da sociedade, comecemos então por uma breve, porém muito esclarecedora passagem do clássico estudo historiográfico de Philippe Ariès (1981) sobre o que exatamente significa o "sentimento de infância" que surgiu com a modernidade. Diz o autor:

> Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o *sentimento de infância* não existia, o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à *consciência da particularidade infantil*, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes (ARIÈS, *idem*, p. 156, grifos nossos).

Ao examinar cuidadosamente vários aspectos culturais que foram sendo transformados ao longo do tempo, o autor pode afirmar que tal consciência da particularidade infantil não surgiu de uma hora para outra, subitamente, mas se deu no transcurso de alguns séculos entre o final da Idade Média e início da chamada era Moderna.

> A descoberta da infância começou sem dúvida no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI. Mas os sinais de seu desenvolvimento tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do fim do século XVI e durante o século XVII (ARIÈS, *idem*, p. 65).

Dois aspectos se destacam aqui em relação ao aparecimento deste *sentimento de infância* do qual nos fala Ariès. O primeiro se refere ao que ele chama de "as idades da vida", isto é, o reconhecimento de que a infância representava um momento específico da vida ocorreu paralelamente à percepção cada vez mais comum de que a vida era composta de períodos, cada qual com suas características próprias. Neste sentido, as ideias de infância e adolescência foram sendo construídas no decorrer deste período e se afirmaram no discurso produzido pela medicina e pelas ciências humanas no século XIX. Da compreensão desses diferentes períodos da vida surgiu também a ideia do necessário prolongamento do tempo de espera para as crianças ingressarem efetivamente na vida adulta, sendo essa "espera" o próprio tempo da infância.

O outro aspecto importante refere-se à extensa pesquisa iconográfica utilizada pelo autor para sustentar sua tese de que o sentimento que os adultos iam nutrindo e manifestando em relação às crianças podia ser percebido na maneira como as representações pictográficas da criança e da família eram modificadas em cada tempo histórico. Ariès (*id.*) debruçou-se ainda sobre outros temas que também podiam ilustrar o processo de fabricação desse sentimento de infância, tais como a mudança nas roupas das crianças, que aos poucos deixavam de parecer com as vestimentas dos adultos, bem como na constante transformação de seus jogos e brincadeiras. Há, no entanto, dois tópicos que são absolutamente indispensáveis para entendermos todo este processo, o primeiro é a família, o segundo a escola. Isso significa também que a partir dos estudos de Ariès podemos afirmar que só é possível compreender o que é a infância moderna em sua relação com a família e a escola modernas. Em outras palavras, família e escola acabaram tornando-se as principais instituições educativas da modernidade, e em seu entrelaçamento começou-se a constituir a infância moderna. Segundo Cambi (1999):

> Duas instituições educativas, em particular, sofrem uma profunda definição e reorganização na Modernidade: a família e a escola, que se tornam cada vez mais centrais na experiência formativa dos indivíduos e na própria reprodução (cultural, ideológica e profissional) da sociedade.

> A ambas é delegado um papel cada vez mais definido e mais incisivo, de tal modo que elas se carregam cada vez mais de uma identidade educativa, de uma função não só ligada ao cuidado e ao crescimento do sujeito em idade evolutiva ou à instrução formal, mas também à formação pessoal e social ao mesmo tempo. As duas instituições chegam a cobrir todo o arco da infância-adolescência, como "locais" destinados à formação das jovens gerações, segundo um modelo socialmente aprovado e definido (CAMBI, *idem*, p. 203-204).

Para Ariès o que nos permite pensar o surgimento de um sentimento moderno de infância é justamente o fato de que esse "interesse pela infância não é senão uma forma, uma expressão particular desse sentimento mais geral, o *sentimento da família*" (ARIÈS, *idem*, p. 210, grifos nossos). Se por um lado podemos pensar que as mudanças ocorridas na família precederam o aparecimento de um novo sentimento de infância, por outro sabemos também que a família começou a ganhar sua forma moderna ao mesmo tempo em que suas relações internas com a criança foram sendo transformadas de maneira profunda, tratam-se, portanto, de fenômenos coetâneos.

De acordo com Cambi (*id.*) o que parece essencial dessas transformações da família em sua relação com a criança é que essa estrutura elementar da sociedade tornava-se cada vez mais uma "instituição educativa", com novas atribuições e novas responsabilidades. Menor, porém mais complexa, a família assumiu definitivamente seu papel de agente formador desta "nova" sociedade que estava surgindo, visto que, desde a modernidade, cuidar da infância passou a representar, acima de tudo, cuidar do futuro.

Um bom exemplo disso é que antes deste período histórico a mortalidade infantil era um fato praticamente banal, tamanha frequência com que ocorria, e essa nova preocupação dirigida à criança começou a mudar essa realidade. Não se trata de pensar que antes os adultos eram indiferentes ao sofrimento e à morte de suas crianças, mas a preocupação em preservá-las foi se modificando com o passar do tempo. Segundo Gélis (2009):

> Arrancar uma criança da doença e da morte prematura, recusar a desgraça tentando curá-la: esse passa a ser o objetivo de pais angustiados. Evidentemente, antes os pais tampouco aceitavam a perda de um ente querido, porém a consciência da vida, do ciclo vital era diferente, e não lhes restava outro recurso senão ter mais um filho. Porque a vida era dura e porque era preciso perpetuar a linhagem... A recusa à doença da criança

> constitui apenas um aspecto – essencial, sem dúvida – do novo imaginário da vida e do tempo (GÉLIS, *idem*, p. 309).

Outra característica importante, segundo os historiadores, deste período "pré-moderno" é que aquelas crianças que conseguiam sobreviver e alcançavam alguma autonomia a partir dos sete ou oito anos, eram logo inseridas no espaço das relações entre os adultos, pois não havia motivos para adiar sua entrada neste âmbito. A partir do momento em que as famílias começaram a reconhecer essas diferenças entre adultos e crianças é que começaram a estabelecer uma separação e, por conseguinte, um tempo de espera mais prolongado para essa entrada.

Com a dilatação desse tempo de espera, além dos cuidados, as crianças tornaram-se também objeto de carinhos, algo incomum em épocas anteriores. Essa proximidade afetiva entre adultos e crianças é o que Ariès chamou de *paparicação*, talvez a primeira forma de expressão desse sentimento da infância. Porém não demorou muito para que outros aspectos referentes ao desenvolvimento das crianças passassem a fazer parte do cardápio das preocupações dos adultos. Mormente porque apesar dos mimos a infância era vista como a idade da imperfeição e da ignorância, portanto, formá-las e educá-las era condição necessária para que pudessem ser arrancadas desse estado, daí o crescente interesse psicológico e moral por elas.

Ariès nos mostra que no bojo das grandes transformações da sociedade moderna é este *sentimento de infância* o eixo em torno do qual família e escola irão se reorganizar. As preocupações e os interesses que essas duas instituições traziam pelas crianças e sua educação é que vão nortear os rumos dessas mudanças absolutamente necessárias para corresponder às demandas de um novo tempo que se anunciava.

> A escola e o colégio que, na Idade Média, eram reservados a um pequeno número de clérigos e misturavam as diferentes idades dentro de um espírito de liberdade de costumes, se tornaram no início dos tempos modernos um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-las, graças a uma disciplina mais autoritária, e, desse modo, separá-las da sociedade dos adultos (ARIÈS, *idem*, p. 165).

Temos aí um dos pilares do pensamento pedagógico dessa época, separar as crianças da sociedade dos adultos para melhor adestrá-las, pois se temia que essa

proximidade (vista pelos religiosos e moralistas da época como promiscuidade) pudesse comprometer a base de uma boa educação. Nesse sentido, a separação das crianças por idades e por classes teve um papel fundamental nessa reconfiguração das escolas e dos colégios na passagem da Idade Média para a Modernidade. Vale ressaltar ainda que essas duas importantes mudanças foram sendo paulatinamente embutidas no interior desses espaços, tornando-os cada vez mais disciplinados e controlados.

Diferença essencial entre as instituições educativas medievais e modernas, esse poder disciplinar, conforme proposição foucaultiana[4], irá incidir especialmente sobre o corpo infantil. E a partir daí então família e escola constituir-se-ão como lugares onde as crianças serão permanentemente vigiadas e disciplinadas. Segundo Narodowski (2001):

> Nesse processo de formação da instituição escolar moderna, recortada pela existência da infância, já se adivinha a presença de um componente institucional, garantia do tratamento adequado que os adultos devem oferecer para obter a permanência da infância na instituição: a disciplina, ponto central na estruturação da moderna pedagogia. Mas além disso, a mutação operada na instituição especializada na transmissão de saberes implica uma descontinuidade altamente significativa em sua história, na medida do surgimento do corpo infantil (NARODOWSKI, *idem*, p. 49).

Detenhamo-nos rapidamente neste período histórico entre o final do século XVIII e início do século XIX para captarmos melhor as condições e contradições sociais nas quais o processo de medicalização da infância ensaiou seus primeiros passos. Nesta época, o chamado velho mundo passava por um profundo e acelerado processo de transformações sociais que, entre outras coisas, serviu para consolidar o liberalismo econômico – preceito básico do capitalismo – e afirmar a ascensão de uma nova classe

---

[4] Em seu curso no *Collège de France* intitulado "Soberania e disciplina", em 1976, Michel Foucault pretende responder à seguinte questão: "Em uma sociedade como a nossa, que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?". Para respondê-la, procura esclarecer qual a diferença entre o poder do soberano, que era o sumo poder até a queda da monarquia, e o poder disciplinar que, em nossa sociedade, o teria substituído. Diz ele: "Este novo tipo de poder, que não pode mais ser transcrito nos termos da soberania, é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Ele foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder não soberano, alheio à forma da soberania, é o poder disciplinar". E para demonstrar essa contraposição ele alega que "as disciplinas são portadoras de um discurso que não pode ser o do direito; o discurso da disciplina é alheio ao da lei e da regra enquanto efeito da vontade soberana. As disciplinas são portadoras de um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra 'natural', quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei, mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito, mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico". (FOUCAULT, 1979, pp. 179, 188, 189).

social: a burguesia. O poder financeiro dessa classe que tornou-se dominante foi convertido em poder político e seus ideais foram estabelecidos como parâmetros para o desenvolvimento social. De um ponto de vista estritamente moral, a repressão da sexualidade, as normatizações da conduta e a disciplina educacional são apenas alguns exemplos desses valores burgueses que aos poucos foram se tornando hegemônicos.

Sendo assim, a(s) sociedade(s) e suas instituições deveriam seguir estes princípios se quisessem evoluir e progredir continuamente. O problema é que nem toda a sociedade podia efetivamente se beneficiar dos recursos materiais disponíveis à classe burguesa, isto é, nem todos tinham acesso não somente ao capital e aos bens de consumo, mas aos direitos civis mais elementares, e isso de alguma forma resultou em movimentos constantes de revolta e rebelião das classes desprovidas dessas benesses, neste caso as classes trabalhadoras, também chamadas de proletariado.

Essa história é longa e muito interessante, mas o que pretendemos circunscrever aqui é que tanto o espaço privado da família quanto o espaço público da escola, uma vez inseridos neste contexto, reproduziram exatamente essa nova divisão de classes e suas desigualdades. Sobre isso Ariès (*id.*) chegou a afirmar que "toda a complexidade da vida foi modificada pelas diferenças do tratamento escolar da criança burguesa e da criança do povo. Existe, portanto, um notável sincronismo entre a classe de idade moderna e a classe social: ambas nasceram ao mesmo tempo, no fim do século XVIII, e no mesmo meio: a burguesia" (ARIÈS, *idem*, p. 194). E segundo Perrot (2009), "a família, sobretudo a família pobre, também vê sua autonomia ameaçada pela crescente intervenção do Estado, o qual, não podendo agir constantemente em nome dela, vem a ocupar seu lugar, em especial na gestão da criança, o ser social e o capital mais precioso". (PERROT, 2009, p. 78).

Nessas duas breves passagens há algumas questões relevantes que ajudarão a encaminhar nossas reflexões. Começando pela sincronia identificada por Ariès na divisão de classes escolares e classes sociais. O que parece tê-lo levado a perceber essa semelhança foi o fato de ter havido, na primeira metade do século XIX, uma considerável demanda por mão-de-obra infantil – sobretudo para a indústria têxtil – e isso de alguma forma contribuiu para conservar uma característica da sociedade medieval que a modernidade teria supostamente modificado que é a precocidade na passagem da infância à idade adulta. Quer dizer, se muitas crianças tinham que trabalhar, porque eram pobres, elas não podiam

permanecer na escola, consequentemente tinham seu tempo de infância encurtado, coisa que dificilmente acontecia com as crianças das classes mais abastadas. Portanto, pelo menos durante um período, que pode ter variado mais ou menos em função das contingências históricas[5], ao interferir na escolarização dessas camadas subalternizadas, a divisão de classes sociais também produziu efeitos deletérios sobre o tempo da infância.

E nas palavras de Perrot (*id.*) podemos acompanhar outras duas questões importantes relacionadas às consequências dessas desigualdades em relação à educação das crianças, e que tem a ver justamente com o interesse do Estado pela família, sobretudo a família pobre, e mais especificamente sobre o que a autora chama de "gestão da criança". A primeira questão importante aqui é essa disposição que o Estado demonstra em agir, por intermédio de suas instituições, em nome dessas famílias empobrecidas ou até mesmo em sua disposição para substituí-las quando essas não tivessem condições de gerir seu capital mais precioso, isto é, a criança. A outra questão se refere ao fato de que com o tempo a criança deixou de ter um valor apenas para a família e passou a ser valorizada também no espaço público, portanto, a ter um valor político. Há ainda outra passagem da autora que nos ajuda a esclarecer um pouco mais essas questões. Ela afirma:

> De fato, o filho não pertence apenas aos pais: ele é o futuro da nação e da raça, produtor, reprodutor, cidadão e soldado do amanhã. Entre ele e a família, principalmente quando esta é pobre e tida como incapaz, insinuam-se terceiros: filantropos, médicos, estadistas que pretendem protegê-lo, educá-lo, discipliná-lo. As primeiras leis sociais (a de 1841 sobre a limitação do tempo de trabalho nas fábricas) foram promulgadas tendo como objeto as crianças. Pouco importa que, a princípio, não tenham sido muito eficazes. O alcance simbólico e jurídico dessas leis nem por isso se faz menos considerável, visto que elas marcam a primeira guinada de um direito liberal rumo a um direito social.
>
> Isso significa que a infância é, por excelência, uma daquelas zonas limítrofes onde o público e o privado se tocam e se defrontam muitas vezes, de maneira violenta.
>
> Objeto de disputa de poderes, a infância também é lugar de saberes, que se desenvolvem, sobretudo no último terço do século XIX, com o

[5] Apenas para termos uma ideia dessas variações históricas e geográficas entre classe escolar e classe social, até a década de 1970 a taxa de analfabetismo (fenômeno diretamente relacionado à escolarização e renda) de pessoas de 15 anos ou mais no Brasil era de 33,6%. Em 2013, portanto 40 anos depois, essa mesma taxa estava em 8,5%. Desde essa época, na França, essa mesma taxa não passava de 2%. Esses dados fazem parte das estatísticas do **IBGE**, disponíveis em: http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/274-teen/mao-na-roda/1721-educacao-no-brasil; da **PNAD** (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2007/2013, disponíveis em: http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais; e do site **Index Mundi**, http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=fr&v=39&l=fr.

> esforço conjunto da medicina, da psicologia e do direito. Esses saberes surtem efeitos contraditórios. Produtores de controle, também geram conhecimentos que transformam nossa infância num mistério insondável (PERROT, *idem*, p. 134-135).

Ao longo do tempo, portanto, o sentimento de infância que a modernidade inventou foi se transformando e assumindo novas feições, e a partir do século XIX a criança tornou-se *o capital mais valioso* da família e da sociedade, ela passou a representar o futuro da nação, quer dizer, passou a ser depositária das esperanças coletivas. Tanto que, a despeito de seus alcances relativos, as primeiras leis que visavam garantir direitos sociais tiveram a criança como objeto[6]. O que não significa que a situação das crianças tenha mudado de forma rápida e abrangente, ao contrário, até porque as condições socioeconômicas, como vimos, continuaram sendo um fator determinante nesse sentido.

De qualquer forma, dentre os vários e relevantes assuntos aí apontados, a entrada desses novos atores em cena (filantropos, médicos, representantes do Estado e demais profissionais) e o papel que eles desempenharam nesse esforço conjunto de saneamento das cidades e controle da população nos parece uma das questões mais fundamentais de nossa pesquisa sobre os antecedentes históricos da medicalização. Mas, para compreendermos de fato a *démarche* desse longo processo, devemos nos debruçar um pouco mais sobre alguns elementos desta complexa conjuntura histórica. E para fazermos isto, em uma perspectiva não meramente cronológica, reportar-nos-emos especialmente a algumas proposições foucaultianas sobre este período importante, ou se preferirmos decisivo, em relação aos rumos de nossa modernidade.

Nossa escolha por uma articulação a partir das ideias de Michel Foucault (1926-1984) se justifica pelo fato de considerarmos que poucos autores se dedicaram com tamanha profundidade sobre a gênese do processo de medicalização da sociedade. Entretanto, como esta questão, por sua amplitude e complexidade, ocupa um espaço considerável em sua obra, é necessário fazermos um recorte bem delimitado, o suficiente para compreendermos melhor alguns aspectos deste cenário que pretendemos descrever para em seguida avançarmos em nossas reflexões.

---

[6] Segundo Hurstel (1999), embora essa lei de 1841 que proibia o trabalho das crianças nas fábricas nunca tenha sido de fato colocada em prática, todas as demais leis que foram criadas na França a partir dessa época tinham como objetivo garantir direitos à infância e à adolescência, protegendo-as da violência e da exploração. E talvez, como sugere Perrot, devessem ser consideradas mais pelo seu valor simbólico do que propriamente por sua (in)eficácia.

Subsidiados, portanto, por determinadas ideias do autor, pareceria interessante pensarmos a medicalização como um processo que de alguma forma esteve inserido, ou só se tornou possível, em um contexto muito mais amplo no qual a questão da saúde, tanto individual quanto coletiva, tornou-se um assunto de Estado. E um dos fatores que contribuiu mais fortemente para essa *noso-política*[7] foi o adensamento populacional das grandes cidades, fenômeno iniciado a partir do século XVIII e que trouxe novos problemas e novos desafios a toda sociedade, em especial aos governantes. No texto *A política da saúde no século XVIII*, um dos capítulos que integra a *Microfísica do poder*, no qual Foucault (1979) se ocupa dessas questões, podemos ler:

> O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível das suas decisões de conjunto (FOUCAULT, *idem*, p. 194).

O Estado, segundo Foucault, foi aos poucos se incumbindo dessa tarefa, mas no período inicial desse processo de medicalização não havia ainda a necessidade de organizar de forma centralizada tal assistência à saúde da população, isso porque os grupos religiosos, as associações de socorro e beneficência, e também algumas entidades filantrópicas ou de caridade, que já existiam há muito tempo, acabavam se revezando nesse atendimento médico, sobretudo da população pobre.

> A problematização da noso-política, no século XVIII, não traduz portanto uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina, mas sobretudo a emergência, em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra, um encargo coletivo. A noso-política, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral (FOUCAULT, *idem*, p. 195).

---

[7] Do grego *nósos*, que significa doença, esta noção poderia ser traduzida livremente como "política da doença (ou da saúde)". Provavelmente Foucault a formulou para enfatizar a compreensão – que começou a se constituir a partir do século XVIII – das doenças da/na população como um problema eminentemente político e econômico. A propósito, no **Vocabulário de Foucault**, de Edgardo Castro (2009), o verbete *nosopolítica* aparece como "equivalente" à *medicalização*.

Portanto, se o Estado pretendia preservar e organizar a vida nas grandes cidades e, ao mesmo tempo, garantir e desenvolver os meios de produção para a geração de riquezas deveria assumir também a responsabilidade pela criação de dispositivos de prevenção e combate às enfermidades. Isto é, além de regulamentar a economia e manter a ordem pública; ao Estado cabia, cada vez mais, garantir o respeito às regras de higiene nos grandes espaços urbanos. E, neste momento, para o devido cumprimento dessas novas regras foi instituído

> um conjunto de regulamentos e de instituições múltiplas que recebem, no século XVIII, o nome genérico de "polícia". O que se chamará até o final do Antigo Regime de polícia não é somente a instituição policial; é o conjunto dos mecanismos pelos quais são assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde "em geral" (FOUCAULT, *idem*, p. 197).

Parece que bastou nos aproximarmos um pouco deste intricado enredo histórico onde a "boa saúde física" passou a valer como um imperativo, isto é, como uma obrigação (moral) do Estado e de cada cidadão, para entendermos melhor sobre as condições que levaram a medicina a ampliar seu campo de atuação, tornando-se desse modo uma instância encarregada não apenas de tratar dos corpos individuais, mas de policiar o "corpo" social. Quiçá temos agora também mais elementos para apreender o que Foucault estaria chamando de noso-política.

A princípio pareceria que o principal sustentáculo dessas transformações estruturais seria a necessidade econômica de manter e conservar a força de trabalho, condição *sine qua non* da expansão capitalista, mas segundo Foucault o problema é mais amplo, trata-se dos "efeitos econômico-políticos da acumulação dos homens". Em outros termos, são as consequências trazidas pelo crescimento demográfico que a Europa assistiu a partir do século XVIII e que todos, sem exceção, tiveram que enfrentar. Para isso começaram a desenvolver o que ele chamou de "tecnologia da população", ou seja, coisas que nós conhecemos relativamente bem, mas que até então não existiam, tais como: estatísticas de natalidade, mortalidade, expectativa de vida, planos educacionais, cálculos previdenciários etc.

A partir daí também o corpo, dos indivíduos e das populações, passa a ter uma importância cada vez maior nas engrenagens do sistema, isto é, importa saber se são

utilizáveis, rentáveis, mais ou menos resistentes às doenças, mais ou menos capazes de aprendizagem, assim como importa mantê-los em condições saudáveis para desempenharem suas respectivas funções. Nesta conjuntura,

> os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, *idem*, p. 198).

Não custa lembrar, uma vez mais, que foi exatamente neste cenário de crescente valorização dos "traços biológicos da população" que surgiram as primeiras teorias eugenistas, bem como as medidas higienistas e a marcha pretensamente civilizadora do neocolonialismo, na qual os *homens de sciencia* começaram a montar o "espetáculo das raças", conforme proposição de Schwarcz[8], para naturalizar as diferenças individuais e assim relevar toda sorte de desigualdade, exploração e injustiça. "Darwinismo social" foi um dos nomes que se deu a essas práticas, muitas vezes legitimadas por um discurso supostamente científico. As duas guerras mundiais, no século XX, nos mostraram até onde fomos capazes de chegar com esses conhecimentos e esses ideais, ou se preferirmos, com este saber e este poder.

A família medicalizada e medicalizante

Enfim, para rematar, seria interessante comentarmos ainda sobre duas questões cruciais que, por um lado sintetizam as principais características dessa chamada noso-política, e por outro servem de atalho para retornarmos às nossas reflexões. A primeira refere-se ao *privilégio da infância* e a *medicalização da família*, e a segunda trata do *privilégio da higiene* e o *funcionamento da medicina como instância de controle social*. Em relação à primeira, e corroborando o que havíamos tratado anteriormente, Foucault (*id.*) demonstra quanto o aprofundamento das responsabilidades sobre os filhos – o capital

[8] Em seu livro "O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930", Schwarcz (1993) faz um dos estudos socioantropológicos mais consistentes sobre os efeitos dessas doutrinas raciais e eugenistas no Brasil, entre as últimas décadas do século XIX e as primeiras do XX. Efeitos que, lamentavelmente, perduram até os nossos dias.

mais valioso – contribuiu para tornar a família o agente mais constante da medicalização. Parece claro para o autor que:

> A política médica, que se delineia no século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permitiu articular uma ética "privada" da boa saúde com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados e como que recomendados pelo Estado (...) tudo isto, em sua multiplicidade e coerência, marca o funcionamento global da política de saúde do século XIX que, entretanto não se pode compreender abstraindo-se este elemento central, formado no século XVIII: a família medicalizada-medicalizante (FOUCAULT, *idem*, p. 200-201).

Quanto à segunda questão, também coadunando com o dito alguns parágrafos anteriores, veremos como aos poucos a figura do médico vai se transformando à medida que incorpora um papel de liderança (política) em relação ao esforço conjunto de saneamento do espaço urbano e controle da população.

> A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos (...) acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos (...) O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o "corpo" social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX (FOUCAULT, *idem*, p. 202-203).

Temos aí então dois elementos muito importantes deste cenário que tentamos descrever a partir do texto foucaultiano. De um lado a família medicalizada e medicalizante, isto é, a menor das instituições sociais fora convertida ao mesmo tempo em objeto e agente das intervenções de saneamento das cidades, sendo sua obrigação precípua zelar pela infância. E por outro, o médico, afirmando-se como o grande perito na arte de

observar, corrigir e melhorar o "corpo" social, tentando mantê-lo saudável e ativo. Portanto, o que Foucault está chamando de noso-política (medicalização) é justamente esta conjuntura na qual a saúde individual e coletiva se tornou uma questão política e econômica fundamental, tendo a figura do médico e a instituição familiar como protagonistas. Em outras palavras, o complexo família-filhos foi paulatinamente ocupando uma posição cada vez mais central em uma sociedade onde a medicina foi ampliando sua presença e o médico certificando sua autoridade.

Por ser uma instituição que abrange toda a sociedade, todas as ações de interesse da coletividade deveriam passar necessariamente pela família. Razão pela qual ela foi tão maciçamente investida de cuidados e vigilâncias pelo poder público, pelos médicos e também por outros profissionais e técnicos que deveriam ser capazes de identificar, coibir, tratar e, em alguns casos, até substituir as famílias que não tivessem condições de prover à sua descendência os cuidados indispensáveis, bem como de manter seus membros dentro da ordem e da legalidade.

Como já mencionado anteriormente, a maneira como o Estado organizou e direcionou essa rede de assistência social foi determinada basicamente pelas condições socioeconômicas das famílias, isto é, pelo potencial de risco social que representavam. Sendo assim, as famílias pobres, inevitavelmente, viram-se constrangidas pelas ações preventivas e disciplinares promovidas pelos agentes designados. Esses, segundo Donzelot (1986):

> Disseminados numa multiplicidade de lugares de inserção, guardam sua unidade, não obstante, em função de seu domínio de intervenção, que assume os contornos das classes "menos favorecidas". No interior dessas camadas sociais eles visam um alvo privilegiado, a patologia da infância na sua dupla forma: a infância em perigo, aquela que não se beneficiou de todos os cuidados da criação e da educação almejadas, e a infância perigosa, a da delinquência. Toda a novidade do trabalho social, toda sua modernidade consistiria justamente nessa atenção mais concentrada com relação aos problemas da infância, num questionamento consequente das antigas atitudes de repressão ou de caridade, na promoção de uma solicitude educativa sem fronteiras, visando mais a compreensão do que a sanção judiciária, substituindo a boa consciência da caridade pela busca de técnicas eficazes (DONZELOT, *idem*, p. 91-92).

Técnicas eficazes no lugar de uma boa consciência caridosa, uma proposta educativa ao invés de atitudes simplesmente repressivas ou permissivas, enfim um

conjunto de propostas que pretendiam reorientar novas formas de intervenção social no seio das famílias "menos favorecidas". Vivendo em condições precárias, essas famílias poderiam gerar as duas formas de "patologia da infância", a *infância em perigo* e a *infância perigosa*. Interessante notar como essas intervenções, ditas sociais, tinham como alvo preferencial supostas "patologias" da infância, isto é, um problema médico por definição. Muito provavelmente porque participavam de uma estrutura assistencial inserida nesse contexto da medicalização. No entanto, cabe assinalar, quando falamos de um conjunto de ações do Estado voltado à prevenção da delinquência, isto é, para se evitar que delitos fossem cometidos por jovens, estamos nos referindo a este momento histórico no qual se inicia a construção de todo um aparato jurídico-tutelar que, paralelamente às políticas de saúde, deveriam atuar como "polícia das famílias"[9]. Parafraseando Foucault, poderíamos afirmar que começa a se constituir neste contexto uma família vigiada-vigilante.

Mas Donzelot (*id.*) não deixa de nos chamar a atenção para o contrassenso que essa condição da família representa, uma vez que

> incrustada nessa dupla rede de tutores sociais e técnicos, a família aparece como colonizada. (...) em torno da criança há uma série de círculos concêntricos: o círculo familiar, o círculo dos técnicos, o círculo dos tutores sociais. Resultado paradoxal da liberalização da família, da emergência de um direito da criança, de um reequilíbrio da relação homem-mulher: quanto mais esses direitos são proclamados, mais se fecha em torno da família pobre a opressão de uma potência tutelar. O patriarcalismo familiar só é destruído em proveito de um patriarcado do Estado (DONZELOT, *idem*, p. 97-98).

Atendendo às demandas da própria sociedade, em especial das classes dominantes, o Estado e seus agentes foram assumindo cada vez mais uma posição intervencionista em relação à família, e de forma mais flagrante quando se tratava da família pobre, mirando sempre a infância e suas insuficiências. Portanto, a paisagem histórica que estamos deslindando agora corresponde a esse momento – *fin de siècle* – de ascensão de uma sociedade liberal, no sentido político e econômico, e da necessária

[9] Título do livro de Jacques Donzelot.

montagem, em seu interior, de uma (infra)estrutura de assistência e controle social, mais organicamente[10] distribuída do que a anterior.

Praticamente na mesma época e guardadas as devidas proporções, sucediam, do outro lado do Atlântico, fenômenos sociais mais ou menos semelhantes. Com efeito, podemos observar que em ambos os contextos as várias expectativas depositadas sobre a família acabavam, cedo ou tarde, revelando sua dificuldade para serem correspondidas à altura. Embora estivesse designada para ser um abrigo em um mundo que se transformava rapidamente e cujas transformações exigiam respostas condizentes, tornava-se praticamente inevitável que a família acabasse transferindo aos chamados "especialistas" as competências que efetivamente excediam seus recursos, tanto morais quanto materiais. Ocorre então um fenômeno, tão paradoxal quanto o descrito por Donzelot, e que Lasch (1991) chamou de "proletarização da paternidade".

> Aqueles que insistiram na importância da família – inclusive a família "desguarnecida", criada, segundo eles, pela Revolução Industrial – adotaram estratégias de defesa contraproducentes. Ao mesmo tempo que exaltavam a família como o último refúgio de privacidade em uma sociedade ameaçadora, os guardiães da saúde pública e da moral insistiram no fato de que a família não podia satisfazer suas próprias necessidades sem a intervenção de especialistas. (...) queriam melhorar a qualidade da vida familiar por meio de programas ambiciosos de "educação para pais", assessoramento matrimonial e assistência social psiquiátrica. (...) Educadores e reformadores sociais viam na família um obstáculo para o que concebiam como progresso social (...) por essa razão procuraram afastar as crianças da influência de suas famílias e colocar os jovens sob a influência benigna do Estado e da escola (LASCH, *idem*, p. 35).

Segundo Lasch (*id.*), a entrada em cena desses peritos pode ser entendida como resultado de um discurso que procurou intensificar uma suposta "crise" na família para afirmar sua necessária "solução", isto é, o que esses reformadores sociais de fato pretendiam era ensinar aos pais como educar seus filhos e para isso precisavam mostrá-los

[10] A propósito, foi precisamente neste período, a partir da segunda metade do século XIX, que as ideias de Auguste Comte e Émile Durkheim, fundadores da moderna sociologia, serviram de parâmetro e inspiração para a concepção de uma sociedade como sistema cujas leis se assemelham às leis da física newtoniana, ou ainda como um organismo/corpo composto de diferentes partes, cada qual com suas atribuições. Criador do positivismo (Filosofia positiva), Comte chamava a sociologia de *física social*, enquanto Durkheim a pensava como *ciência social*.

como inábeis. A família, portanto, vista pelos olhos desses ditos especialistas, representava um obstáculo para o desenvolvimento da sociedade (capitalista) na medida em que não tinha a competência necessária para educar e preparar a criança para enfrentar os desafios desse "admirável mundo novo". Há, por sinal, uma belíssima passagem do romance de Aldous Huxley[11] que traduz com requinte literário as intenções reservadas desses reformadores. É a cena final do capítulo II, onde um personagem (Diretor) descreve em detalhes a formação que as crianças recebem desde o berço, de acordo com seu status de Alfa, Beta e assim sucessivamente. Ele diz aos seus ouvintes:

> – Até que, finalmente, o espírito da criança *seja* essas coisas sugeridas, e que a soma dessas sugestões *seja* o espírito da criança. E não somente o espírito da criança. Mas também o adulto, para toda a vida. O espírito que julga, e deseja, e decide, constituído por essas coisas sugeridas. Mas todas essas coisas sugeridas são aquelas que nós sugerimos, *nós*! – O Diretor quase gritou, em seu triunfo. – Que o Estado sugere. – Bateu com a mão na mesa mais próxima. – Daí segue-se que...
>
> Um ruído o fez voltar-se.
>
> – Oh, Ford! – disse, em outro tom. – Não é que eu acordei as crianças! (HUXLEY, 2003, p. 40, grifos do autor).

É apenas um fragmento, mas é sem dúvida uma imagem muito ilustrativa dessa mentalidade que aos poucos foi se constituindo a partir do final do século XIX, inicialmente nos Estados Unidos, mas que logo se expandiu e se globalizou. Em outras palavras, o desejo e a convicção de formar o espírito das crianças de acordo com "o que *nós* sugerimos" parece uma síntese cristalina desse pensamento que considerava necessário introduzir na educação a mesma lógica da produção em série que a indústria acabava de consagrar. Sem entrar no mérito das críticas a esse ideário pedagógico, pois não é este nosso objetivo aqui, queremos apenas destacar como as transformações que ocorriam nos campos da política e da economia de alguma forma (re)orientavam os ideais educativos dessa época.

Pois bem, diferenças culturais à parte, os dois cenários dialogam entre si. E para o nosso entendimento tanto a *colonização da família* quanto a *proletarização da paternidade* fazem parte de um importante capítulo na história da medicalização. Importante porque mostra o quanto a família, depois de ter sido valorizada em função de

[11] HUXLEY, A. **Admirável Mundo Novo**. São Paulo: Globo, 2003.

sua responsabilidade afetiva e moral pela infância, foi paulatinamente sendo vista com mais desconfiança na medida em que as expectativas em relação aos futuros adultos se intensificavam. Sendo o aparecimento desses expertos uma resposta à necessidade de suprir essas limitações educativas da família, em um esforço conjunto pela construção de uma sociedade suficientemente saudável, ordenada e produtiva.

Em Donzelot (*id.*) pode-se ler uma síntese muito precisa das questões que tentamos desenvolver, nela o autor pontua os interesses que efetivamente impulsionaram todo este processo, ele afirma:

> A totalidade das medidas relativas à higiene pública e privada, à educação e à proteção dos indivíduos, terá inicialmente efeito ao nível dos problemas colocados para a economia pela gestão ampliada da população que ela ocupa; problemas de conservação como também de integração e, a partir disso, elas se irradiarão, fazendo da esfera industrial o ponto de aplicação e o suporte de uma civilização dos costumes, de uma integração dos cidadãos. É com esse espírito de preservação da sociedade liberal através da adaptação positiva dos indivíduos a seu regime, e somente nesse sentido, que os higienistas incitarão o Estado a intervir através da norma, na esfera do direito privado (DONZELOT, *idem*, p. 57).

São três os pontos que merecem ser comentados a partir deste excerto, lembrando ainda que cada um deles certamente teve algum tipo de influência sobre os ideais educativos da época. O primeiro se refere aos problemas que a gestão ampliada da população colocava para a economia, confirmando assim o que havíamos procurado demonstrar como sendo uma das razões fundamentais para o surgimento da noso-política, tal como propõe Foucault. Outro ponto que nos chama a atenção – e que parece aproximar os diferentes contextos culturais aos quais nos referimos – é quando ele atribui à esfera industrial o papel de suporte de uma civilização dos costumes e integração dos cidadãos, o que nos leva a pensar que em uma sociedade que pretendia afirmar sua vocação liberal, a maneira de organizar sua produção industrial deveria se tornar um paradigma de organização de toda a sociedade, servindo inclusive como um elemento de coesão social. Por último, destaca-se o caráter normativo dessas intervenções, mas como este ponto necessita ser devidamente aprofundado, dele ocupar-nos-emos mais adiante.

Um movimento chamado *higiene escolar*

Por ora, feitas essas considerações sobre a família, o próximo passo é em direção à outra importante instituição educativa da modernidade, a escola. Mais exatamente à infância escolarizada, pois ela representa um dos elementos fundamentais deste oblíquo panorama histórico que estamos procurando esquematizar. E uma das formas mais importantes de participação da escola no processo de medicalização, principalmente a partir das últimas décadas do século XIX, foi por meio de um movimento chamado *higiene escolar*.

Podemos considerar que o pensamento higienista – que se instalou de fato nessa época – foi uma espécie de subproduto do processo de medicalização da sociedade, tal como vimos acima, ou ainda que derivou dos ideais de civilidade e urbanidade que deveriam nortear o tão almejado desenvolvimento de países europeus e dos EUA. Sem esquecer, também, que esta forma de preocupação com a saúde das populações estava de algum modo impregnada dos temores que haviam sido amplamente disseminados pelos teóricos da degeneração/degenerescência[12]. Enfim, havia aí uma quantidade significativa de questões sociais urgentes, especialmente aquelas ligadas às condições indignas de habitação e trabalho das classes operárias, que demandavam medidas efetivas de saneamento, ou seja, medidas de higienização. Destarte, gradativa e continuamente os espaços públicos e privados foram incorporando hábitos de higiene e controle sanitário. E a escola, logicamente, não poderia ser excluída deste processo.

Uma das obras mais importantes para a constituição de uma *Medicina social*, da qual decorreu o movimento higienista, foi *A miséria do povo: mãe das*

[12] O *Traité de Dégénérescenses*, de Benedict-Augustin Morel (1809-1873), publicado em 1857, é a obra mais importante a respeito desta teoria que "repousa sobre a concepção de que a herança que se transmite através das gerações não se restringe ao plano biológico, mas inclui dimensões morais e de comportamentos – virtuosos ou viciados. (...) A psiquiatria e as concepções científicas sobre a hereditariedade dos transtornos mentais estiveram profundamente marcadas, na segunda metade do século XIX, pela teoria da degenerescência. A potência explicativa da noção de degenerescência parecia não conhecer limites e todos os traços mórbidos ou aberrantes podiam ser compreendidas à luz dessa proposição. (...) Com a teoria da degenerescência, a nascente disciplina psiquiátrica encontrava um sólido referencial sobre o qual ancorar suas pretensões a pertencer à medicina de pleno direito. A adesão às teses morelianas foi maciça entre os alienistas e muitos foram seus continuadores no plano teórico. O mais importante entre estes certamente foi Valentin Magnan" (1835-1916). (PEREIRA, M. E. C., 2008, pp. 492-493).

enfermidades[13], do médico alemão J. P. Frank, em 1790. Nela o autor já denunciava, no final do século XVIII, a proliferação de lugares insalubres pelo espaço urbano, potencializados e agravados pelo acelerado processo de exploração da mão-de-obra nas indústrias. Insistindo, em tom alarmista, sobre a necessidade de higienizar os focos potencialmente infecciosos, desde as casas nos bairros pobres até os lugares públicos onde as pessoas se reuniam ou se aglomeravam, tais como igrejas, mercados, prisões e, claro, escolas, suas advertências, como nos mostra Bañuelos (2000),

> calaram fundo nos setores dirigentes da sociedade, dando lugar a políticas de saúde progressivamente estendidas pelos estados europeus no intuito de **neutralizar os efeitos indesejáveis do progresso**, buscando elementos de regulação e normalização dos critérios de higiene pública integrados numa gestão econômica e política do todo, tentando racionalizar a sociedade. Desde esta perspectiva, a escola será vista como um dos lugares privilegiados de intervenção dos higienistas, dado que nela se reúnem três elementos de risco concomitantes: sua inerente aglomeração, a vulnerabilidade característica da idade de seus usuários (infantil e adolescente) e os riscos patológicos específicos gerados pela atividade propriamente escolar. Tal intervenção irá supor a elaboração de um saber específico sobre esse meio (a Higiene Escolar como disciplina), com efeitos normativos refletidos na legislação e um corpo de expertos ou profissionais que a orientem e inspecionem (Inspeção Médico-Escolar) (BAÑUELOS, *idem*, p. 74, tradução e grifos nossos).[14]

Fortalecido pela criação de Associações Internacionais e pela organização de grandes Congressos em vários países da Europa e nos Estados Unidos, todo este

---

[13] Johann Peter Frank (1745-1821) nasceu em Rodalben, na Alemanha, e foi um dos médicos mais renomados de seu tempo. Em 1790 concedeu uma palestra para estudantes de medicina na cidade italiana de Pavia, intitulada *De populorum miseria: morborum genitrice*. Essa obra, que mais tarde se tornou um clássico na história da medicina social, foi traduzida do latim e recebeu uma Introdução do médico estadunidense Henry E. Sigerist, que a publicou no *Bulletin of the History of Medicine*, em 1941. Cf. http://www.socialmedicine.org/2008/09/03/history-of-social-medicine/the-peoples-misery-mother-of-diseases-johann-peter-frank-1790/ ; http://www.deltaomega.org/documents/mother.pdf.

[14] *…calarán entre los sectores dirigentes de la sociedad, dando lugar a las políticas de salud progresivamente desplegadas por los estados europeos en un intento de contrarrestar los efectos indeseables del progreso, buscando elementos de regulación y normalización desde los criterios de la higiene pública integrados en una gestión económica y política del todo social que intenta racionalizar la sociedad. Desde esta perspectiva, la escuela será vista como uno de los lugares privilegiados de intervención de los higienistas, dado que en ella se concitan tres elementos de riesgo concomitantes: su consustancial aglomeración y hacinamiento, la vulnerabilidad característica de la edad de sus usuarios (infantil y adolescente) y los riesgos patológicos específicos que genera la actividad propiamente escolar. Tal intervención supondrá la elaboración de un saber específico sobre ese medio (la Higiene Escolar como disciplina), con efectos normativos reflejados en la legislación y un cuerpo de expertos o profesionales que la orienten e inspeccionen (Inspección Médico-Escolar)* (BAÑUELOS, 2000, p. 74).

movimento que fundou a disciplina de Higiene Escolar, convencendo médicos e outros profissionais a se tornarem “especialistas em saúde (do) escolar”, intensificou-se com o processo de escolarização obrigatória e universal, que se expandiu muito a partir da segunda metade do século XIX. Em outras palavras, com a chegada de grandes contingentes de crianças e jovens à instituição escolar, esta passou a ser considerada também como um local que gerava suas próprias patologias, exigindo assim a presença cada vez mais frequente desses profissionais para realizarem essas periódicas inspeções sanitárias.

Para que fossem tomadas, em tese, as medidas necessárias para garantir a saúde e o bem-estar de todos que conviviam naquele espaço, em especial o alunado, por sua condição mais vulnerável, era preciso estabelecer uma aliança entre professores, médicos e demais especialistas (praticamente os mesmos “reformadores” que vimos anteriormente, isto é, psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais etc.). Porém, como se tratavam de inspeções de saúde, cabia ao médico a tarefa de organizar e coordenar esses procedimentos, gerando assim certo mal-estar entre professores e demais funcionários da escola que resistiam em aceitar tal subordinação. Não obstante, e sem nos estendermos muito, vale ressaltar que dissemos “em tese” anteriormente porque sabemos que essas estratégias institucionalizadas de higienização não se prestavam exclusivamente a melhorar a saúde da infância escolarizada, eram também uma via – mais ou menos velada – de prescrição de padrões sociais de conduta, isto é, de normatização dos comportamentos.

Essas intervenções (médico-sanitárias) costumavam se ocupar de vários aspectos relativos ao espaço físico da escola, logo o tamanho das salas, das janelas, das carteiras, dos refeitórios, lavatórios etc. faziam parte dos itens que deveriam ser inspecionados. A ginástica e os exercícios corporais (que a partir dessa época passaram a integrar os currículos escolares), assim como as excursões, os passeios, as colônias de férias e outras atividades que estavam voltadas à promoção do bem-estar físico e mental também interessavam aos agentes de higienização. De qualquer forma, o objetivo central dessas visitas era a saúde dos estudantes, e para que isso fosse feito de forma sistemática e consequente foram criadas as *fichas sanitárias individuais*, como ferramenta de registro minucioso dos dados colhidos no exame médico das crianças e jovens. Vemos, portanto, que movidos por um interesse educativo comum, a relação entre escola, família e medicina tornou-se paulatinamente uma realidade nessas sociedades. Segundo Viñao (2010):

> A confluência entre medicina, higiene e escola era inevitável. Por um lado a escola aparecia como o espaço social no qual se podia controlar e levar a cabo uma atenção médico-higiênica sobre a infância; em especial sobre a infância débil, anormal ou atrasada. Por outro, através da escola se podia chegar às famílias, aos pais. **A medicalização da infância dava a mão com sua escolarização**. E esta última com a higienização da escola (VIÑAO, *idem*, p. 186, tradução e grifos nossos).[15]

Além de contribuir para medicalizar a infância escolarizada, a presença cada vez mais constante dos higienistas nas escolas serviu também para chamar a atenção justamente para essa infância débil, anormal ou atrasada, que não tinha condições de usufruir devidamente da aprendizagem escolar. Isso fez com que psiquiatras e psicólogos participassem mais ativamente dessas inspeções no sentido de identificar a infância com essas características, para em seguida, avaliarem a possibilidade ou não dessas crianças permanecerem na escola. Os psiquiatras, então, deveriam ocupar-se das crianças consideradas anormais (*idiotas* ou *imbecis*), já os psicólogos, daquelas identificadas como débeis ou atrasadas (*retardados mentais*).

Para Donzelot (*id.*), a partir do momento em que a escola torna-se

> gratuita e obrigatória, ela passa a ser povoada por uma massa de indivíduos insubmissos ou pouco preparados para a disciplina escolar. Suas manifestações de indisciplina, suas inaptidões declaradas à aquisição escolar colocam, para os professores, problemas insuperáveis. Quais precisariam ser eliminados? Como reconhecer um idiota, um débil, uma criança que nunca poderá se adaptar à escola ou, ao contrário, uma outra, à qual seria suficiente um pouco de tempo e de atenção especial? (DONZELOT, *idem*, p. 118).

Esses problemas, praticamente inevitáveis, que os professores passaram a enfrentar com a chegada dessas crianças à escola impulsionaram a formulação de instrumentos (testes) de avaliação e mensuração de suas competências/aptidões cognitivas. É o início da chamada *psicometria*, ou seja, um modelo explicativo de características

---

[15] *La confluencia entre medicina, higiene y escuela era inevitable. Por un lado, la escuela aparecía como el espacio social en el que podía controlarse y llevarse a cabo una atención médico-higiénica sobre la infancia; en especial sobre la infancia débil, anormal o retrasada. Por otro, a través de la escuela podía llegarse a las familias, a los padres. La medicalización de la infancia se daba la mano con su escolarización. Y esta última con la higienización de la escuela*. (VIÑAO, A., 2010, p. 186).

psicológicas – no caso a inteligência – baseada em escala numérica[16]. De qualquer maneira, o ponto que nos interessa destacar aqui é que a busca por um conhecimento científico que pudesse ser aplicado para discriminar essas crianças com problemas ligados à aprendizagem acabou levando a psicologia a participar de forma mais direta do processo de medicalização da infância no contexto escolar[17]. Vale ressaltar, ainda, que a partir das primeiras décadas do século XX, ao lado da psiquiatria e da psicologia, a psicanálise também fará parte deste esforço médico-psico-pedagógico para colonizar a infância escolarizada.

É o próprio Donzelot (*id.*) quem afirma que:

> A questão da desadaptação escolar foi a alavanca da introdução da psicanálise no campo social, muito antes de sua utilização nas instituições sanitárias no sentido estrito, e com efeitos bem mais importantes. Ela trará para esse campo o princípio de *um afrouxamento das nosografias psiquiátricas* através de flexibilização das estruturas de relações, de uma *abertura do quadro familiar* (DONZELOT, *idem*, p. 187, grifos do autor).

Temos aí um pequeno fragmento deste cenário no qual a infância e seus impasses educativos tornaram-se o objeto central das proposições e intervenções dos saberes *psi*. A psiquiatria infantil estabelecendo-se como especialidade no campo psiquiátrico, a psicologia (experimental) conquistando o tão almejado reconhecimento científico com suas tabelas e medidas, e a psicanálise que, ancorada em um consistente arcabouço teórico, tornar-se-á, nas décadas seguintes, a principal referência no campo das

---

[16] O primeiro sistema de avaliação da inteligência foi elaborado pelo psicólogo Alfred Binet (1857-1991) e pelo psiquiatra Theodore Simon (1872-1961), na França, em 1905. A escala Binet-Simon, como ficou conhecida, era uma "medida de discernimento, capacidade de abstração, compreensão e raciocínio. Em 1908, e novamente em 1911, o teste de 1905 foi revisto e padronizado pela determinação das realizações médias de crianças normais de várias idades; isso permitia correlacionar a inteligência de uma criança com níveis mentais. A idade mental da criança podia ser assim determinada independentemente de sua idade real por ser ela capaz ou não de resolver certas questões" (ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T., 1980, pp. 338-339). **Craniometria** (medida do crânio) e **frenologia** (estudo das faculdades mentais) são outros exemplos, desenvolvidos ainda no século XIX, de construções teóricas que pretendiam explicar diferentes características psicológicas baseadas em padrões anatômicos e índices numéricos. Podemos considerar, ainda, que o argumento geral dessas teorias se apoia no chamado *determinismo biológico*. "Este sustenta que as normas comportamentais compartilhadas, bem como as diferenças sociais e econômicas existentes entre os grupos humanos – principalmente de raça, classe e sexo – derivam de distinções herdadas e inatas, e que, nesse sentido, a sociedade é um reflexo fiel da biologia" (GOULD, 1999, p. 4).

[17] Cf. JATOBÁ, C. M. R. **Às sombras das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em A. Binet**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo: s.n., 2002.

teorias psicológicas, e uma das mais importantes no campo das psicopatologias. A conjunção destes saberes desempenhou – e de certa forma ainda desempenha – um papel fundamental no processo de medicalização da infância ao longo de todo o século XX. E é sobre alguns aspectos dessa correlação que pretendemos nos dedicar no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – DSM-III: um novo paradigma na psicopatologia contemporânea

A medicina não deve mais ser apenas o corpus *de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do* homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do* homem não doente *e uma definição do* homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive.*

Michel Foucault

La maladie mentale n'est pas l'expression direct d'une machine déréglée, et il faut se méfier de ceux qui transforment l'homme malade en « machine à guérir » et d'une science malade de l'idée incurable de guérison.

Maurice Corcos

No capítulo anterior procuramos demonstrar como o processo de medicalização da infância deu seus primeiros passos ainda no século XIX, inserido em um contexto de profundas transformações políticas e econômicas. Dando continuidade à linha do tempo, neste segundo capítulo abordaremos outros elementos que consideramos relevantes nessa trajetória. Nosso objetivo não é outro senão o de dilatar um pouco mais esse painel que estamos tentando montar para que os problemas atuais que de fato nos interessam pensar, e a despeito de seu ineditismo, não sejam desvinculados de seus antecedentes históricos.

Sendo assim, o tema central que escolhemos desenvolver neste ponto da pesquisa refere-se à terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos*

Mentais (a partir de agora DSM-III), produzido e publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1980, pois estamos pressupondo que esta edição representa uma espécie de divisor de águas no campo da psicopatologia contemporânea. Nesse sentido, o seu advento estabeleceu um antes e um depois o qual também precisaremos explanar. Em relação ao período que antecede sua publicação, pretendemos compreender melhor o lugar que a teoria psicanalítica ocupou no campo psiquiátrico, até praticamente o início da década de 1970, e para fazermos isso de forma minimamente contextualizada, precisaremos acompanhar o desenvolvimento de alguns fatos e personagens da história da psiquiatria. Com relação ao período posterior, buscaremos esclarecer alguns desdobramentos desse "novo" discurso sobre o adoecimento psíquico no mundo contemporâneo, bem como seus efeitos sobre os sintomas característicos da infância.

Breve história do pensamento psiquiátrico

Em linhas bem gerais, as teorias psiquiátricas sempre oscilaram, basicamente, entre duas abordagens dos fenômenos psicopatológicos, uma que considerava tais fenômenos como decorrentes de alterações ou desordens orgânicas, e outra que os via como a manifestação de perturbações psicológicas ou mentais. A propósito, o assunto que elegemos debater, o DSM-III, é um exemplo muito interessante de como essas tensões e contraposições estão longe de serem decididas no campo psiquiátrico. Nesse sentido, apesar da chamada *psiquiatria biológica* ter se tornado predominante na atualidade ela não é consensual, logo o debate permanece aberto, mesmo que alguns insistam em afirmar o contrário.

O *Traité Médicophilosophique sur l'Alienation Mentale*, escrito pelo psiquiatra francês Philippe Pinel (1745-1826), publicado em 1801 e republicado em 1809, é um dos primeiros grandes esforços epistemológicos no sentido de estabelecer alguma racionalidade explicativa para a loucura. É sabido que antes e depois dele muitos outros autores do campo psiquiátrico se dedicaram ao mesmo propósito, mas é sabido também que a posteridade não lhes reservou o mesmo reconhecimento. Pinel tornou-se quase um

mito, pelo menos quiseram torná-lo[18], e sua contribuição mais importante foi ter inaugurado a psiquiatria como especialidade médica (PESSOTTI, 1994, p. 145), ao propor de forma muito clara um posicionamento médico-terapêutico – ao qual chamou de *tratamento moral* – com relação àqueles que eram acometidos pela insanidade. Em seu *Traité*, Pinel

> insistia em que os médicos [alienistas] deviam viver entre os insanos para poderem estudar seus hábitos e personalidades, seguindo o curso de suas doenças dia e noite, e acreditava que apenas médicos dotados de certo conhecimento de motivação humana – o que chamava de "história do conhecimento humano" – são talhados para trabalhar com doença mental. Pinel considerava que, além da hereditariedade, a educação falha do paciente podia causar aberração mental, o mesmo acontecendo também com paixões insuportáveis, como medo, ira, tristeza, ódio, alegria e júbilo. Inclinava-se assim a atribuir a perturbação mental à experiência emocional (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 160).

Ao conferir um valor etiológico às paixões, ou ainda às falhas na educação, o pensamento pineliano inscrevia-se na corrente psicológica da psiquiatria. Por sinal, somente a partir de sua obra o termo *psicopatologia* pode ser tomado como sinônimo cabal de teoria da loucura. As formas clássicas da loucura, *mania*, *melancolia*, *demência* e *idiotismo*, foram consideradas em bloco por Pinel sob a denominação de "alienação mental", pois sua intenção não era estabelecer diagnósticos diferenciais, mas definir os diversos modos de manifestação de uma mesma patologia.

Por outro lado, e embora estivesse preocupado com as condições dos "alienados" no interior das grandes instituições psiquiátricas, ao definir o hospital como o lugar por excelência para o *tratamento moral*, Pinel também contribuiu para tornar o século XIX, o "século dos manicômios" (PESSOTTI, 1996, 155). Para Pinel, no entanto, a importância do hospital estava justificada no fato de que ele oferecia as condições necessárias para que o poder (terapêutico) do alienista se exercesse sobre a fraqueza

---

[18] Cf. ROUDINESCO, E. et. al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. Na *Introdução* deste livro Roudinesco comenta a respeito da crítica feita pela psiquiatra francesa Gladys Swain (1945-1993) à abordagem que Foucault fez sobre Pinel em sua *História da loucura na idade clássica*, publicada em 1972. Segundo Roudinesco: "A crítica de Gladys Swain foi a mais pertinente. Dezesseis anos após a publicação da *História da loucura*, ela censurou seu autor por ter tomado ao pé da letra o mito da abolição das correntes sem tentar saber o que ele escondia. E, de fato, Foucault não tinha se interessado por esse assunto. Embora soubesse que Pinel nunca fizera aquele gesto (...), ele considerou que o mito era verdadeiro porque, no sistema das divisões [históricas], enunciava o ato fundador do alienismo" (1994, p. 21).

(moral) do paciente. Para Foucault (2006), aliás, foi exatamente esse poder exercido no âmbito do internamento, mais do que a demonstração científica de seus pressupostos, que permitiu à psiquiatria ser reconhecida como especialidade dentro do domínio médico. Mas por que tratamento "moral"?

> A palavra moral designa, segundo Pinel, um misto de fatores não-físicos, mas psíquicos, sociais e situacionais e fatores éticos. (...) Mas o termo "moral", entendido como "psíquico" ou não-físico, passa a ter uma conotação ética, como o oposto de imoral, justamente pela intuição de que *erros* pedagógicos geram excessos na conduta social. (...) E, na medida em que a moralidade é autocontrole, prudência, contenção de excessos, o comportamento desviante é quase sempre o excesso, a desmedida, o descontrole das ações. O tratamento deve reconduzir o alienado ao pleno controle de seus apetites, à moralidade (PESSOTTI, 1996, 126).

Para Pinel a alienação mental não estava localizada em nenhuma parte do cérebro, por isso o tratamento (moral) estava baseado nos princípios de uma reeducação. No entanto, alguns psiquiatras viam nessa proposta terapêutica algo de paradoxal, pois ao mesmo tempo em que havia de certa forma inaugurado a psiquiatria como uma especialidade médica, Pinel não se inseriu efetivamente neste campo à medida que propôs um tratamento "não-físico". Segundo Caponi (2012):

> Embora o *Tratado* de Pinel faça referências permanentes ao entendimento médico da loucura, não compartilha com a medicina o mesmo objeto de intervenção. O corpo anatomopatológico que dará lugar às intervenções clínicas e aos diagnósticos diferenciais para a medicina está ausente do *Tratado* de Pinel. (...) As causas da alienação mental não devem ser procuradas no interior do corpo, mas em um conjunto complexo de circunstâncias que se articulam de tal modo que podem provocar a doença. Dentre esse conjunto de causas, algumas se destacam: as paixões (CAPONI, *idem*, p. 46-47).

As posições de Pinel, portanto, o aproximavam mais da psicologia do que propriamente da medicina. E embora aceitáveis, até esta época, esses posicionamentos (não claramente definidos) tornavam-se cada vez mais problemáticos para aqueles que pretendiam inscrever a psiquiatria nos estritos limites das chamadas ciências médicas, pois se não se postulava uma causalidade fisiológica para os fenômenos psicopatológicos, não se estava praticando a verdadeira medicina. Principalmente a partir do momento, no

decorrer do século XIX, que as descobertas da anatomia patológica passaram a servir de referência científica para a medicina. Para Foucault (2013) esta é uma época

> que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas. O "golpe de vista" precisa apenas exercer sobre a verdade, que ele descobre no lugar onde ela se encontra, um poder que, de pleno direito, ele detém (FOUCAULT, *idem*, p. 2).

Podemos então considerar que este princípio fundamental da medicina anatomopatológica, a possibilidade de localizar (ver), mesmo hipoteticamente, no corpo (cérebro) a origem das perturbações psíquicas era – e continua sendo – uma forma de atribuir a este objeto seu caráter incontestavelmente médico. Razão pela qual ele esteve no cerne dos antagonismos no campo psiquiátrico. Afinal, a ciência repele o *indeterminado* (BERNARD *apud* CANGUILHEM, 2011, p. 66).

A posição de Esquirol (1772-1840) em relação a Pinel pode ser um exemplo dessa bipolaridade[19] característica do campo psiquiátrico. Embora muito próximo de Pinel, e concordando com a maior parte das proposições de seu mestre, Esquirol admitia a possibilidade de um substrato orgânico para cada forma de loucura.

> Não por nada, os discípulos de Esquirol, como outros adeptos da sua classificação, iniciaram, com a pesquisa sobre a paralisia geral, a busca de alterações anatomopatológicas, para fundamentar a classificação das espécies da loucura. É assim que Bayle a considera como produto de meningite crônica, Foville e Delaye entendem que ela resulta do endurecimento da substância branca encefálica e, por fim, Calmeil, talvez o discípulo mais brilhante de Esquirol, a explica como *fleugmasia crônica* do cérebro (PESSOTTI, 1999, p. 63, grifos do autor).

Representantes dos ideais da Revolução Francesa, Pinel e Esquirol eram considerados fundadores da chamada 'psiquiatria clássica', a doutrina mais importante até praticamente a segunda metade do século XIX. No entanto, à medida que o pensamento

---

[19] Cf. KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogos sobre os diagnósticos. *In*: LACAN, J. *et. al.* **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

organicista, muito influenciado pelas ideias de Morgagni, Cabanis, Virchow[20], entre outros, se afirmava no campo médico, o tratamento moral passava a ser considerado insuficiente, bem como cientificamente infundado. A proliferação dos manicômios e o uso excessivo de práticas repressivas também contribuíram para destruir o sonho iluminístico dos "médicos-psicólogos", como eram ironicamente chamados. Em suma, para ser moderna e científica a psiquiatria deveria se afastar das ideias psicológicas, dos ideais morais e das especulações metafísicas. Segundo Pessotti (1996):

> Já na primeira metade do século XIX, o modelo institucional de Pinel e Esquirol se deteriora não só pelos abusos no emprego de um tratamento moral desvirtuado: quanto menos o manicômio se demonstrava um recurso terapêutico, mais aparecia como instrumento de segregação social, como uma instituição de custódia do louco. Era apenas mais uma evidência do dilema essencial da psiquiatria, dividida entre seus dois papéis: o de tratar o louco com base no rigor científico da medicina e o de intervenção social, entre o louco e a sociedade (PESSOTTI, *idem*, 142).

Além da escolha entre uma abordagem mentalista ou organicista dos fenômenos patológicos, configura-se aí um outro dilema ao qual a psiquiatria seria confrontada ao longo de sua história: tratar o louco ou simplesmente afastá-lo do convívio social? As questões relacionadas às instituições psiquiátricas tornaram-se um dos grandes, ou talvez o maior problema para os psiquiatras a partir dessa época. Por serem considerados, na sua grande maioria, criminosos, imorais e incuráveis, os internos eram (des)tratados com castigos e punições frequentes. Essas condições não produziam nenhum resultado terapêutico, ao contrário, agravavam e cronificavam as condições (física e psíquica) dos pacientes (iatrogenia), intensificando os episódios de violência reativa,

---

[20] Escolhemos estes três personagens apenas para ilustrar esse pensamento que atribui ao corpo e às funções orgânicas um caráter determinante em relação às faculdades mentais. Suas ideias e teorias foram muito influentes não apenas no desenvolvimento da psiquiatria como em todo o campo médico. Vale destacar também que delas decorreram a teoria da degeneração, o higienismo e a eugenia, todas comprometidas em melhorar a espécie humana. "A concepção médica da moralidade cria um discurso plenamente otimista sobre as ilimitadas possibilidades de aperfeiçoamento do gênero humano. Ainda que **Cabanis** (1757-1808) reserve o conceito de 'degeneração' para os órgãos e tecidos, ele utiliza frequentemente o conceito de 'regeneração' para se referir ao melhoramento das condições físicas e morais de indivíduos e grupos. Ele é um férreo defensor da higiene pública e considera que a sábia aplicação de medidas higiênicas pode alterar os efeitos nocivos do clima e produzir indivíduos de excelência, competentes e idôneos, tanto física como moralmente" (CAPONI, 2012, p. 78, grifo nosso).
"Sob o microscópio as células de um corpo doente revelavam diferenças concretas inegáveis em relação às células encontradas em órgãos sadios; e os conceitos de **Virchow** (1821-1902) tiveram na transformação do pensamento médico em meados do século XIX tanta influência quanto os de **Morgagni** (1682-1771) haviam tido no fim do século XVIII" (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 204, grifos nossos).

gerando mais repressão e assim alimentando um ciclo interminável. Essa estrutura carcerária dos grandes manicômios continuou se multiplicando, adentrou o século XX e só foi receber uma crítica e um questionamento mais contundentes a partir dos anos 1950, com um movimento que ficou conhecido como *antipsiquiatria*[21].

O pensamento organicista vai então se impor à psiquiatria a partir da segunda metade do século XIX. Nesta época já havia várias teorias e seus respectivos sistemas classificatórios, mas dentre elas uma se destacou, extrapolando inclusive os limites do próprio campo psiquiátrico, foi a chamada teoria da degeneração[22].

A teoria da degeneração de Benedict-Augustin Morel (1809-1873) surgiu como uma tentativa de dar resposta às dificuldades de diagnóstico, etiologia e tratamento que a psiquiatria enfrentava naquele período. E uma forma de fazer isso seria estabelecendo uma nosografia psiquiátrica baseada na etiologia natural das formas de alienação mental e não a partir de uma classificação extraída apenas dos sintomas. Somente assim seria possível criar uma nosologia rigorosa e definir um tratamento adequado a cada patologia.

De fato a ideia de degeneração dos organismos já existia, mas na perspectiva dos naturalistas do século XVIII ela estava relacionada principalmente à questão do clima e das diferenças raciais. Essas concepções, que duraram décadas e influenciaram fortemente o pensamento médico do século XIX, a ponto de serem consideradas como causas prováveis das patologias mentais, eram decorrentes das vicissitudes dos processos de colonização, isto é, da experiência do (des)encontro com as diferenças naturais e culturais que precisavam ser assimiladas e explicadas pelo homem (branco) europeu.

---

[21] David Cooper (1931-1986); Ronald Laing (1927-1989); Thomas Szazs (1920-2012) e Franco Basaglia (1924-1980) foram alguns dos psiquiatras que engendraram este movimento, cujo resultado foi estimular processos de desmontagem dessa estrutura manicomial em vários países, inclusive no Brasil, onde ficou conhecido como “Reforma psiquiátrica”.

[22] Conforme consta no Dicionário Houaiss, (2001, p. 928), os termos degeneração e degenerescência são equivalentes, mas a opção por degenerescência se difundiu mais por ter sido utilizada para traduzir o termo original em francês *dégénérecences*, que está no título da obra mais conhecida deste pensamento que é o *Traité des Dégénérescences Physiques, Intelectuelles et Morales de l’Espèce Humaine*, de Benedict Morel, publicada em 1857. Se fosse necessário optar por um dos termos, ficaríamos com *degeneração*, mas apenas pela sonoridade mais agradável em português. Sendo assim, usaremos ambos os termos, alternadamente, de acordo com as referências aportadas.

> Nesse contexto, surge o *Tratado* de Morel, que defende uma posição contrária tanto às ideias de cunho naturalista, que afirmavam uma causa climática única para os processos de degeneração, quanto à psiquiatria de Pinel e Esquirol, que diferenciava os tipos de loucura tendo por referência a sintomatologia, e não a etiologia (CAPONI, *idem*, p. 83).

Para Morel as diferenças raciais não deveriam ser consideradas como causa de processos degenerativos, logo as mudanças que o clima (leia-se: o calor) poderia eventualmente produzir nos organismos não seriam necessariamente patológicas e, por conseguinte, não acarretariam tais efeitos sobre a descendência. Sua crítica à psiquiatria clássica era decorrente da importância que Morel atribuía à etiologia das doenças mentais. Para ele as patologias deveriam ser descritas e classificadas de acordo com suas causas predominantes e não a partir de sintomas. Entre as várias causas propostas por Morel, a transmissão hereditária era aquela que estava presente em praticamente todas as formas de degeneração, física ou moral.

> A ideia mais clara que podemos formar da degenerescência da espécie humana é representá-la como um **desvio doentio de um tipo primitivo**. Esse desvio, por mais simples que o suponhamos na sua origem, encerra, porém elemento de transmissibilidade de tal natureza, que quem porta seu germe se torna cada vez mais incapaz de preencher sua função na humanidade e que o progresso intelectual, já bloqueado em sua pessoa, também se encontra ameaçado na dos seus descendentes (MOREL *apud* FOUCAULT, 2006, p. 297, grifos nossos).

Tendo passado a maior parte de sua infância em um internato religioso, Morel teve uma formação profundamente marcada pela tradição católica. Por isso "seu" postulado de um tipo humano primitivo, isto é, supostamente perfeito, não corrompido, correspondia a uma espécie de mito (bíblico) sobre nossa origem divina, da qual aquele que se desvia teria a degeneração como consequência (castigo), e esta seria transmitida aos seus herdeiros. A alienação mental, nesta perspectiva moreliana, é considerada então como

> o ponto final, muitas vezes irreversível, da sucessão de degenerações herdadas por famílias afetadas pelas mais diversas patologias. Para cada um dos habitantes dos asilos é possível rastrear as causas predisponentes (por exemplo, um pai alcoólico) e as causas determinantes (miséria, degradação moral); observar lesões cerebrais (por necropsias) e as relacionar com dificuldades intelectuais ou morais; classificar os doentes de acordo com o conjunto de causas que provocaram as diferentes

> patologias; identificar marcas ou estigmas físicos semelhantes para cada classe. Mas, ainda assim, dificilmente será possível falar de cura ou recuperação. Os asilos albergam sujeitos condenados (CAPONI, *idem*, p. 93).

Por essa razão, segundo Morel, os alienistas deveriam ter reconhecido a impossibilidade estrutural das instituições asilares em curar os doentes mentais, pois na maior parte dos casos esses indivíduos eram os últimos em uma escala sucessória a serem atingidos pela degeneração. Portanto, se diante dos casos ditos incuráveis não se deveria esperar que os manicômios pudessem ser ou ter a solução, o que deveria ser feito era buscar reconhecer os signos anunciadores de uma loucura por vir. Em outras palavras, os alienistas deveriam encontrar formas de identificar os pequenos desvios que pudessem indicar, antecipadamente, a possibilidade de uma condição patológica futura.

Esse interesse ou essa preocupação com marcas ou sinais que pudessem indicar um quadro de alienação mental ainda não instalado colocava necessariamente o problema da profilaxia, isto é, da mesma forma que se utilizavam frequentemente medidas preventivas na medicina, tratava-se então de implantar os mesmos procedimentos no âmbito da psiquiatria. Isso, claro, nos remete a questões que foram abordadas no capítulo anterior, pois foram justamente essas "medidas preventivas" que serviram de pretexto para a psiquiatria começar a expandir seu campo de atuação e intervenção na esfera social.

Com efeito, por ter contribuído, profundamente, para que a psiquiatria passasse a ser reconhecida como uma especialidade das ciências médicas, a teoria da degenerescência teve uma influência muito importante nas últimas décadas do século XIX. Todavia, com o aprimoramento das pesquisas médicas e à medida que aumentavam as críticas e questionamentos às suas proposições, o degeneracionismo começou a declinar e ainda nas primeiras décadas do século XX tornou-se cientificamente insustentável. Freud, inclusive, foi um de seus críticos. Em uma passagem dos *Três ensaios de teoria sexual*, publicado em 1905, ele afirmava: "A degeneração está exposta às objeções que se elevam, em geral, contra o uso indiscriminado dessa palavra" (FREUD, 1993 [1905], p. 126, tradução nossa)[23]. Em suma, quanto mais abrangente era o termo, mais impreciso ele se tornava.

---

[23] *La degeneración está expuesta a las objeciones que se elevan, en general, contra el uso indiscriminado de esa palabra* (FREUD, 1993 [1905], p. 126).

Valentin Magnan (1835-1916) foi o continuador mais importante da obra moreliana e empenhou-se em aprofundar os conhecimentos sobre a relação entre a degenerescência e a alienação mental, afinal, apesar das críticas, ainda era um caminho de pesquisa muito promissor. E foi principalmente a partir do livro *Les maladies mentales*, que Morel publicou em 1860, isto é, três anos após o *Traité*, que Magnan encaminhou seus trabalhos. Essa obra teve um impacto ainda maior entre os alienistas, pois as taras hereditárias aí descritas tornavam-se cada vez mais evidentes e mais ameaçadoras neste contexto de crescimento urbano e agravamento das condições de insalubridade das camadas mais pobres da população.

Portanto, embora tenha diminuído sua validade enquanto modelo explicativo para as várias formas de patologias mentais, as ideias essenciais da teoria da degenerescência já haviam sido disseminadas e assimiladas por uma sociedade que via nas mudanças que estavam ocorrendo, um claro processo de degradação física e moral que ameaçava os ideais (burgueses) de progresso e desenvolvimento. O que mais assombrava as classes dirigentes era justamente o possível vínculo entre civilização e degeneração.

> Durante três décadas (1857-1890), a teoria da hereditariedade mórbida impõe-se entre os espíritos cultos sob uma forma laicizada. (...) A etiologia científica das monstruosidades desemboca rapidamente na elaboração de uma teratologia social, na constituição de um fabuloso museu de tarados, atrofiados e degenerados. (...) Na rua, na fábrica, na água-furtada espreita, conforme os médicos, a ameaça genética às elites (CORBIN, 2009, p. 528).

Um cenário social complicado, porém não irremediável. Que exigia, isto sim, o trabalho diligente dos agentes da saúde coletiva, ou seja, dos higienistas. E nesta época todo médico era, em alguma medida, um higienista. Com efeito, a questão da degenerescência, ou ainda, o problema do degenerado[24] – figura criada por Magnan para ser o representante-mor da decadência, sobretudo moral, que tanto preocupava a sociedade naquele momento – acabou tornando-se a justificativa ideal para um esforço de "moralização das massas" (Morel), baseado em princípios morais transcendentes, mas que deveriam ser aplicados por intermédio da medicina. O que também nos permite pensar que o lugar social que estava sendo reservado às autoridades médicas era praticamente o mesmo que outrora pertenceu às autoridades religiosas, e no caso dos psiquiatras – sem, no

[24] SERPA JR., O. D. O degenerado. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, Dec. 2010.

entanto excluir os psicólogos e psicanalistas, lembrando a famosa advertência de Canguilhem[25] –, às autoridades policiais.

> A aplicação da teoria da degeneração às doenças mentais foi a estratégia discursiva que permitiu que os mais variados fatos e condutas pudessem ingressar no âmbito da psiquiatria. Podemos dizer que, a partir desse momento, começou a ser construído esse solo epistemológico que possibilitou a criação e a posterior consolidação de uma *psiquiatria ampliada*, que ainda hoje parece obcecada em classificar e patologizar os mais variados comportamentos (CAPONI, *idem*, p. 97, grifos nossos).

Esta é uma questão que nos interessa tratar, pois estamos considerando que, ao longo dessa trajetória histórica, este processo que ampliou os limites de intervenção da psiquiatria representa uma das faces do processo de medicalização da sociedade, que a partir das primeiras décadas do século XX começou a tomar essa configuração. Não obstante, essas transformações importantes que ocorreram no campo psiquiátrico acabaram de alguma forma orientando os psicopatologistas na formulação dos códigos nosográficos e manuais diagnósticos, como é o caso da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças) e do próprio DSM. A propósito, para Foucault (2001), "com a degeneração, com o personagem do degenerado, teremos a fórmula geral da cobertura, pela psiquiatria, do domínio de ingerência que lhe foi confiado pela mecânica dos poderes" (FOUCAULT, *idem*, p. 365). "Inaugura-se assim a psiquiatrização das anomalias e dos desvios de comportamento" (CAPONI, *idem*, p. 94).

Vale ressaltar também que, embora tenham sido muito pregnantes e mais duradouras do ponto de vista social, as ideias de Morel e Magnan fizeram parte de um imenso arcabouço de teorias e modelos psicopatológicos que foram se formando e ao mesmo tempo dando forma ao pensamento contemporâneo sobre os chamados transtornos mentais. Portanto, nossa maneira de perceber, entender e eventualmente tratar esses fenômenos estão marcadas por toda esta tradição. Nesse sentido, não há dúvida de que seria muito interessante aprofundá-la. Ocorre que nosso objetivo aqui é apenas demonstrar a filiação histórica do problema central de nossa pesquisa, por isso escolhemos alguns

---

[25] "É de forma muito vulgar que a filosofia interroga a psicologia e diz: para aonde ides, para que eu saiba quem sois? Mas o filósofo também pode dirigir-se ao psicólogo sob a forma de um conselho – uma única vez não cria o hábito – e dizer: quando se sai da Sorbonne pela rua Saint-Jacques pode-se subi-la ou descê-la; quando se sobe, chega-se ao Panteão, o *Conservatoire* de alguns grandes homens, mas quando se desce, certamente se chega à delegacia de polícia" (CANGUILHEM, 1999, p. 26).

poucos personagens – e suas respectivas ideias – que nos parecem mais representativos desta breve recapitulação.

Kraepelin, os neo-kraepelinianos e o DSM

Como o tema deste capítulo é o papel do DSM-III no processo contemporâneo de medicalização, não poderíamos deixar de abordar o autor cuja obra tornou-se a referência principal para os psiquiatras que formularam essa terceira edição do Manual da *American Psychiatric Association*. Trata-se do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), provavelmente o maior representante da corrente organicista na psicopatologia do século XX, e não por acaso os psiquiatras que formularam o DSM-III se auto intitularam neo-kraepelinianos.

Contemporâneo de Freud e aluno de Wilhelm Wundt (1832-1920), Kraepelin estará sempre ligado à construção dos fundamentos da moderna disciplina psiquiátrica, em sua vertente nosológica e nosográfica (PEREIRA, 2001, p. 126). Formado na escola organicista e neuropatológica alemã do século XIX, empenhou-se em organizar e reescrever os sistemas classificatórios das doenças mentais, isolando as diferentes entidades mórbidas sobre bases sintomatológicas objetivas, isto é, passíveis de serem observadas e demonstradas. Sua principal intenção, em relação a cada uma dessas entidades, era identificar um núcleo médico-biológico preciso que não estivesse sujeito a alterações causadas pelas condições sociais ou mesmo subjetivas do paciente. Foi com este propósito, inclusive, que realizou viagens a outros países como Índia, Turquia, Egito, Itália, Java, Estados Unidos e México, exatamente para pesquisar as influências culturais nas formas de manifestação da doença mental. Deu a essa experiência o nome de "psiquiatria comparada", trabalho pioneiro que possibilitou o surgimento de correntes como etnopsiquiatria, etnopsicanálise etc.

Sua grande obra foi inicialmente publicada com o nome de *Compêndio* (*Kompendium*), embora nas sucessivas ampliações e reedições seu título tenha sido alterado para *Tratado de psiquiatria* (*Lehrbuch der Psychiatrie*). Nas oito edições que foram publicadas entre os anos de 1883 e 1915, Kraepelin conseguiu estabelecer um sistema classificatório muito consistente, e entre as várias categorias que foram sendo

reformuladas, encontram-se duas que foram fundamentais para a psicopatologia do século XX. A *loucura maníaco-depressiva*, depois chamada de *psicose maníaco-depressiva*, e a *demência precoce*[26], redefinida a partir do quadro proposto por Morel. Sob este termo, que Kraepelin considerava como uma entidade universal e inerente à condição humana, agrupavam-se três quadros clínicos distintos, a catatonia, a hebefrenia e uma forma delirante de psicose que ele próprio chamou de paranóide.

Na história da psiquiatria, Kraepelin é visto como um dos mais importantes representantes da corrente organicista justamente porque, apesar de considerar que as doenças mentais poderiam decorrer de condições psicológicas (chamadas de *causas exógenas*), afirmava que elas só se manifestariam na medida em que atuassem sobre uma "predisposição geral" do organismo, ou seja, na medida em que o organismo/corpo não tivesse condições de se adaptar e responder às situações de desequilíbrio relativas tanto à vida social quanto fisiológica.

> Desse modo, a classificação de Kraepelin é, como ele próprio aspirava, um resgate da psiquiatria clássica e mais antiga, que atribuía a loucura, com suas várias formas, a *desarranjos biológicos*, humorais; que via nas alterações comportamentais ou mentais meras manifestações, sintomas de *desordens orgânicas*; e que admitia alguma eficácia causal secundária dos eventos passionais ou afetivos, desde que ativassem *fatores determinantes orgânicos* (PESSOTTI, 1999, p. 167, grifos nossos).

Uma preconcepção organicista *tout court* do adoecimento mental, aliada ao interesse por uma sistematização mais descritiva e menos etiológica das entidades mórbidas representam as duas principais teses kraepelinianas que foram evocadas pelos psiquiatras que formularam o DSM-III. A intenção desses psicopatólogos em recuperar tal legado não foi por acaso, deveu-se ao fato de que a psiquiatria norte-americana passava, naquele momento, por uma profunda crise de credibilidade, portanto, era preciso encontrar bases epistemológicas sólidas o suficiente para reerguer a confiança dos próprios psiquiatras, mas também da sociedade em relação a esta disciplina. Em outras palavras,

[26] Em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1939) publicou "Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias", onde fez uma profunda revisão da noção proposta por Kraepelin e com isso fundou uma nova compreensão sobre as psicoses no século XX.

resgatar as teses organicistas da tradição psiquiátrica e reorientar a prática clínica para o diagnóstico de sintomas e síndromes claramente delimitados eram os argumentos necessários para reafirmar o status médico-científico da psiquiatria, refutando assim os críticos que a acusavam de imprecisão diagnóstica e incompetência terapêutica. Certamente há outros fatores que contribuíram para essa virada, e a história do DSM pode nos ajudar a esclarecê-los.

Seria interessante, no entanto, destacar que as duas primeiras versões do DSM representam o período da chamada *psiquiatria dinâmica* nos EUA. Este adjetivo lhe foi atribuído em função da forte influência exercida pelas ideias freudianas nessa época, e é exatamente em contraposição a esse modelo e a esse ambiente praticamente dominado pela psicanálise que o DSM-III buscava reintroduzir o paradigma *biológico* no campo psiquiátrico.

A ascensão das noções psicodinâmicas na psicopatologia das primeiras décadas do século XX, e a própria influência que a psicanálise chegou a conquistar neste contexto, estão fortemente relacionadas às contribuições fundamentais de E. Bleuler, que sempre demonstrou um grande interesse pela obra freudiana. Segundo Pessotti:

> Ao transformar a definição descritiva de Kraepelin num conceito psicodinâmico, a obra de Bleuler inaugura uma psicopatologia nova e marca uma transição: da era das classificações (‘etiológicas’, ou ‘sintomáticas’, ou ‘nosológicas’) que supunham a loucura como mosaico de quadros estáticos, delimitáveis e unitários, para uma era em que tais diferenças só interessam no enfoque clínico do caso particular concreto e, mesmo assim, secundariamente. O que passa a contar, para a explicação da doença (ou de qualquer quadro dela), é a identificação dos processos psicodinâmicos subjacentes. É deles que resulta a diversidade sintomática, a variada suscetibilidade aos diferentes fatores causais e o decurso da doença (PESSOTTI, *idem*, p. 172-173).

Há pelo menos três fatos relevantes que antecederam o lançamento do DSM-I, em 1952. O primeiro refere-se ao período do pós-guerra e às consequências psicológicas daqueles que retornaram dos campos de combate. O segundo foi a publicação, em 1948, da sexta edição da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças), contendo uma seção dedicada exclusivamente aos transtornos mentais. Por último, a

descoberta da *clorpromazina*[27], que abriu caminho à utilização de drogas mais específicas para o tratamento de patologias mentais e, consequentemente, acabou impulsionando pesquisas em psicofarmacologia.

> Após a Segunda Guerra Mundial, os psiquiatras deviam enfrentar as sequelas sofridas pela guerra, que tinha deixado inúmeras vítimas de transtornos mentais, sem uma metodologia que pudesse ser considerada adequada. Nesse marco histórico, ganharam terreno as teses defendidas pela psicanálise, difundidas pelos muitos profissionais que tinham emigrado da Europa fugindo da guerra. A ideia de construir uma classificação psiquiátrica exaustiva para as doenças mentais ficava fora de consideração para os psiquiatras da APA, então profundamente influenciados pelos sucessos terapêuticos da psicanálise nos pacientes que sofriam traumas de guerra (CAPONI, *idem*, p. 162).

O fato de ter ampliado seu reconhecimento entre os psiquiatras norte-americanos por conta deste "sucesso terapêutico" no tratamento de ex-combatentes traumatizados pela experiência da guerra, foi uma das razões pelas quais a psicanálise acabou tornando-se a principal referência teórica na formulação das diretrizes que estruturaram o DSM-I. É verdade que nesta época muitos desses psiquiatras já estavam atuando como psicanalistas, mas isso não teria sido suficiente para garantir tal consideração sem que alguma efetividade de sua aplicação clínica fosse comprovada, sobretudo nos Estados Unidos, país fortemente marcado pela tradição empiricista.

É por isso também, vale dizer, que a psicanálise que se difundiu e se praticou neste país – desde o início do século XX – foi uma psicanálise entre aspas, isto é, muito mais interessada em promover o restabelecimento das condições psicológicas do indivíduo para que este pudesse enfrentar e se adaptar a uma realidade social extremamente competitiva e muitas vezes hostil, do que propriamente uma clínica – tal como Freud a havia concebido – que possibilitasse um encontro fecundo do sujeito com suas pulsões recalcadas.

Lacan conta que ouviu de Jung a frase que Freud teria dito assim que avistaram o porto de Nova York na chegada à América, em 1909, para as conferências na *Clark University*: "Eles não sabem que lhes estamos trazendo a peste" (LACAN, 1998, p. 404). Há controvérsias se de fato esta frase foi dita ou não, pois Freud nunca fez qualquer

---

[27] Cf. COSER, O. **As metáforas farmacoquímicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

referência a ela, e nem mesmo Jung. De qualquer forma ela acabou servindo de mote para Lacan desferir sua crítica em relação ao que os psiquiatras estadunidenses estavam fazendo com a psicanálise e que ele considerava uma distorção profunda da invenção freudiana, uma domesticação de sua radicalidade. Para Lacan, se o antídoto à peste freudiana se chamava *Ego Psychology*[28], seu "retorno a Freud"[29] seria uma forma de resgatar sua potência contagiante.

Em uma perspectiva histórica e cultural, Roudinesco (2000) faz uma avaliação bastante esclarecedora sobre o assunto. Ela afirma:

> Se a psicanálise pôde ser salva do nazismo graças à emigração maciça dos freudianos europeus para o continente americano entre 1930 e 1940, isso se deu ao preço de uma transformação radical de seus ideais, sua prática e sua teoria. Desde o começo do século, ela foi acolhida como uma teologia da expansão individual: um corpo são numa alma sã. Muito pragmáticos, os terapeutas norte-americanos apoderaram-se com ardor das idéias freudianas. Mas logo procuraram *medir* a energia sexual, *provar* a eficácia dos tratamentos, multiplicando as estatísticas, e fazer pesquisas para saber se os conceitos eram empiricamente aplicáveis aos problemas concretos dos indivíduos.
>
> Nessas condições, a psicanálise tornou-se, do outro lado do Atlântico, consideradas todas as tendências, o instrumento de uma adaptação do homem a uma utopia de felicidade. Impôs-se muito menos por seu sistema de pensamento ou pelos questionamentos filosóficos de que era portadora do que por sua capacidade de oferecer uma solução imediata para a moral sexual da sociedade liberal e puritana (ROUDINESCO, *idem*, p. 86-87, grifos do autor).

Outro aspecto que marcou a história da psicanálise nos EUA foi o fato de ela ter se tornado uma prática exclusivamente médica, não podendo ser exercida por leigos. A propósito, embora tenha sido motivado pelo caso de Theodor Reik, membro da Sociedade Psicanalítica de Viena, foi exatamente em torno dessa questão sobre a relação entre psicanálise e medicina que Freud escreveu seu famoso ensaio *Podem os leigos exercer a análise? Diálogos com um juiz imparcial*[30], onde defendeu de forma categórica,

---

[28] Uma das grandes correntes da história do freudismo nos Estados Unidos, especialmente representada pela *New York Psychoanalytic Society*.

[29] *Retorno a Freud* é o nome que Lacan escolheu para dar a seu ensino de psicanálise, iniciado em 1952, com um Seminário chamado "Os escritos técnicos de Freud".

[30] Este título corresponde à nossa tradução do original em castelhano *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*, publicado pela Amorrortu editores. Na tradução para o português da Editora Imago, o título é "A questão da análise leiga".

em 1926, portanto muito tempo antes do período ao qual estamos nos referindo, a não exigência de uma formação médica para os psicanalistas. Recortamos apenas um pequeno fragmento para darmos uma ideia de seu posicionamento.

> Com efeito, de modo algum consideramos desejável que a psicanálise seja fagocitada pela medicina e termine encontrando seu lugar definitivo no manual de psiquiatria, dentro do capítulo "Terapia", junto a procedimentos como a sugestão hipnótica, a autossugestão, a persuasão, que, criadas pela nossa ignorância, devem seus efêmeros efeitos à inércia e covardia das massas de seres humanos. Merece um melhor destino, e confiamos que o terá (FREUD, 1993 [1926], p. 232, tradução nossa).[31]

Ninguém mais do que o próprio Freud sabia que sua clínica *médica* sempre esteve na origem de sua teoria, mas talvez seja por isso mesmo que logo reconheceu[32] que ela não era apenas mais uma especialidade do campo médico, como a psiquiatria. Sua convicção – e o ensaio sobre a análise leiga não deixa dúvidas sobre isso – era de que o procedimento terapêutico que inventara podia até coincidir com a medicina em relação aos seus fins (remissão ou cura dos sintomas), mas dela se distanciava quanto aos meios empregados para alcançá-los (escuta e interpretação das associações livres do paciente). Em suma, para Roudinesco e Plon (1998):

> De maneira geral, o freudismo norte-americano, em todas as suas tendências, privilegia o eu (ego), o *self* ou o indivíduo, em detrimento do isso, do inconsciente e do sujeito. Por conseguinte, opõe à pretensa decadência da velha Europa uma ética pragmática do homem, fundamentada na noção de profilaxia social ou de higiene mental. Daí a generalização de uma psicanálise medicalizada e assemelhada à psiquiatria, em oposição à velha psicanálise vienense leiga, atormentada pela morte, pelo auto-aniquilamento e pelo niilismo terapêutico (ROUDINESCO; PLON, *idem*, p. 170).

---

[31] *En efecto, en modo alguno consideramos deseable que el psicoanálisis sea fagocitado por la medicina y termine por hallar su depósito definitivo en el manual de psiquiatría, dentro del capítulo "Terapia", junto a procedimientos como la sugestión hipnótica, la autosugestión, la persuasión, que, creados por nuestra ignorancia, deben sus efímeros efectos a la inercia y cobardía de las masas de seres humanos. Merece un mejor destino, y confiamos en que lo tendrá*. (FREUD, 1993 [1926], p. 232).

[32] Ao abrir suas conferências na *Clark University*, portanto em 1909, Freud fez um rápido comentário à sua audiência que sugere o quanto ele já percebia que sua teoria não era um assunto voltado apenas aos profissionais da medicina. Disse Freud: "Uma observação antes de começar: não sem satisfação me inteirei de que a maioria dos meus ouvintes não pertence ao grêmio médico. Não se preocupem: não lhes fará falta uma particular formação prévia em medicina para seguir minha exposição. É certo que por um trecho avançaremos junto com os médicos, mas em seguida nos separaremos para acompanhar ao doutor Breuer em um peculiaríssimo caminho" (FREUD, 1994 [1910 {1909}], pp. 7-8, tradução nossa).

Sendo assim, é importante frisar que embora *Ego Psychology* e *psiquiatria dinâmica* sejam coisas distintas[33], ambas estão relacionadas à maneira como a psicanálise foi assimilada e praticada nos EUA e, a bem da verdade, não saberíamos dizer se o que houve aí foi uma "psicanalização" da psiquiatria ou uma "psiquiatrização" da psicanálise, talvez as duas coisas. De qualquer forma, essas questões nos interessam aqui na medida em que estão entrelaçadas à história do DSM.

A publicação da sexta edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-6), em 1948, trouxe pela primeira vez uma seção dedicada exclusivamente às doenças mentais. Isto porque, após a guerra e ainda sob seus efeitos deletérios, a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde tentava (re)organizar a nosografia das patologias mentais existentes até então[34], proporcionando aos psiquiatras os parâmetros necessários para diagnosticar e tratar as sequelas psicológicas de veteranos e ex-combatentes e, aos hospitais, as diretrizes para produzirem seus relatórios e prestarem contas ao Estado e suas agências (BEZERRA JR., 2014). Não obstante,

> essa classificação ainda não incluía síndromes cerebrais crônicas, bem como vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos clínicos americanos. Em virtude dessas omissões, a Associação Médico-Psicológica Americana (depois chamada Associação Psiquiátrica Americana) decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa à CID-6, para uso nos Estados Unidos, publicando a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I) em 1952 (AGUIAR, 2004, p. 27).

A época do lançamento do DSM-I coincide, como já dito, com a descoberta da *clorpromazina*, o primeiro medicamento de uso especificamente psiquiátrico. Trata-se de uma substância química que foi sintetizada na França, em 1950, no laboratório da Rhone Poulanc-Spécia. Medicamento da classe dos neurolépticos, também chamados de antipsicóticos, que atua como tranquilizante nos momentos de crise e agitação motora sem provocar sedação, ou seja, o paciente fica contido, porém acordado, e este efeito

---

[33] Cf. ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

[34] Os principais sistemas de classificação das doenças mentais que eram utilizadas nos Estados Unidos até a publicação da CID-6 eram: a *Standard Classified Nomenclature of Disease*, a *Armed Forces Nomenclature* e a *Veterans Administration Nomenclature*. O que demonstra que a partir da década de 1950 o cenário da psiquiatria norte-americana começou a se remodelar de maneira significativa (Cf. BEZERRA JR., *idem*).

aparentemente simples do ponto de vista farmacológico, representou, naquele momento, um importante avanço do ponto de vista terapêutico.

A despeito das controvérsias, a introdução da *clorpromazina* trouxe uma série de avanços clínicos, assistenciais e científicos. Entre eles, deu início a um processo gradativo de "desospitalização" dos pacientes psiquiátricos, dando condições para que muitos deles pudessem ser atendidos no entorno familiar, aumentando assim as chances de reinserção social. Serviu também para ampliar o interesse de pesquisadores e da indústria farmacêutica pelo desenvolvimento de novos psicofármacos, em geral, e antipsicóticos, em particular (LÓPEZ-MUÑOZ; GONZÁLES; FERNÁNDES, 2002, p. 107). Em pouco tempo essas pesquisas trouxeram os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, ansiolíticos, entre outros, e foram fundamentais em relação aos rumos que a psiquiatria e a psicopatologia tomaram na segunda metade do século XX. A virada "biológica" representada pelo DSM-III está diretamente relacionada a isso, pois esses "medicamentos criaram a necessidade de uma psiquiatria baseada, sobretudo, em dados empíricos e experimentais, que se adequasse às metodologias de pesquisa utilizadas nas ciências biológicas" (AGUIAR, *idem*, p. 38).

Escolhemos esses três fatores (as cicatrizes da guerra, a publicação da CID-6 e a descoberta da *clorpromazina*) apenas para ilustrar o quanto a psiquiatria, a partir da década de 1950, começou de fato a entrar em uma nova fase de seu desenvolvimento histórico. Nosso objetivo, no entanto, é acompanhar de que maneira se deu sua guinada biológica e globalizante com a publicação do DSM-III, mas para isso devemos retomar sinteticamente as duas primeiras edições do DSM.

> O arcabouço teórico do DSM-I, bem como do DSM-II de 1968, era a psiquiatria psicodinâmica. Esta corrente de pensamento estava, então, no auge de sua popularidade. As explicações dinâmicas para os sintomas psiquiátricos se apoiavam parcialmente na psiquiatria social e parcialmente na psicanálise, resultando numa espécie de Psicologia compreensiva que não atendia aos postulados da ciência médica, mas que também fugia do escopo original da psicanálise, já que apenas se apropriava de alguns de seus conceitos para tornar-se um instrumento de adaptação e supressão de sintomas (SZAJNBOK, 2013, p. 91).

Originário da abordagem *biopsicossocial* de Adolf Meyer (1866-1950), o conceito de "reação" pode ser considerado a pedra de toque do DSM-I (BEZERRA JR.,

2014, p. 18). Para este psiquiatra suíço-americano, que emigrou para os Estados Unidos no final do século XIX e tornou-se presidente da APA em 1927, as doenças mentais deveriam ser compreendidas como processos reativos frente a determinadas adversidades existenciais. Posição claramente antagônica em relação a Kraepelin, que, como vimos, entendia as doenças mentais como processos organicamente determinados. Isso não significa que Meyer excluísse as determinações orgânicas da patologia, mas por sua formação na "escola psicodinâmica", considerava imprescindível investigar e conhecer a fundo a história de vida dos pacientes para compreender as razões pelas quais eles desenvolviam uma determinada patologia psíquica. E apesar de ter sido um dos pioneiros na introdução da psicanálise nos Estados Unidos e fundador da *New York Psychoanalytic Society*, Meyer não adotou a teoria freudiana de inconsciente, pois estava convencido de que somente o pensamento consciente poderia dar ao homem as condições de uma adaptação à sociedade, o que o tornou um legítimo representante dessa psicanálise à americana (ROUDINESCO; PLON, *idem*, p. 514).

De qualquer modo, ressalvadas essas conotações culturais, o que parece indiscutível é o fato de que nessa época Freud era uma das referências teóricas mais importantes na psiquiatria norte-americana, sobretudo entre os membros da APA. Tanto é assim, que nas poucas, porém importantes, alterações acrescidas à segunda edição do Manual, a presença das ideias psicanalíticas tornaram-se ainda mais evidentes. Publicado em 1968,

> o DSM-II abandona a noção de reação e a concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico. As diferentes formas de perturbações mentais passam a corresponder a diferentes níveis de desorganização psicológica do indivíduo. A influência da psicanálise em sua nomenclatura torna-se ainda maior. O termo neurose, por exemplo, é a maior classe de perturbação presente no DSM-II (AGUIAR, *idem*, p. 28).

Nesta segunda versão do DSM, a oposição entre neurose e psicose, dentre outras, e a definição de sintomas como reflexos de conflitos psíquicos subjacentes – sem excluir causalidades orgânicas e sociais – era uma demonstração inequívoca da predominância do viés psicodinâmico no campo psiquiátrico. Não obstante, a associação entre *histeria* e *feminilidade* ou entre *homossexualidade* e *perversão* fez com que o DSM-

II logo se tornasse alvo de críticas ferozes por parte daqueles que nele reconheciam uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada. Não demorou muito para que isso se intensificasse e ampliasse. As críticas ao funcionamento das instituições psiquiátricas tornaram-se "movimento antipsiquiátrico". Feministas e ativistas do movimento *gay* norte-americano começaram a se mobilizar contra o que consideravam um cientificismo ideológico que patologizava e segregava minorias e diferenças (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 614-615). Enfim, a APA enfrentava resistências cada vez mais fortes de setores da sociedade, mas também da própria comunidade médico-psiquiátrica e de outros profissionais da área da saúde mental, insatisfeitos com os parâmetros adotados.

Uma das críticas mais contundentes dirigidas à comunidade psiquiátrica, em especial aos seus sistemas classificatórios e estruturas institucionais, foi a publicação na revista *Science*, em 1973, do artigo *Being sane in insane place*, escrito pelo psicólogo e professor da *Stanford University*, David Rosenhan (1929-2012). Resumidamente, o texto expõe o resultado de um experimento realizado com oito voluntários (entre eles, o próprio autor) que se apresentaram como "pseudopacientes" em doze hospitais psiquiátricos de cinco Estados diferentes dos EUA. Ao chegarem a essas instituições deveriam dizer que estavam manifestando apenas um sintoma: ouviam vozes que diziam coisas sem sentido. O resultado, até certo ponto esperado, foi que todos foram internados, sete com o diagnóstico de esquizofrenia e um com o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva. Os períodos de hospitalização duraram entre 7 e 52 dias, sendo a média de 19 dias. Ao saírem receberam o diagnóstico de esquizofrenia "em remissão", isto é, aos olhos da instituição que os havia internado isto não significava que eles estavam sãos, mas simplesmente que não apresentavam mais o sintoma do qual se queixaram ao ingressar.

Rosenhan considera, em seu artigo, que essa inabilidade para reconhecer a sanidade dos pseudopacientes era algo realmente preocupante em relação ao exercício institucional da psiquiatria. E relata um exemplo muito interessante sobre essa "falta de habilidade clínica" das equipes. Ele conta que apesar de alguns dos pseudopacientes estarem apresentando sinais de preocupação e ansiedade por seguirem internados, sem saber por quanto tempo, mesmo após terem demonstrado que não tinham nenhum comportamento estranho, outros pacientes (de fato) conseguiam perceber que não havia nada de "anormal" com eles. Vários diziam coisas como: "você não parece louco", ou

ainda, “acho que você na verdade está espionando o hospital” etc. Rosenhan então nos chama a atenção para as consequências dessa imprecisão diagnóstica no campo psiquiátrico. Diz ele:

> a inabilidade em detectar a sanidade durante o curso da hospitalização talvez se deva ao fato de que os médicos operam com uma tendência forte ao que os estatísticos chamam de erro tipo 2. Isto quer dizer que os médicos estão mais inclinados a chamar uma pessoa saudável de doente (um falso positivo, tipo 2) do que uma pessoa doente de saudável (um falso negativo, tipo 1). As razões para isso não são difíceis de entender: é claramente mais perigoso diagnosticar doenças erradas do que errar no diagnóstico da saúde. É melhor errar no campo da precaução. Porém o que faz sentido para a medicina geral não faz igual sentido para a psiquiatria. Doenças médicas, ainda que infelizes, não são pejorativas. Os diagnósticos psiquiátricos, ao contrário, carregam estigmas pessoais, legais, e sociais (ROSENHAN, 1973, p. 5).

A pergunta que abre seu artigo e que certamente motivou seu experimento foi: “Se a sanidade e a insanidade existem, como podemos reconhecê-las?”. E, ao contrário do que afirmavam os psiquiatras, ele conseguiu demonstrar que esta era (e continua sendo) uma questão muito mais complexa, quer dizer, menos objetiva e mais contextualizada. Sem dúvida suas críticas tiveram grande repercussão e produziram um impacto significativo junto à comunidade psiquiátrica, e não apenas nos EUA. Tanto é que, depois de revelado o estudo e seus objetivos, Rosenhan foi “desafiado” por essa mesma comunidade a enviar outros pseudopacientes às instituições para que, dessa vez, fossem identificados de forma mais clara e objetiva. De 193, foram identificados 83 como sendo potenciais pseudopacientes, isto é, “atores”. O problema é que Rosenhan não havia enviado mais nenhum paciente. Enfim, David Rosenhan “causou escândalo ao demonstrar publicamente a total falta de consistência do instrumento fundamental da psiquiatria, o diagnóstico” (BEZERRA JR., *idem*, p. 25). Segundo Caponi (2012):

> Esses fatos, somados às críticas de intelectuais e de movimentos pelos direitos, reclamavam uma resposta do campo da psiquiatria. Porém, essa resposta chegou do modo mais inesperado. Longe de uma reflexão crítica dos postulados questionados pelos defensores de direitos, ocorreu uma radicalização e um retorno às velhas teses da psiquiatria biológica do século XIX (CAPONI, *idem*, p. 163).

O DSM-III e a remedicalização da psiquiatria

A partir desse momento, início da década de 1970, e em função de todas essas questões suficientemente polêmicas, a psiquiatria norte-americana começou a declinar de suas concepções psicodinâmicas e seguir em direção aos ideais "científicos" do paradigma biológico. Foi então que um grupo de psiquiatras da *Washington University*, em *St. Louis*/*Missouri* engajou-se em pesquisas que acabaram reorientando os rumos da psiquiatria. Tendo à frente figuras como Eli Robins (1921-1994), Samuel Guze (1924-2000) e George Winokur (1925-1996), essas investigações pretendiam recuperar as teses organicistas da psicopatologia de Kraepelin, para torná-las a base epistemológica do DSM-III.

Embora não fosse a referência mais importante naquele momento, a psiquiatria biológica continuava ativa, principalmente nas pesquisas com os medicamentos psicotrópicos que, desde a descoberta da *clorpromazina*, não pararam mais de se desenvolver. Mas o resgate das noções kraepelinianas foi de fato uma iniciativa deste grupo. Encontrar uma forma de diagnosticar e classificar as doenças psiquiátricas de maneira objetiva e descritiva, exatamente como se faz em relação a qualquer patologia biológica; excluir do âmbito da psiquiatria tudo aquilo que pudesse vinculá-la a discursos considerados pouco científicos (como a sociologia, a fenomenologia e a psicanálise) e conseguir que esse sistema fosse aceito por toda a comunidade médica (internacional), estavam entre os principais objetivos dos *neokraepelinianos*.

Quem deu este nome aos pesquisadores foi Gerald Klerman (1928-1992), psiquiatra norte-americano que, no final da década de 1970, coordenou a Agência Nacional de Saúde Mental, nos EUA, pois considerava que esses estudos representavam a recuperação das teses do grande psicopatologista alemão. Ele sintetizou, em nove itens, as ideias que deveriam nortear essa nova psiquiatria (biológica e científica) a partir de então. São elas:

1) A psiquiatria é um ramo da medicina;

2) A psiquiatria deve utilizar metodologias científicas modernas e estar baseada em conhecimentos científicos;

> 3) A psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que requerem tratamentos para doenças mentais;
>
> 4) Existe uma fronteira ou limite entre normalidade e doença;
>
> 5) As doenças mentais não são mitos. Existem muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como especialidade médica, é pesquisar as causas, o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais;
>
> 6) O alvo da psiquiatria deve estar, particularmente, nos aspectos biológicos das doenças mentais;
>
> 7) Deve existir uma preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação;
>
> 8) Os critérios diagnósticos devem ser codificados e deve existir uma área de pesquisa para validar esses critérios com diversas técnicas. Os departamentos de psiquiatria nas escolas médicas devem ensinar esses critérios, e não depreciá-los;
>
> 9) Com a finalidade de aumentar a validade dos diagnósticos e das classificações, as técnicas estatísticas devem ser utilizadas (KLERMAN, *apud* CAPONI, *idem*, p. 165-166).

É possível ver que cada um destes nove postulados representava uma tentativa de reafirmar a validade científica da psiquiatria, em seus pontos mais vulneráveis, isto é, aqueles que foram questionados e criticados de forma mais veemente. Como por exemplo, sua dificuldade para estabelecer diagnósticos mais precisos, para discernir as fronteiras entre normalidade e patologia, para universalizar seus sistemas classificatórios, para produzir e utilizar dados estatísticos mais confiáveis, enfim, para ser efetivamente uma especialidade médica. Todos os esforços, portanto, deveriam ser concentrados no sentido de "remedicalizar" a psiquiatria. Esse era o lema, e seu corolário deveria ser uma terceira versão completamente reformulada do DSM.

> Publicado em 1980, o DSM-III representou uma profunda transformação da psiquiatria. Ao se posicionar como um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso, do ponto de vista descritivo-terminológico, e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011a, p. 9).

Para chefiar as equipes de força-tarefa na sua elaboração, a APA designou o psiquiatra Robert Spitzer. Os trabalhos começaram em 1974 e se estenderam até 1979. Havia muita expectativa quanto ao seu lançamento – que por sinal deveria ser mais ou menos na mesma época da publicação da CID-9 – afinal ele deveria cumprir não somente sua tarefa mais específica, isto é, como ferramenta de trabalho para psiquiatras e médicos das demais especialidades, mas precisaria também desempenhar uma função mais ampla, qual seja, servir como fonte de informação em pesquisas acadêmicas, em processos legais, e para os mais diversos fins burocrático-administrativos.

Certamente, do ponto de vista de seus autores, a finalidade precípua deste *Manual* deveria ser sua aplicabilidade clínica, isto é, ele deveria servir como parâmetro para orientar a formulação de diagnósticos psiquiátricos, independentemente das variáveis interpostas pelo contexto cultural. Portanto, para que esses diagnósticos fossem efetivamente confiáveis, seus autores decidiram criar um sistema classificatório *ateórico*, *descritivo* e *operacional*. Em outros termos, a partir desta terceira edição, o DSM procuraria evitar as dificuldades causadas pelas diferenças e divergências teóricas dos profissionais na compreensão etiológica dos quadros patológicos, priorizando o estabelecimento de diagnósticos precisos baseados em conjuntos de sintomas e síndromes previamente descritos. Para Pereira (1999):

> O que o DSM busca como objetivo maior é a fidedignidade da categoria diagnóstica: diante de uma mesma configuração sintomatológica, clínicos e pesquisadores oriundos de diferentes orientações teóricas e de ambientes culturais diversos devem poder chegar ao mesmo diagnóstico. Para tanto, um sistema ideal de classificação deveria fornecer critérios explícitos, operacionalmente definidos, diretamente verificáveis e que reduzissem ao mínimo o uso de inferências teóricas não-diretamente observáveis para a definição de cada quadro mental. O DSM aspira, dessa maneira, constituir uma forma pragmática de superação dos impasses colocados pela "confusão de línguas" no campo da psicopatologia (PEREIRA, *idem*).

Evitar desacordos teóricos, garantir objetividade e instituir uma linguagem comum/universal. Com estes objetivos o DSM-III modificaria a clínica psiquiátrica de maneira indelével, pois ao redirecionar a atenção do psiquiatra para a formulação de diagnósticos a partir de comportamentos observáveis, sem a necessidade de se investigar suas possíveis causas, seria praticamente inevitável colocar em segundo plano os aspectos biográficos do paciente. Para alguns autores (RUSSO; VENÂNCIO, 2006; BIRMAN,

1999; DUNKER, 2014), se pode notar nitidamente que a virada que o DSM-III representou em relação às duas primeiras versões do *Manual*, isto é, o firme propósito (dos neokraepelinianos da APA) em se livrar de qualquer marca ou resquício das concepções psicodinâmicas, especialmente em relação àquelas oriundas da psicanálise[35]. Fundamentalmente pelo fato de considerarem que as duras críticas dirigidas à instituição, bem como a seus membros, teriam decorrido justamente desse compromisso assumido, nas edições anteriores, com teorias que não se importavam muito com o embasamento empírico-científico de seus postulados, isto é, teorias não científicas.

A época do lançamento do DSM-III coincide com as primeiras pesquisas em um campo que ainda estava se constituindo, o das chamadas neurociências. Fato que contribuiu muito para endossar o posicionamento da APA em relação ao espinhoso tema da causalidade das patologias psíquicas. Isso sem falar das pesquisas com os psicofármacos e da descoberta da dupla hélice do DNA, ambos na década de 1950. Portanto, se o alvo da psiquiatria deveria estar nos aspectos biológicos dessas patologias, então as várias hipóteses etiológicas deveriam convergir para o mesmo lugar, o corpo, sede da vida biológica; e daí para o cérebro, sede da vida psíquica. Nas palavras de Bezerra Jr (2014):

> Com a neuroplasticidade, a epigenética e os métodos de imageamento cerebral, a biologia cruzou a linha que a separava do campo das humanidades, construindo campos de investigação entrelaçados com elas e se consolidando como um discurso privilegiado de entendimento da condição humana. Tornou-se trivial, no imaginário social, a ideia de que "a mente é aquilo que o cérebro faz" (BEZERRA JR., *idem*, p. 24, grifos do autor).

Imerso nessa conjuntura, o DSM-III acabou tornando-se uma espécie de síntese desse novo entendimento das formas do adoecer e sofrer anímicos. Assim como

[35] As modificações impostas ao conceito de *Neurose*, a partir do DSM-III, podem servir para ilustrar o gradativo processo de exclusão da terminologia e do pensamento psicodinâmicos. "Por que era importante dissolver o grupamento das 'Neuroses' distribuindo-as em grupamentos diversos e discretos? Tratava-se de negar que este grupo de transtornos tivesse de fato algo em comum, algo que os distinguisse dos demais, e afirmar ao mesmo tempo um fator etiológico único (físico) para toda e qualquer desordem. O modo de listá-las e agrupá-las corrobora essa afirmação. A palavra de ordem era 'não existem mais neuroses, o que existem são transtornos psiquiátricos a serem percebidos e tratados como quaisquer outros transtornos'. Transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamente". (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 469).

contribuiu também para redesenhar os supostos limites que separavam normalidade e patologia no âmbito das condutas humanas. Nesse sentido, e a despeito de seus propósitos de objetividade e cientificidade, corroborou a vocação normativa das classificações anteriores. O DSM-III, e suas sucessivas edições, consolidaram-se como referência hegemônica na definição (psiquiátrica) sobre o que deveria ser considerado como "fora" ou "desviante" em relação à determinada norma social. Pela ampla aceitação e adesão conquistadas, o *Manual* acabou sendo chamado de: *a bíblia dos psiquiatras*. O que sugere, no mínimo, um contrassenso ou mesmo uma ironia, já que se tratava, como pretendiam seus autores, de um autêntico "produto da ciência".

Tais características nos permitem considerar que o DSM-III foi um "divisor de águas" em pelo menos dois sentidos, primeiro em relação à história da psiquiatria, por representar a (re)imposição do paradigma biológico sobre o psicodinâmico; e segundo, em relação ao campo da psicopatologia, por ter se tornado – não apenas pelos próprios méritos – um sistema classificatório de alcance praticamente universal. A maneira como o DSM-IV foi recebido, em 1994, pode ser um exemplo disso. Nessa época, a psiquiatria biológica já estava suficientemente instalada, e seu lançamento se deu em um contexto muito menos conturbado que seu antecessor. Cada vez mais utilizado, cada vez mais volumoso. De 265 quadros psicopatológicos descritos no DSM-III, na quarta edição, de 1994, passaram a constar 297 quadros[36].

Iniciado em 1980, esse processo de internacionalização do modelo explicativo do DSM, assim como de sua nomenclatura, foi palmo a palmo conquistando novos territórios e incluindo problemas ou dificuldades que antes não eram vistos como "transtornos psiquiátricos", e que passaram a ser. Não nos parece uma casualidade nem tampouco uma coincidência, o fato de que, no Brasil e em outros países, tenha sido exatamente a partir de meados da década de 1990 que os problemas de aprendizagem e comportamento das crianças passaram a ser cada vez mais identificados e diagnosticados como "transtornos psiquiátricos". O DSM-IV, portanto, apenas ampliou o que o DSM-III havia começado.

---

[36] A sequência do número de quadros psicopatológicos apresentados a cada edição deste *Manual* é a seguinte: DSM-I/106; DSM-II/182; DSM-III/265; DSM-III-R/292; DSM-IV/297; DSM-IV-TR/297+21 (presentes no apêndice B – Propostas para estudos adicionais). Cf. DUNKER; KYRILLLOS NETO, 2011a, p. 6-7. Segundo cálculo nosso, o DSM-5 contém 488 quadros clínicos descritos.

A partir dessa época, portanto, temos um novo cenário se constituindo. Nele os problemas que as crianças sempre tiveram para aprender os conteúdos e hábitos escolares e que antes eram atribuídos às dificuldades estruturais da *escola*, à formação inadequada ou insuficiente dos *professores*, aos *métodos pedagógicos*, sempre antiquados e ultrapassados, às *famílias* e seus problemas socioeconômicos e de relacionamento, e à própria *criança*, com suas limitações cognitivas ou inibições psicológicas, passaram a ser debitados de forma praticamente exclusiva em uma única conta, quer dizer, essa criança que não aprende ou não interage de uma maneira "normal" ou conforme o esperado deve ter um transtorno neuropsiquiátrico X ou Y, ou ambos (quando ocorre a chamada comorbidade).

Todos esses outros fatores continuam existindo, sem dúvida, mas como são muito complexos e praticamente imodificáveis, os "especialistas" preferem trabalhar com a hipótese (ainda não comprovada) de causalidade genética. Em resumo, aplica-se a esses problemas relacionados à educação das crianças exatamente o mesmo raciocínio médico-psiquiátrico[37] que é aplicado aos inúmeros transtornos descritos pela última versão do DSM. Neste raciocínio, como poderemos ver mais adiante, o uso de medicamentos é quase sempre indispensável.

A utilização desse sistema classificatório em relação à infância e suas possíveis implicações (inter)subjetivas, não se restringem aos "sintomas escolares", essa opção se deu apenas por ser este o tema que nos concerne. A propósito, os *Transtornos* que "abrem" a lista de categorias do *Manual* são aqueles "*Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência*" (DSM-IV-TR, 2003, p.71). Quanto aos efeitos em relação às crianças (mas também aos adolescentes), produzidos pela utilização massiva do DSM, vale a pena acompanhar as palavras de Vorcaro (2011):

> A consequência da suposta objetivação da psicopatologia, tal como sistematizada no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (*DSM*) reduz a criança a uma linhagem médica que lhe é alheia e não contempla seus laços sociais primários. Os quadros encobrem não apenas a consideração da diacronia na qual o sujeito se constitui, mas também destituem a singularidade que se produz por efeito do engaste do sujeito nos traços identificatórios de sua filiação. Essa condição iatrogênica do diagnóstico assentado sobre o alicerce do método de

[37] Cf. BAUTHENEY, K. C. S. F. **Transtornos de aprendizagem: quando "ir mal na escola" torna-se um problema médico e/ou psicológico**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo: s.n., 2011.

> observação transcritiva do *DSM* é constatável no efeito bumerangue que amplifica a ordem de grandeza dos quadros clínicos na medida em que atesta um rigor científico capaz de excluir o saber parental ordinário constitutivo do laço social de qualquer criança. Reduzida à orientação do saber médico, a criança perde sua linhagem cultural originária. Nela, decalca-se um nome que, além de anônimo, a classifica como pertencente a outra família: de genealogia médica (VORCARO, *idem*, p. 219).

A destituição da singularidade, a exclusão do saber parental e o anonimato da linhagem médica à qual a criança é submetida ao receber esses diagnósticos são algumas das consequências, nada triviais, não apenas do uso, muitas vezes indiscriminado, desses Manuais de Psiquiatras (seja o DSM ou a CID), mas de um contexto de ideias que nos autoriza a crer que a última palavra sobre os nossos sintomas, nossos impasses subjetivos, enfim, nosso mal-estar contemporâneo, bem como o das crianças, estariam cifrados nesses sistemas classificatórios e normativos anunciados pela psiquiatria mundial, o que Vorcaro está chamando de "objetivação da psicopatologia".

Estamos considerando que este é o cenário contemporâneo da patologização e medicalização da infância. Consideramos também, nestes dois primeiros capítulos, que não se trata de um fenômeno recente, ao contrário, descende de um longo enraizamento histórico que, a cada época e a cada lugar, ganhava diferentes feições, atendia a diferentes propósitos e produzia diferentes resultados. Faltou apenas esclarecer um comentário feito anteriormente, quando falávamos das características que levaram o DSM-III e sucedâneos a se tornarem um sistema que passou a ser utilizado em todo o mundo. Comentamos que o mérito de tamanho alcance não deveria ser atribuído apenas às qualidades, tais como objetividade e operacionalidade, trazidas pelo *Manual*, pois uma parte importante de sua *mondialisation* deve ser creditada à confluência de interesses que foi estabelecida com a indústria farmacêutica, ela também em pleno processo de expansão. De 1980 para cá, Manuais da APA e mercado de psicofármacos são termos praticamente inseparáveis. E é sobre este assunto que nos dedicaremos no próximo capítulo.

Não poderíamos avançar, no entanto, sem antes anotarmos uma questão muito importante sobre o DSM. Para Bezerra Jr. (*idem*, p. 27), "a época de ascensão dos DSM talvez esteja encontrando na atualidade seu ponto de inflexão". Provavelmente porque as polêmicas geradas em torno do lançamento do DSM-5, em maio de 2013, foram bem eloquentes. E a impressão que se teve é que as mais incisivas críticas partiram do interior da própria comunidade psiquiátrica. Um dos porta-vozes mais representativos

dessas admoestações foi o psiquiatra norte-americano Allen Frances[38], que participou da formulação do DSM-III e coordenou as equipes de força-tarefa do DSM-IV, portanto, alguém inquestionavelmente habilitado para dirigir questionamentos à APA. Com a ajuda da internet, suas críticas tiveram enorme repercussão. Isso sem contar a quantidade de organizações sociais que ergueram a voz contra o caráter normativo e patologizante do *Manual* e suas consequências.

Outro fato, talvez ainda mais estridente que estes, foi a publicação, às vésperas do lançamento do DSM-5, de um artigo de Thomas Insel, diretor do NIMH, sigla em inglês para Instituto Nacional de Saúde Mental, dos EUA. O texto causou enorme impacto em relação à APA e praticamente toda a comunidade psiquiátrica internacional. Nele, Insel informa que o NIMH não iria mais adotar o DSM como "padrão ouro" de suas pesquisas, pois este já não oferecia dados verdadeiramente confiáveis, apenas diagnósticos baseados em sintomas. "Pacientes com transtornos mentais", diz ele, "merecem algo melhor". A partir daquele ano, o Instituto utilizaria outro parâmetro, o RDOC (*Research Domain Criteria),* um quadro de investigação que busca elucidar as causas dos transtornos mentais a partir de critérios exclusivamente biológicos. Exatamente como a medicina faz em suas demais especialidades. Para Insel, "os transtornos mentais são distúrbios biológicos que envolvem os circuitos cerebrais e implicam domínios específicos da cognição, emoção ou comportamento" (INSEL, 2013). Concordamos com Bezerra Jr. (*idem),* quando afirma que a estratégia de confronto com a APA adotada por esse Instituto norte-americano, no sentido de fundar uma nosologia psiquiátrica plenamente científica, representa uma "aposta na radicalização de um projeto reducionista" (p. 28).

[38] Cf. FRANCES, A. **¿Somos todos enfermos mentales?** Barcelona (España): Editorial Planeta, Primera edición en libro electrónico (epub), 2014.

CAPÍTULO III - Os psicofármacos: objetos de consumo?

Nous sommes au point où la "consommation" saisit toute la vie

Jean Baudrillard

Se o direito à saúde tornou-se o direito imprescritível de todo homem, por outro lado, suprimiu-se em razão deste fato o direito à doença.

Jean Clavreul

Neste capítulo nos ocuparemos de uma questão que, a nosso ver, está diretamente relacionada com o fenômeno da medicalização contemporânea, a saber, a indústria farmacêutica. Não temos a intenção de traçar um histórico aprofundado do tema, pois isso poderia nos afastar de nossos objetivos, mas ensejar uma aproximação mínima que nos permita entender melhor de que forma essa indústria, com suas características e suas finalidades, vem participando deste processo que estamos investigando. Tendo em vista que nossa pesquisa está voltada para o processo de patologização e medicalização da infância, iremos nos deter em alguns aspectos da indústria dos chamados psicofármacos, pois são estes os medicamentos utilizados para os problemas de aprendizagem e comportamento das crianças, dentre outros.

O desenvolvimento e a expansão da indústria de medicamentos em geral, e de psicofármacos em particular, principalmente a partir da segunda metade do século XX, tornaram este setor um dos mais lucrativos do planeta. Fortemente impulsionada por um discurso que tornou a saúde (bem-estar)[39] não apenas um direito, mas acima de tudo um dever, a indústria farmacêutica tratou de empenhar-se basicamente em duas frentes. Por um

[39] Desde 1946 a OMS (Organização Mundial da Saúde) define saúde como um estado de *completo* bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. http://www.who.int/about/definition/en/print.html.

lado investir em pesquisa para a criação de novos produtos e, por outro, incentivar seu consumo em larga escala, isto é, focalizar no marketing desses produtos para vendê-los em todos os continentes. Sendo assim, será que, apesar de suas particularidades, podemos considerar os psicofármacos como meros objetos de consumo, como quaisquer outros? Ou ainda, será que a indústria farmacêutica poderia encontrar alguma dificuldade para conciliar seus interesses científicos, terapêuticos e mercadológicos? Enfim, estas são algumas das questões que pretendemos responder neste capítulo, e para isso a noção lacaniana de *Discurso do Capitalista* nos servirá como uma chave de leitura desses fenômenos.

O surgimento da psicofarmacologia

No capítulo anterior procuramos demonstrar que o tenebroso saldo da II Guerra Mundial acabou servindo de pretexto para uma série de transformações de ordem política, social e econômica. No bojo dessas mudanças e em função dos impactos sofridos, a área da saúde mental passou a receber um pouco mais de atenção por parte de Estados e governantes, e o investimento na pesquisa e produção de medicamentos para uso psiquiátrico começou aí sua trajetória ascendente. Por outro lado as instituições psiquiátricas não mudaram muito, ou na mesma velocidade, mesmo assim era perceptível alguma alteração na sensibilidade social quanto às estruturas manicomiais e seus efeitos iatrogênicos e estigmatizantes. Como vimos, alguns intelectuais e os chamados antipsiquiatras foram, cada um a seu modo, porta-vozes dessas críticas. E hoje, apesar de persistir esse modelo asilar em alguns lugares, a situação é inegavelmente diferente de 50 anos atrás. Isso pode ser atribuído, não totalmente é claro, mas em grande medida, à evolução tecnocientífica na formulação e produção dos psicofármacos.

> A história da psicofarmacologia inicia-se no final da década de 1940, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos. Data de 1949 o primeiro relato de tratamento da mania com lítio, seguido pela descrição dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina em 1952. Os primeiros ansiolíticos foram o meprobamato (1954) e o clordiazepóxido (1957), seguido por uma ampla gama de benzodiazepínicos (...) Assim, até o final da década de 1950 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos:

> antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos IMAO, ansiolíticos e antimania (GORESTEIN; SCAVONE, 1999, p. 65).

Essa verdadeira *revolução psicofarmacológica* (BOGOCHVOL, 2001), como ficou conhecida, teve um impacto social muito significativo, afinal ela de alguma forma materializava o histórico anseio – não apenas da comunidade médico-psiquiátrica, mas de toda a sociedade – pelo tratamento e cura das doenças mentais. A partir deste momento então as pesquisas nessa área prosseguiram intensa e extensamente, e seus efeitos positivos foram amplamente percebidos. Psiquiatria e psicofarmacologia passavam assim a caminhar paralelamente, compartilhando interesses comuns, e embora as expectativas de "solução" definitiva das patologias psíquicas não tenham sido totalmente correspondidas, os psicofármacos tornaram-se um avanço científico inegável.

O arsenal terapêutico desses medicamentos continuou sendo ampliado e modificado ao longo das últimas décadas, mas os compostos mais recentes não acrescentaram muito em relação à eficácia que os originais apresentavam. De qualquer modo eles evoluíram, passando a atuar de forma mais seletiva e sendo mais toleráveis. Pesquisadores seguem buscando entender os intricados mecanismos da ação bioquímica dessas drogas no Sistema Nervoso Central para diminuir seu tempo de ação, efeitos adversos e toxicidade, bem como para desvendar a fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos. Os avanços no campo da neurobiologia, nas pesquisas genéticas e nas tecnologias de neuroimagem têm sido grandes aliados nesse sentido.

A princípio os psicofármacos foram produzidos e direcionados para o tratamento das enfermidades psiquiátricas, o que representava um grupo específico de usuários e uma fatia determinada do mercado de medicamentos. Entretanto, a aliança estabelecida entre a indústria farmacêutica e os psiquiatras/psicopatólogos (GORI; DEL VOLGO, 2009) concluiu, em função do ritmo acelerado das pesquisas e dos bons resultados até então obtidos, que seria interessante expandir a margem de aplicabilidade dessas substâncias em quadros "patológicos" não institucionalizados ou ainda não claramente definidos. Dessa comunhão propositiva surgiu um Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – que nós conhecemos – que buscava relacionar a descrição das categorias nosográficas com a adequada indicação (psico)farmacológica para o tratamento. Para Aguiar (2004):

> O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde (AGUIAR, *idem*, p. 42).

Grandes corporações privadas representam, inelutavelmente, grandes interesses privados. Mas antes de adentrarmos essa discussão seria interessante, a título de exemplo, acompanharmos alguns passos sobre como um medicamento pode se tornar um grande fenômeno tanto terapêutico quanto comercial. As décadas de 1980-1990 ficaram conhecidas como a "era dos antidepressivos", época em que esses medicamentos eram anunciados como a descoberta farmacológica mais impressionante. Os antidepressivos, assim como a maior parte dos psicofármacos, começaram a ser desenvolvidos na década de 1950 e não pararam mais de evoluir. Até a década de 1980, os principais psicofármacos utilizados para combater os sintomas da depressão eram os chamados Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) e os Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO). Apesar de comprovada eficácia, ambos apresentavam efeitos colaterais indesejáveis em função de sua ação farmacológica.

Resumidamente, pois o assunto é bastante complexo, o nome tricíclico (há também os tetracíclicos) refere-se à composição bioquímica desse grupo de psicofármacos, que contém três anéis de átomos benzênicos. São mais comumente utilizados no tratamento da depressão crônica ou profunda, muitas vezes em pacientes hospitalizados, além de outros quadros como Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, entre outros. Atua bloqueando a recaptação dos neurotransmissores *noradrenalina* (*norepinefrina*) e *serotonina*. Com relação aos antidepressivos IMAO, sua função é inibir a enzima Monoamina Oxidase (monoaminoxidase), responsável por metabolizar as aminas biogênicas *noradrenalina*, *dopamina* e *serotonina*. Embora o mecanismo de ação desses medicamentos ainda não esteja totalmente esclarecido (MORENO; MORENO; SOARES, 1999, p. 25), as observações clínicas demonstraram que ao bloquear a recaptação desses neurotransmissores, essas substâncias fazem com que aumente sua quantidade na fenda sináptica, isto é, no espaço de conexão entre os neurônios, produzindo assim uma melhora

em relação aos sintomas depressivos, sem, no entanto, diminuir seu período de latência (tempo de resposta inicial ao uso) e seus efeitos adversos.

Como era sabido que os antidepressivos afetavam principalmente os sistemas serotoninérgicos ou catecolaminérgicos[40], os pesquisadores deveriam aprofundar o conhecimento dessa farmacodinâmica a fim de produzirem medicamentos mais eficazes e menos incômodos. O passo seguinte, portanto, deveria ser o de torná-los mais seletivos, quer dizer, sintetizar substâncias capazes de fazer com que um neurotransmissor específico não fosse reabsorvido pela célula nervosa, permanecendo na fenda sináptica para poder causar os efeitos terapêuticos desejados e reduzir os efeitos colaterais indesejados.

Foi então a partir da década de 1980 que começaram a ser comercializados os antidepressivos de terceira geração, entre eles os chamados Inibidores Seletivos de Recaptação da *Serotonina* (ISRS), neurotransmissor que desempenha várias funções, tais como regular e equilibrar os estados de ânimo. Foi a época do Prozac (*cloridrato de fluoxetina*). Lançado em 1986, este antidepressivo praticamente revolucionou o mercado de psicofármacos em todo o mundo[41]. Com poucos problemas de tolerabilidade e segurança, sua ampla aceitação contribuiu não apenas para melhorar o tratamento da depressão como também para torná-la uma "doença mental" menos estigmatizada, ou seja, com o advento da nova pílula a sociedade começava a mudar sua forma de encarar os "transtornos psiquiátricos". Não obstante, com suas "promessas", cooperou igualmente para que o laboratório responsável por sua formulação faturasse 2,6 bilhões de dólares por ano até 2001, ano em que sua patente expirou. Nos anos seguintes o faturamento continuou alto, mas passou a ser dividido entre as empresas que produziam o genérico correspondente. Diante disso, não havia mais porque duvidar que os psicofármacos fossem de fato um grande negócio, o que levou outros laboratórios a produzirem os ISRSs. Coser

---

[40] Os principais neurotransmissores são a Acetilcolina, as Catecolaminas (adrenalina [epinefrina], noradrenalina [norepinefrina] e dopamina) e as Indolaminas (serotonina, melatonina e histamina). É sobre eles que atuam os psicofármacos.

[41] Para Gherovici (1997): "Os laboratórios vêm produzindo antidepressivos há anos, mas nenhum havia atingido até agora a celebridade de Prozac: um medicamento que é estrela de televisão, ocupa capas de revista e é tema de conversas em âmbitos científicos e em reuniões sociais. A exaltação de Prozac vai além da crença cega de que Prozac e seus substitutos são a única resposta para a depressão – concebida como 'desequilíbrio químico' – e sua implicação direta de que a biologia é o destino; sugerindo uma operação de consumo onde a ilegalidade ou legalidade da droga não faz diferença (pharmakon/medicamento/veneno). Prozac parece oferecer uma promessa de Nirvana onde a depressão parece exigir uma privação e uma renúncia" (GHEROVICI, *idem*, p. 18).

(2010) nos ajuda a entender porque este medicamento, com estes atributos, causou tamanho impacto no campo da psicofarmacologia.

> Em essência, o que a partir daí se tornou unânime na literatura especializada é que os numerosos estados afetivos estariam relacionados à síntese e liberação de neuro-hormônios na fenda sináptica, e, quanto menos daqueles ali existirem, maior a tendência da pessoa padecer depressivamente ou ter crises de pânico, e tanto mais pronunciados estes efeitos quanto maior o desequilíbrio na balança neuro-hormonal. Graças a essas hipóteses, a associação entre um sofrimento e sua solução através do medicamento aparece como natural e científica. Em nenhum momento como algo cuja motivação seria comercial. Qualquer interesse desse tipo é dissimulado e encoberto com argumentos científicos ou educacionais (COSER, 2010, p. 41).

Motivação comercial, eis aí o grande interesse privado de qualquer indústria, mas, talvez por questões éticas (princípios da empresa) ou estéticas (imagem da empresa), isso não deveria ser anunciado como principal objetivo para uma indústria do ramo farmacêutico. Desse modo, começa a ficar um pouco mais claro porque esta tensão permanente entre os objetivos científico-terapêuticos e financeiros das grandes farmacêuticas sempre esteve longe de ser ponto pacífico. Afinal, alguns paradigmas estavam sendo mudados no campo da saúde (mental). Se por um lado, ao contribuir para tornar o sofrimento psíquico uma doença "como outra qualquer", isto é, um "transtorno" passível de ser efetivamente tratado com medicamentos, sem necessidade de hospitalização, isolamento e estigma social, a indústria farmacêutica cumpria assim sua tarefa no sentido de ampliar a chamada qualidade de vida das pessoas. Por outro, fazia crer que a solução "científica e natural" para as várias formas do mal-estar estaria concentrada na fórmula bioquímica dos psicofármacos. Consequentemente, via o consumo desses medicamentos crescer em escala exponencial.

Segundo Angell (2008), a rápida ascensão dos "gigantes da indústria farmacêutica" começou em 1980, com a eleição de Reagan para presidente dos Estados Unidos. Basicamente porque a partir daí um conjunto de leis muito favoráveis a essas empresas foi sendo implantado, impulsionando fortemente seu crescimento. E não apenas este setor dos medicamentos foi favorecido, com essa nova legislação as grandes empresas transnacionais também iniciaram seu vigoroso ciclo de expansão. Nos estertores da Guerra Fria e em meio à chamada crise do petróleo, ainda no final da década de 1970, o mundo começava assistir aos primeiros movimentos de um ambicioso projeto político-econômico

que pretendia promover, entre outras coisas, menos interferência do Estado sobre as transações do mercado e mais liberdade aos fluxos de capital, sobretudo especulativo, inaugurando assim uma nova ordem mundial que ficou conhecida com o nome de globalização. Era o princípio da desmontagem do chamado *Welfare State*. Vale ressaltar também que o fato do DSM-III ter sido publicado exatamente neste período, parece demonstrar claramente que a aliança estratégica entre os representantes da APA e os laboratórios farmacêuticos transnacionais atendia aos interesses privados de ambos, sem necessariamente excluir seus interesses científicos e terapêuticos.

Neste novo cenário – mais favorável do ponto de vista legal, porém mais competitivo do ponto de vista econômico – as grandes farmacêuticas tiveram que concentrar grande parte de seus investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D). E foi justamente sobre a parceria entre a indústria farmacêutica, os centros universitários de pesquisa e as pequenas empresas de biotecnologia que incidiram algumas dessas leis. Uma delas, a lei Bayh-Dole, publicada em dezembro de 1980, dava às universidades e pequenas empresas o direito de patentearem as descobertas decorrentes de pesquisas patrocinadas pelos *National Institutes of Health* (NIH)[42], um órgão do governo norte-americano responsável pela distribuição dos recursos provenientes de impostos destinados a pesquisas médicas. Até a publicação dessa lei de patentes, conforme nos explica Angell (*id.*), as descobertas científicas que eram financiadas com dinheiro público eram mantidas como "domínio público", e desse modo ficavam disponíveis para que qualquer empresa pudesse fazer uso delas para novas pesquisas.

> Mas agora as universidades, onde é realizada a maior parte do trabalho patrocinado pelos NIH, podem patentear e licenciar suas descobertas, além de cobrar *royalties*. (...) Bayh-Dole deu um grande impulso à incipiente indústria biotecnológica, bem como aos gigantes da indústria farmacêutica. Houve uma rápida proliferação de pequenas empresas de biotecnologia, muitas delas fundadas por pesquisadores universitários para explorar comercialmente suas descobertas. Elas agora cercam as principais instituições de pesquisa acadêmica e com frequência realizam as etapas iniciais do desenvolvimento de uma droga, na esperança de *acordos lucrativos* com grandes laboratórios farmacêuticos que possam levar os novos medicamentos ao mercado (ANGELL, *idem*, p. 23, grifos nossos).

[42] Órgão ligado ao *U.S. Department of Health and Human Services*, guardadas as devidas proporções, seria o equivalente das nossas agências públicas de fomento à pesquisa, mas voltado exclusivamente à área da saúde.

É perceptível, portanto, a influência que os interesses privados das grandes corporações começaram a exercer, a partir dessa época e com o devido amparo legal, sobre setores e atividades tradicionalmente voltados aos interesses públicos ou sem fins lucrativos. Por isso não se trata de uma mudança banal, essas leis implicaram um redirecionamento de boa parte das atividades de pesquisa naquele país, e não somente na área da saúde. Baseadas nas premissas de dinamização e autorregulação dos agentes econômicos, a formulação e consequente aplicação dessas medidas buscavam dar prioridade aos interesses do grande capital privado, muitas vezes em detrimento dos interesses públicos. E como a rápida adaptação a esse ambiente extremamente competitivo, dito neoliberal, passou a ser condição necessária para a sobrevivência dos negócios dessas grandes corporações, elas não hesitaram em lançar mão da prerrogativa de pressionarem diretamente os políticos (através de lobistas) para que legislassem a seu favor. Provavelmente, a despeito do tempo e da geografia, este seja um dos paradigmas que ainda não conseguimos mudar.

Seguindo esta firme orientação, em 1984 os congressistas norte-americanos promulgaram a lei Hatch-Waxman, que, ao mesmo tempo em que pretendia diminuir os entraves legais/burocráticos para a fabricação de medicamentos genéricos junto a agências reguladoras, como a FDA (*Food and Drug Administration*), autorizava também a prorrogar a vigência das patentes que garantiam a exclusividade na comercialização dos medicamentes com marca registrada. A intenção era favorecer a indústria de genéricos, sem prejudicar os fabricantes dos remédios de marca. O resultado disso foi que o prazo das patentes passou de 8 anos, em 1980, para cerca de 14 anos, em 2000 (ANGELL, *idem*). Esses anos adicionais de exclusividade sempre valeram muito para os grandes laboratórios, tanto que seus departamentos jurídicos especializaram-se no assunto. E embora a promulgação de uma lei para proteger os direitos exclusivos de comercialização de qualquer produto seja contrária aos princípios fundamentais do livre mercado, o presidente Reagan não deixou de sancioná-la.

Com o advento dessas importantes mudanças legais e comerciais, brevemente exemplificadas acima, todo o contexto do relacionamento entre o mundo acadêmico e a indústria farmacêutica havia mudado e os habituais limites que separavam ambas começaram a ficar cada vez mais nebulosos (ANGELL, *idem*). Entretanto, para Ramos (2014), o que começa a ficar mais claro aí é que

> com a diminuição acelerada da regulação do Estado sobre o campo da saúde, substituída pela regulação de mercado, abriu-se um espaço imenso para a entrada do Complexo-Médico-Industrial (CMI) como principal agente operador das ações em saúde. Nos Estados Unidos, o CMI já havia atingido a maturidade quando a onda neoliberal começou a se alastrar pelo mundo, o que facilitou enormemente a sua globalização. Contudo, com as novas condições fornecidas pelo liberalismo pós-industrial, o CMI evoluirá para algo que talvez encontre uma melhor definição na ideia de um Complexo Médico-Acadêmico-Industrial (CMAI).
>
> Em busca de legitimidade para o seu papel regulador e operador da saúde, o CMI irá buscar na academia médica o suporte necessário. Afinal, nada mais apropriado para a "eficiência" do mercado que a "neutralidade" da ciência. De fato, para funcionar de forma azeitada o mercado precisa se livrar dos atritos das contradições políticas, das diversidades culturais e das polêmicas ideológicas. Para isso, nada melhor do que a produção maciça e *ad hoc* de evidências científicas neutras e com alto poder de persuasão (RAMOS, *idem*, p. 214-215, grifos do autor).

Marketing para vender psicofármacos

Outro setor das organizações que passou (e talvez continue passando) por uma profunda reformulação, agenciada por esse sistema de competição em escala global, foi o *marketing*. Segundo Angell (*id.*), nos anos 1990, os dez maiores laboratórios do mundo (Big Pharma) investiram pouco mais de um terço de seus orçamentos naquilo que eles costumavam chamar de "marketing e administração", o que representaria, em média, algo em torno de 2,5 vezes o valor investido em pesquisa e desenvolvimento (ANGELL, *idem*). E se considerarmos que os montantes investidos indicam quais são as prioridades das empresas, é muito provável que a área de marketing tenha se tornado uma das mais importantes para os negócios na indústria farmacêutica.

Contudo, por se tratar de um produto que apesar dos benefícios pretendidos pode implicar riscos aos consumidores, o marketing de medicamentos comporta algumas peculiaridades. Por ser uma questão relacionada à saúde da população, praticamente todos os países dispõem de dispositivos legais que regulamentam e condicionam os fabricantes em relação à propaganda de seus medicamentos. No caso específico do Brasil ela está

restrita aos médicos[43] (ou demais prescritores devidamente habilitados) quando se tratam de medicamentos "sujeitos à prescrição". Logo, é para estes profissionais que as peças publicitárias deverão ser produzidas e direcionadas. A maior parte das restrições refere-se aos remédios que exigem receituário, isto porque há também aqueles que podem ser adquiridos sem esta exigência, são os chamados OTC (*Over the Counter*), e desde que sejam respeitadas algumas condições, a publicidade deles pode ser dirigida ao público em geral. Nos Estados Unidos a legislação é relativamente mais flexível, e é possível fazer o que eles chamam de publicidade "direta ao consumidor", mesmo daqueles remédios que necessitam de prescrição, respeitando, certamente, algumas condições impostas[44]. Por conseguinte,

> para serem efetivamente vendidos aos seus consumidores, os medicamentos devem antes ser bem "vendidos" aos médicos. Essa etapa fundamental da socialização dos medicamentos é realizada, em grande parte, pelos representantes das indústrias farmacêuticas, que vão aos consultórios médicos apresentar o novo medicamento. Pesquisas sobre a prescrição dos medicamentos apontam que as visitas dos representantes de laboratórios farmacêuticos são a principal fonte de conhecimento dos médicos sobre medicamentos (AGUIAR, 2004, p. 65).

Embora as estratégias de marketing da indústria farmacêutica sejam bastante diversificadas, o principal foco (público alvo preferencial) são os médicos, afinal são eles que redigem a maior parte das prescrições. Por isso, além dos anúncios nas publicações, periódicos e sites voltados às diversas especialidades, a forma mais direta dos laboratórios "venderem" seus produtos a esses profissionais continua sendo por meio de seus representantes. Frequentadores assíduos dos consultórios, em suas visitas costumam levar uma boa quantia de amostras grátis, juntamente com material promocional de seus últimos e caros lançamentos, pois, assim como acontece em outros segmentos, as "novidades" têm sempre um forte apelo mercadológico. Eventualmente – dentro dos limites estipulados pela

---

[43] Existe em nosso país a Lei 6.360/76, que em seu § 1º estabelece o seguinte: Quando se tratar de droga, medicamento ou qualquer outro produto com a exigência de venda sujeita à prescrição médica ou odontológica, a propaganda ficará restrita a publicações que se destinem exclusivamente à distribuição a médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos. Cf. "*Leis e decretos federais aplicados à propaganda de medicamentos*". Disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – http://portal.anvisa.gov.br.

[44] Marcia Angell (*idem*) trata desta questão em seu livro, mas no site da FDA há uma página com o título "*Keeping Watch Over Direct-to-Consumer Ads*", onde constam também algumas informações sobre a propaganda "*direta ao consumidor"* de medicamentos que necessitam de prescrição médica nos EUA. Disponível em: www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm107170.htm.

ética profissional – oferecem alguns “mimos”, com vistas a conquistar a confiança e consolidar a parceria.

No entanto, há ocasiões em que essas parcerias, por força das estratégias de marketing adotadas pelos laboratórios, podem extrapolar mais ou menos os parâmetros éticos estabelecidos, o que muitas vezes configuraria o chamado “conflito de interesses” (PALMA; VILAÇA, 2012). Isto pode ocorrer quando o médico torna-se, ele próprio, um “vendedor” de um determinado medicamento perante seus pares, fazendo conflitar os interesses científicos e terapêuticos com os comerciais. Fenômeno que tem crescido nos últimos anos, é geralmente feito através da publicação de artigos em periódicos científicos e de conferências em grandes eventos, nos quais os médicos divulgam de forma quase publicitária os dados mais favoráveis referentes a tal ou qual medicamento.

De qualquer modo, acedamos ou não com essas estratégias, o fato é que o consumo de medicamentos continua alto, e em alguns casos vem até aumentando, sinal inequívoco de que o marketing funciona. Para Barros (2008), além dos aspectos mercadológicos envolvidos, isso também poderia estar relacionado ao fato de que

> a partir do momento em que foi possível iniciar o progressivo avanço tecnológico que produziu sua quimiossíntese industrial, especialmente intensificado a partir da segunda guerra mundial e, desde suas origens, subordinado à lógica do mercado, os medicamentos têm sido utilizados de uma forma tal que, em grande medida, passaram a corresponder menos aos propósitos sanitários que aos de gerar uma crença desmedida e acrítica de seus poderes, uma prática que acabou por reforçar uma verdadeira “cultura da pílula” dominante na sociedade moderna (BARROS, *idem*, p. 280, tradução nossa)[45].

Sendo assim, apesar de concordarmos com Pignarre (1999) quando afirma que os medicamentos não poderiam ser uma mercadoria como qualquer outra por causa dos perigos que envolvem, não podemos deixar de reconhecer que, além de escaparem aos dispositivos de controle existentes para regular o consumo (AQUINO, 2008), os medicamentos são “vendidos” exatamente como se fossem uma mercadoria semelhante às

[45] *A partir del momento en que fue posible iniciar el progresivo avance tecnológico que produjo su quimiosíntesis industrial, especialmente intensificado a partir de la segunda guerra mundial y, desde sus orígenes, subordinado a la lógica del mercado, los medicamentos han sido utilizados de una forma tal que, en gran medida, pasaron a corresponder menos a los propósitos sanitarios que a los de generar una creencia desmesurada y acrítica de sus poderes, una práctica que terminó por reforzar una verdadera “cultura de la píldora” dominante en la sociedad moderna* (BARROS, 2008, p. 580).

demais, sobretudo quando oferecem um *plus* em relação ao desempenho físico, cognitivo, sexual etc. Nesse sentido, e a despeito das limitações legais impostas, as campanhas de marketing de remédios não são muito diferentes das campanhas que vendem qualquer outro objeto de consumo. Ao contrário, nelas podemos encontrar o mesmo apelo aos atributos supostamente excepcionais de qualquer produto que seja anunciado. Em Rodrigues (2003) encontramos e selecionamos alguns exemplos do que algumas dessas campanhas – dirigidas aos médicos – pretendem oferecer aos seus consumidores.

> Ansiolíticos:
>
> **Lexotan** – "Equilíbrio Restabelecido, Atividade Preservada". "Os ideais de HARMONIA e EQUILÍBRIO estão presentes em diferentes culturas, em diferentes épocas, como uma necessidade da própria natureza humana."
>
> **Tranxilene** – "A dose única da tranquilidade." "Plena atividade sem ansiedade."
>
> **Lorium** – "Tomou um ansiolítico e caiu no Rio." Em uma outra página com a figura de um desfile de escolas de samba vem a seguinte inscrição: "Lorium. Ansiolítico para Pacientes Ativos."
>
> **Lorax** – "Um instrumento do médico para devolver a harmonia ao paciente."
>
> **Olcadil** – "Mantém ativo o homem moderno."
>
> Antidepressivos:
>
> **Pamelor** – "Dias Produtivos... Noites Repousantes e Pamelor."
>
> **Pondera** – "Dá sentido à vida."
>
> **Anafranil** – "Olhando o mundo sem medo."
>
> **Aurorix** – "A vida começa aos 300." (dose inicial da medicação)
>
> **Psiquial** – "Acima de tudo qualidade de vida."
>
> **Hipericin** – "Uma luz para guiar seus pacientes."
>
> **Daforin** – "De bem com a vida. De bem com Daforin."
>
> **Tolrest** – "A alegria, da forma mais pura." (RODRIGUES, *idem*, 19).

Olhando para tais slogans publicitários e suas promessas de tranquilidade, harmonia, serenidade, retorno à capacidade produtiva etc. fica no mínimo complicado discernir o objeto "medicamento" dos outros objetos que a propaganda procura nos vender.

Somos levados a considerar, então, que a partir do momento em que os medicamentos (especialmente os psicofármacos) entraram em uma lógica de consumo ditada pelo capitalismo neoliberal (consumismo), seus fins terapêuticos foram extrapolados e eles foram convertidos em *gadgets*, isto é, em simples mercadorias – tão banais quanto acessíveis – feitas para serem consumidas, gozadas e descartadas na mesma velocidade, tal como os dispositivos tecnológicos de hoje em dia (*smart-products*)[46]. Mas isso não significa, vale ressaltar, que estejamos afirmando que os efeitos terapêuticos desses medicamentos tenham sido anulados, não é disso que se trata, uma vez que eles continuam ajudando a restabelecer e manter (muitas vezes, aliados a outras formas de terapia) condições de saúde mental para muitas pessoas. No entanto, o que estamos afirmando é que esses fins terapêuticos foram excedidos, na medida em que se tornaram uma espécie de senha para atingir determinados estados de bem-estar que, justamente por não serem fáceis nesses dias que correm, valem muito em nossa sociedade. Talvez isso nos ajude a entender também porque alguns deles se tornaram verdadeiros *blockbuster drugs* (COSER, 2010).

Aparentemente desvinculada das questões comerciais, mas decorrente da mesma aliança estratégica entre a APA (OMS) e a indústria farmacêutica, a proliferação dos transtornos psiquiátricos tem contribuído de forma importante para o consumo de psicofármacos. A cada edição, lançada ou revisada, dos principais manuais (DSM e CID) o aumento do número de categorias diagnósticas parece manter uma relação estreita com a produção de novos medicamentos (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011). Quanto mais ampla a lista de sintomas e síndromes que indicam transtornos, mais pessoas serão diagnosticadas, contribuindo para que o consumo destes medicamentos permaneça em ascendência. Embora simples, o cálculo parece estar correto, tanto que em 2012 foi realizado um levantamento[47] para comparar a porcentagem de profissionais que participaram da elaboração do DSM e que tinham alguma relação com a indústria farmacêutica. Constatou-se que enquanto no DSM-IV havia 57% de psiquiatras vinculados aos laboratórios, nas equipes de força-tarefa que formularam a quinta edição do manual esse número passou para 69%, em média, portanto, um aumento de 12% que parece demonstrar o quão proveitosas e lucrativas podem ser essas parcerias.

---

[46] Cf. GONÇALVES, L. H. P. **O discurso do capitalista: uma montagem em curto-circuito**. São Paulo: Via Lettera, 2000.

[47] Cf. GARCIA, R. Indústria influencia manual de psiquiatria. **Folha de S. Paulo**. Caderno Saúde, 31 de março de 2012.

Outra questão importante em relação aos diagnósticos psiquiátricos é o fato de que eles (ainda) não podem ser identificados e localizados anatomicamente de maneira inequívoca, tal como ocorre nas demais patologias orgânicas. Considerado o instrumento ideal que os médicos utilizam para elaborar seus diagnósticos, o chamado *marcador biológico* é a evidência de um sinal patognomônico da doença que acomete o paciente. Sua identificação é necessária para que as doenças possam ser conhecidas e discernidas entre si, sobretudo quando os sintomas são semelhantes. Os vírus e bactérias, que causam diferentes tipos de doenças infecciosas, são exemplos de marcadores biológicos que permitem a formulação de diagnósticos válidos.

> Na psiquiatria, no entanto, esse modelo não funciona perfeitamente. Os instrumentos diagnósticos em psiquiatria são todos fundados sobre o interrogatório e a observação dos doentes. O ato diagnóstico depende sempre da avaliação subjetiva do médico e do paciente. Não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem no nível de uma determinação causal, e tampouco no de uma correlação entre marcadores biológicos. Não há sinal biológico que seja específico de determinado transtorno mental, o que impossibilita o diagnóstico por exames complementares (AGUIAR, *idem*, p. 75).

Na impossibilidade de se localizar de forma precisa esse marcador biológico para os transtornos psiquiátricos, os próprios medicamentos acabaram tornando-se um parâmetro aceitável para a formulação dos diagnósticos. Em outras palavras, se a utilização de um antidepressivo proporcionar uma melhora perceptível nas condições psicológicas do paciente, isso deverá servir para confirmar seu diagnóstico de depressão (GORI; DEL VOLGO, 2009). O mesmo raciocínio clínico tem sido aplicado a vários outros transtornos, conferindo aos psicofármacos uma função tanto terapêutica quanto diagnóstica, tornando-os praticamente indispensáveis para o exercício da clínica psiquiátrica. Segundo Ramos (2014), todas essas transformações epistemológicas, culturais e, sobretudo econômicas que incidiram sobre a clínica psiquiátrica a partir da década de 1980, fizeram surgir o que ele chama de “psiquiatria de mercado”.

A lógica capitalista e seu discurso

Portanto, partindo das questões aportadas, se considerarmos que esse Complexo-Médico-Acadêmico-Industrial, com suas engrenagens, seria uma espécie de superestrutura que nos permite apreender um processo de subordinação da *ciência* (médica e biotecnológica) aos interesses do *capital* (indústria farmacêutica), e se cada vez mais os *medicamentos* (psicofármacos), com seus apelos, têm sido consumidos como *gadgets* (mercadorias), então pareceria ser que temos aqui os quatro elementos que compõem o Discurso do Capitalista proposto por Lacan. Mas antes de vermos como ele pode nos ajudar a pensar o tema que nos concerne, façamos uma introdução concisa da teoria lacaniana dos discursos.

Os discursos seriam a representação daquilo que faz laço social, isto é, a lógica subjacente aos vínculos que os sujeitos falantes estabelecem entre si e que estariam de alguma forma determinados pelas posições ocupadas por cada um dentro dessas quatro montagens (matemas). Quatro discursos, compostos por quatro elementos, que designam quatro lugares. Esses lugares, no entanto, não são fixos, por isso todos nós circulamos por eles. Mais ainda, como assinala Jorge (1983), "cada um dos quatro discursos constitui uma espécie de polo de atração para o qual convergem, num movimento de báscula constante, todos os discursos existentes. Ou seja, nenhum discurso existente pode ser identificado *estritamente* a um desses quatro discursos" (JORGE, *idem*, p. 10). Começando pelo Discurso do Mestre e fazendo girar cada um dos elementos no sentido horário, temos o Discurso da Histérica, depois o Discurso do Analista, seguido pelo Discurso da Universidade. Os elementos que compõem os discursos são:

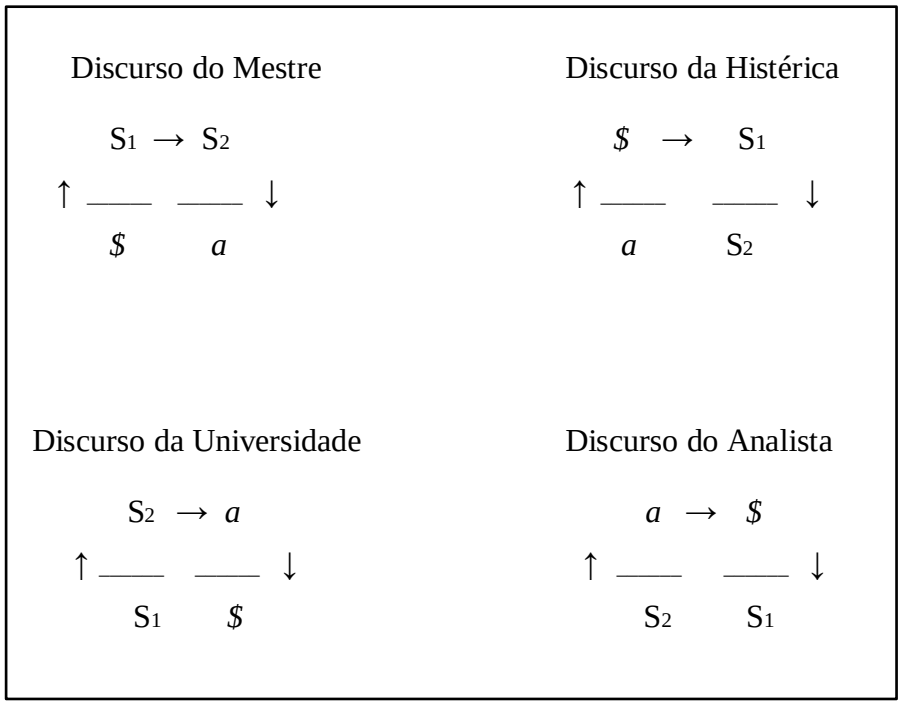
S_1 – Significante Mestre
S_2 – Saber (cadeia dos significantes)
$ – Sujeito barrado (do significante que o constitui)
a – objeto mais-de-gozar

E os lugares ocupados pelos elementos são:

$$\begin{array}{ccc} & \longrightarrow & \\ \uparrow & \begin{array}{c}[\text{agente}]\\ \hline [\text{verdade}]\end{array} \quad \begin{array}{c}[\text{outro}]\\ \hline [\text{produção}]\end{array} & \downarrow \end{array}$$

Basicamente, o elemento que ocupa o lugar de *agente* é aquele que ordena o discurso, animado por uma *verdade* que jamais se revela totalmente, pois está sob a barra que indica 'resistência à significação', mas que o autoriza a exigir do *outro* uma determinada *produção*. À esquerda, portanto, temos o campo do sujeito, à direita está o campo do outro. Três discursos estão baseados nas chamadas "profissões impossíveis" propostas por Freud: *educar*, *governar* e *analisar*, às quais Lacan acrescentou o *fazer desejar* e depois o *fazer comprar*. Educar equivale ao Discurso da Universidade, governar, ao Discurso do Mestre e analisar, ao Discurso do Analista. Fazer desejar e fazer comprar equivalem, respectivamente, ao Discurso da Histérica e ao Discurso do Capitalista. "No que tange à teoria dos discursos, deve-se verificar o elemento específico que domina tal laço social. Trata-se daquilo que determina o agir do sujeito, ou seja, ele age de acordo com a dominante do discurso em que está inserido" (QUINET, 2009, p. 34).

Figura 1: Os quatro Discursos



Fonte: Adaptado de Quinet, 2009.

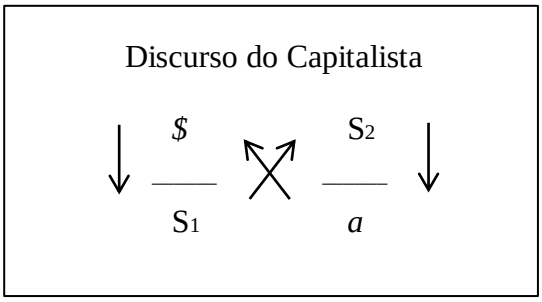
Sendo assim, no **Discurso do Mestre**, algoritmo matricial dos discursos, o governante, em nome da lei (S_1) ou como representante de um poder, espera que o governado, seu outro, utilize seu saber (S_2) para produzir objetos (*a*) para seu usufruto, sempre parcial. O que não fica claro é que o mestre, na verdade, se autoriza de sua própria subjetividade (*$*). No **Discurso da Histérica**, o desejante, representado pelo seu sintoma (*$*), se autoriza de seu gozo (*a*) para elevar seu outro à condição de mestre (S_1), para que este produza um saber (S_2) sobre sua verdade sexual. No **Discurso da Universidade**, o professor (S_2) tem autorizado seu ato a partir do saber dos autores, das bibliografias (S_1), para impor este saber ao outro, seu aluno que, tornado objeto (*a*) deste saber, revela-se como um revoltado, um contestador (*$*). Em seu **Discurso**, o **Analista**, colocado na posição de semblante (*a*), autoriza-se de seu saber inconsciente (S_2) no sentido de causar em seu analisante (*$*) o desejo de produzir em suas associações livres um significante-mestre (S_1) que possa representá-lo, isto é, singularizá-lo, desalienando-o dos significantes do Outro que o determinavam.

A referência elementar de um discurso é aquilo que ele pretende dominar, aquilo que quer amestrar. Eis aí seu parentesco com o Discurso do Mestre, pois a seta que vai do agente ao outro pode ser interpretada como ato de dominação. Não por acaso Lacan (1992) chamou seu Seminário 17 de *O avesso da psicanálise*, pois o Discurso do Analista "deveria se encontrar no polo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar. Disse *pelo menos confessada* não porque tenha que dissimulá-la mas porque, afinal, é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria" (LACAN, *idem*, p. 72).

Há dois discursos cujos *agentes* utilizam a propriedade de comando própria do significante, o (S_1) no Discurso do Mestre e o (S_2) no Discurso da Universidade. Os outros dois elementos que não são da ordem do significante são os agentes dos discursos do *avesso* da dominação, o objeto (*a*) fora do simbólico, no Discurso do Analista, e o sujeito (*$*) como falta-a-ser no Discurso da Histérica (QUINET, 2012). Não obstante, apesar de o Discurso do Analista representar o avesso do Discurso do Mestre, e o Discurso da Histérica o avesso do Discurso da Universidade, o único laço social que trata o *outro* como sujeito (*$*) é o Discurso do Analista. Isso porque o outro do mestre é o saber do escravo, o outro da universidade é o aluno enquanto objeto do saber e o outro da histérica é um mestre que ela faz desejar saber sobre sua verdade/gozo.

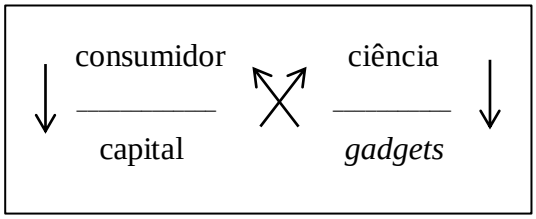
Nossa sociedade, portanto, se estrutura com os laços sociais da dominação e seus avessos. Pois, ao colocar o outro na condição de um sujeito que é chamado a falar (*falasser*), sem saber daquilo que o determina a partir do inconsciente, o Discurso do Analista evita assumir a função de senhor e amo perante o outro, como faz o Discurso do Mestre. Da mesma forma que ao colocar o sintoma como agente, o Discurso da Histérica faz obstáculo a continuar obedecendo ao burocrata do saber, função dominante no Discurso da Universidade, pois demonstra em sua divisão que o significante é o mestre. Ocorre, porém, que Lacan também percebeu – *après mai 68* – que um novo discurso de dominação estava se constituindo, seria o *discurso do mestre moderno*, que a princípio ele pensou que seria o Discurso da Universidade, alvo da contestação dos estudantes, mas depois se corrigiu e disse que o Discurso do Capitalista seria o novo discurso dominante. Não há consenso, aliás, se este seria ou não um quinto discurso, pois sua fórmula se dá a partir de uma simples inversão de termos em relação ao Discurso do Mestre. De qualquer forma, ele teria implicações diferentes dos demais discursos, a mais importante é que ele não produziria laço social. Lacan falou sobre essa nova montagem discursiva pela primeira vez em 1972, numa Conferência pronunciada na Universidade de Milão. E, apontando sua representação no quadro, anunciou: "Ele é loucamente astucioso, mas destinado a explodir (...) uma pequenininha inversão simplesmente entre o S_1 e o *$*, que é o sujeito… basta para que isso ande como sobre rodinhas, não poderia andar melhor, mas, justamente, anda rápido demais, se consome, se consome tão bem que se consuma" (LACAN, 2015).

Figura 2: Discurso do Capitalista



Fonte: Adaptado de Quinet, 2009.

Como podemos ver, além da inversão dos termos da primeira fração, outra importante mudança se deu em relação à direção das setas laterais, ambas agora voltadas para baixo. Enquanto no Discurso do Mestre o agente é (S_1), o significante-mestre da lei, aquele que ordena, e o (*$*) é a verdade que, embora encoberta, o autoriza exercer o comando sobre o outro. No Discurso do Capitalista o agente passa a ser o (*$*), o sujeito consumidor, e no lugar da verdade encontra-se o capital (S_1), que é o significante-mestre desse discurso, aquele que comanda. Nele não há relação entre o agente e o outro, indicada pela seta acima nos outros discursos, por isso ele não faz laço social, a relação que ele define se dá entre o sujeito e os *gadgets* (*$ ← a*), objetos de consumo produzidos pela (tecno) ciência (S_2). Temos, portanto:



A mudança ocorrida em relação ao status do objeto *a*, objeto mais-de-gozar, no Discurso do Capitalista pode nos ajudar a entender porque Lacan considerou que seria este o discurso predominante de sua (nossa) época. Se no Discurso do Mestre ele representa o objeto precioso a ser produzido pelo governado; se é o aluno no Discurso da Universidade, objeto sobre o qual incide um saber; o objeto que sustenta a verdade da provocação do sujeito dirigida ao outro no Discurso da Histérica; e objeto da fantasia cujo semblante é sustentado pelo Analista em seu Discurso. No Discurso do Capitalista (*a*) deixa de ser esse objeto que representa um *plus* de gozo, tal como a *mais-valia* representa um *plus* de valor na teoria de Marx, inalcançável por estrutura, impossível de ser consumado – por isso causa do desejo – e passa a ser contabilizado, acumulado e condensado em objetos de consumo, pois para o mercado não há objeto perdido, há objeto a ser produzido e consumido (GONÇALVES, 2000). Justamente por isso, conforme Quinet (2009), o que caracteriza o Discurso do Capitalista é este imperativo de gozo, isto é, este dever consumir que foraclui a castração, conectando o sujeito a objetos que prometem satisfazer seu desejo.

> Nesse sentido, o discurso capitalista promove tanto um *autismo induzido* quanto um *empuxo ao onanismo*, uma vez que não só realiza a economia do desejo do Outro, como também estimula a ilusão de completude não mais com a constituição de um par, e sim com um parceiro conectável e desconectável ao alcance da mão. Obviamente, isso pode levar à decepção, à tristeza, ao tédio e à nostalgia do Um em vão prometido, assim como a diversos tipos de toxicomania. A sociedade regida pelo discurso capitalista se nutre pela fabricação da falta de gozo e produz sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo – consumo de *gadgets* que ela oferece como objetos do desejo –, promovendo assim uma nova economia libidinal (QUINET, 2001, p. 17).

Ao tornar-se dominante, portanto, o Discurso do Capitalista visa sobrepor à sociedade a lógica do mercado, na qual tudo o que pode ser produzido, deve ser consumido. Por isso que, ao invés de produzir laço esse discurso produz segregação, separando os que podem e os que não podem consumir/comprar. E nesta conjuntura também, a estrutural e constitutiva *falta-a-ser* torna-se uma contingente e superável *falta-de-alguma-coisa* que o mercado tem para oferecer, evitando assim toda disjunção entre o sujeito (*$*) e o objeto (*a*), ou melhor, entre o lugar da *verdade* e o da *produção*, tal como acontece nos demais discursos. Talvez por isso Lacan tenha dito na Conferência de Milão que justamente por correr tão bem, este discurso estaria *destinado a explodir*, pois a hiância entre esses elementos que não aparece no simbólico, aparecerá, provavelmente, no real, consumando, enfim, nossos recursos ainda disponíveis (GONÇALVES, *idem*). Sendo assim, como isso se aplicaria ao problema que estamos investigando? Para Infante:

> A psiquiatria atual, pretendendo-se científica, vai encontrar seu sentido no discurso do capitalista, ela propicia uma ilusão de controle do próprio sujeito sobre seu mal-estar a partir de paliativos químicos produzidos pelo saber científico unido aos interesses da indústria farmacêutica. As drogas, nesse contexto, assumem todas as características do fetiche da mercadoria, incluindo seu potencial de placebo (INFANTE, 2011, p. 68).

Pareceria ser, então, que este raciocínio se aplica ao nosso tema na medida em que, ao participarem desta lógica capitalista neoliberal, as ciências médicas e biotecnológicas estariam agenciadas aos interesses do capital financeiro da indústria farmacêutica, que por sua vez produz os psicofármacos para serem consumidos como simples mercadorias, a despeito de suas especificidades (benefícios e riscos). Podemos

considerar também que Quinet (2001) subscreve este entendimento quando afirma que "os medicamentos – que são os objetos produzidos pelo saber da neurociência – podem facilmente virar objeto de consumo toda vez que a psiquiatria entra no discurso capitalista" (QUINET, 2001, p. 19). E por outra via argumentativa, Barros (2008) também afirma algo semelhante:

> É no *contexto da ideologia dominante* – que faz do consumo a pretendida fonte da felicidade e da saúde – que se insere o intento das técnicas publicitárias de fazer valer mais intensamente o caráter simbólico dos produtos que seu valor-de-uso (ação terapêutica do princípio ativo), com o propósito de implementar o valor-de-troca (condição da mercadoria geradora de lucro). A promoção e comercialização dos medicamentos, no contexto da lógica de mercado dominante, orientada principalmente ao propósito de ampliar a oferta e a demanda, está sendo implementada, pois, em detrimento da função que deveria ser outorgada a esses produtos: atender às necessidades de alívio dos sintomas e cura das enfermidades (BARROS, *idem*, p. 586, grifos do autor e tradução nossa)[48].

Inseridos, portanto, no algoritmo do Discurso do Capitalista e, investidos desse sobrevalor, que amplia de maneira significativa seu poder de sedução, os psicofármacos não têm mais como se diferenciar de qualquer outro objeto de consumo curto e rápido, de qualquer outro *gadget*. E é exatamente neste sentido que estamos considerando que, ao formular, produzir, comercializar e fazer consumir seus medicamentos, não apenas de uso psiquiátrico, a indústria farmacêutica, associada a seus parceiros e colaboradores têm participado e contribuído ativamente para o processo de patologização e medicalização de nossa vida cotidiana, sobretudo nas três últimas décadas. Longe de desfazer, no entanto, a tensão permanente entre seus interesses científicos, terapêuticos e mercadológicos.

A expansão do diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), ocorrida principalmente a partir da década de 1990, pode ser um pequeno,

---

[48] *Es en el* contexto de ideología dominante *– que hace del consumo la pretendida fuente de la felicidad e de la salud – que se inserta el intento de las técnicas publicitarias de hacer valer más intensamente el carácter simbólico de los productos que su valor-de-uso (acción terapéutica del principio activo), con el propósito de implementar el valor-de-cambio (condición de la 'mercancía' generadora de lucro). La promoción e la comercialización de los medicamentos, en el contexto de la lógica de mercado dominante, orientada principalmente al propósito de ampliar la oferta y la demanda, se está implementando, pues, en detrimento de la función que debería otorgarse a esos productos: atender las necesidades de alivio de síntomas o cura de las enfermedades* (BARROS, 2008, p. 586).

porém interessante exemplo para ilustramos o funcionamento desse mecanismo protagonizado pelas grandes farmacêuticas. Autores diversos (BARROS, 2008; CONRAD, 2007; COSER, 2010; LIMA, 2005; ORTEGA *et al*., 2010; RAMOS, 2014) consideram que a associação direta que foi estabelecida entre o diagnóstico deste transtorno psiquiátrico e o tratamento medicamentoso com o *metilfenidato*, cujo nome comercial mais conhecido é a Ritalina, seria um dos fatores mais importantes para esse crescimento. Outro fator cooperador foi a ampliação dos critérios diagnósticos que passaram a incluir adolescentes e adultos com TDAH, algo que antes se restringia quase exclusivamente às crianças.

> Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais.
>
> Como consequência, para muitas crianças diagnosticadas com TDAH, o tratamento medicamentoso passou a ser "para toda a vida". Para eles, o TDAH passou a ser uma condição permanente. Por outro lado, adultos nunca antes diagnosticados com hiperatividade, desatenção e impulsividade, começaram a interpretar certas dificuldades em sua vida profissional, pessoal e relacional como sendo signos da manifestação do TDAH (ORTEGA *et al*., 2010, p. 501).

Não obstante, além da indissociabilidade entre o diagnóstico do TDAH, o uso do *metilfenidato*, e da ampliação dos critérios diagnósticos (estabelecida pelo DSM) para a inclusão dos adultos nessa categoria psicopatológica, outro fator que também tem contribuído para expandir o consumo desse medicamento é sua utilização para produzir aquilo que tem sido chamado de "aprimoramento cognitivo farmacológico". Embora seja um uso *off label*, isto é, não recomendado pela bula, e também um fenômeno social ainda pouco estudado, apesar de sua relevância, essa prática certamente é impulsionada por esse pensamento que considera válida a utilização dessas substâncias (aditivos) para melhorarmos nossa *performance* individual, algo praticamente indispensável em uma sociedade cada vez mais acelerada e competitiva como a nossa. Enfim, é este o contexto que habitamos e, portanto, onde recebemos as novas gerações, um contexto histórico e

cultural, como vimos, impregnado de metáforas farmacoquímicas[49] onde se insere, se produz e se revela, como um sintoma de nossa época, o processo de patologização e medicalização da infância.

[49] Cf. Orlando Coser. **As metáforas farmacoquímicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

CAPÍTULO IV - Patologização e medicalização da infância contemporânea

Com efeito, nossa pós-modernidade nos habituou a considerar não mais o sintoma da criança, mas sim a criança como sintoma do social. É esta a grande novidade. Essa questão da novidade no sintoma é no fundo alguma coisa que é muito mais uma invenção do social que verdadeiramente um novo sintoma no sentido psicopatológico do termo.

Robert Levy

En tanto sujeto en crecimiento, en constitución, ningún niño tiene su historia cerrada, coagulada, y lo que los profesionales podemos hacer es abrir el juego, permitir que se vayan armando nuevos caminos, que ese niño y esa familia vayan tejiendo una historia propia.

Beatriz Janin

Nos capítulos anteriores, procuramos demonstrar o quanto o processo de patologização e medicalização da infância contemporânea está profundamente entrelaçado a diversos outros fatores que o antecederam. Esperamos, nesse sentido, ter evidenciado também que não se trata de um fenômeno isolado, ao contrário, ele está inserido num contexto mais amplo de medicalização generalizada da existência (GORI; DEL VOLGO, 2009). Sendo assim, o objetivo neste capítulo será nos ocuparmos de algumas questões que nos parecem relevantes do ponto de vista educativo, isto é, questões que estejam relacionadas à vida cotidiana entre adultos e crianças, cenário por excelência da medicalização da infância. E neste cenário contemporâneo há um elemento fundamental para desenvolvermos nossas reflexões, qual seja, o surgimento do TDAH e sua associação ao tratamento medicamentoso com a Ritalina. Essa associação de alguma forma

reconfigurou de maneira profunda este cenário contemporâneo sobre os problemas de aprendizagem e comportamento das crianças.

Antes, porém, de nos encaminharmos a essas questões, seria interessante prestarmos um esclarecimento sobre os conceitos de *patologização* e *medicalização* que estamos utilizando em nossa pesquisa. Isso porque, empregados de maneira indiscriminada, eles podem acabar encobrindo diferentes significados, que precisariam ser mais bem definidos para se evitar os quase sempre inevitáveis mal-entendidos. Segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) poderíamos definir o termo medicalização em pelo menos quatro sentidos: "1) práticas massivas de intervenção sobre o espaço público; 2) transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; 3) controle social e imperialismo médico; 4) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica" (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR., 2014, p. 1865). A despeito de nossa pesquisa ter transitado por entre estes sentidos, começando exatamente pelo primeiro deles, quando procuramos recuperar os antecedentes históricos deste processo, é de fato o segundo item que traduz de maneira mais precisa o sentido que pretendemos imprimir às nossas reflexões. E ele deriva essencialmente da seguinte proposição de Conrad (2007): "medicalização" descreve um processo pelo qual os problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos (CONRAD, 2007, p. 4, tradução nossa).[50]

Nesta proposição, vale ressaltar, está contemplada também a noção de patologização à qual temos nos referido, pois apesar de estar embutida no conceito de medicalização, patologizar significa, segundo o referido autor, exatamente isso: definir e tratar *em termos de doenças ou transtornos*, comportamentos que costumam ser considerados como transgressivos ou desviantes em relação a determinadas normas e padrões culturalmente estabelecidos. Patologizar, portanto, seria atribuir uma terminologia médica (categoria nosológica) a esses fenômenos que resultam de uma sobredeterminação complexa de fatores, inclusive biológicos, tornando-os assim um objeto privativo ao campo da medicina. E é justamente este sentido que pretendemos conferir quando falamos de patologização e medicalização da infância, pois, a nosso ver, atribuir a determinados comportamentos – ou mesmo ao sofrimento psíquico das crianças – um sentido exclusivamente biológico e tratá-los apenas com medicamentos, é uma estratégia

[50] *"Medicalization" describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders*. (CONRAD, P, 2007, p. 4).

reducionista que se esquiva de tratar os demais aspectos necessariamente envolvidos na emergência desses sintomas.

Sendo assim, mais do que dar respostas, nosso objetivo, neste capítulo, será problematizar uma vez mais a seguinte questão: O que de fato está em jogo quando damos medicamentos de uso psiquiátrico para as crianças que apresentam exatamente as mesmas dificuldades que sempre apresentaram? Isto é, crianças que têm dificuldades maiores ou menores para aprender os conteúdos escolares, para obedecer aos adultos, para se organizar, para interagir socialmente, para controlar seus impulsos, adiar suas vontades etc. Ou ainda: o que aconteceu para que esta prática deixasse de ser exceção para tornar-se regra nas últimas décadas? De acordo com o itinerário que fizemos até aqui, estamos dispostos a demonstrar que o que mudou foi justamente este cenário histórico, cultural, mas também econômico no qual estamos todos inseridos, um cenário que privilegia o discurso médico-científico para explicar (quase todos) os incontáveis aspectos de nossa vida cotidiana, que insiste em olhar para nossa inesgotável diversidade de comportamentos simplesmente como normais ou patológicos, que transforma os psicofármacos em um objeto a mais a ser consumido – *muitas vezes* sem a devida indicação e por tempo indeterminado – e que nos dá a falsa impressão de que as dificuldades das crianças em suas aprendizagens ou comportamentos são apenas um epifenômeno de um desequilíbrio neuroquímico, poupando-nos assim de investigar e enfrentar as demais questões relacionadas às vicissitudes do ato de educar.

Neste contexto, portanto, "fortemente influenciado por paradigmas tecnocráticos, onde se afirma a tendência de reduzir as práticas sociais complexas – como educar, diagnosticar e curar – a procedimentos técnicos" (VASEN, 2011, p. 57, tradução nossa)[51], é o DSM que tem cumprido a função de ordenador da discursividade médico-terapêutica sobre o sofrimento psíquico contemporâneo. Não obstante, se estamos interessados em pensar justamente sobre esses processos (discursivos) que consideram as dificuldades de aprendizagem e comportamento das crianças como expressões sintomáticas de patologias neuropsiquiátricas, a versão atualizada deste *Manual* torna-se uma referência incontornável em relação aos nossos objetivos.

---

[51] *fuertemente influenciadas por paradigmas tecnocráticos, se afirma la tendencia de reducir las prácticas sociales complejas – como criar, educar, diagnosticar y curar – a procedimientos técnicos* (VASEN, 2011, p. 57).

Diferentemente da edição anterior (DSM-IV-TR), na qual os transtornos concernentes à infância estavam agrupados no item "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência"[52], no DSM-5, publicado (no original) em 2013, essa nomenclatura foi alterada e então passaram a constar do item "Transtornos do Neurodesenvolvimento". Logo na abertura desta seção podemos ler:

> Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período de desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais e inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5, 2014, p. 31).

Há pelo menos três questões que aparecem neste parágrafo e que merecem nossa atenção crítica. A primeira delas se refere à terminologia utilizada no Manual – com relação a este ponto específico – pois ela nos ajuda a entender o posicionamento da APA em relação ao assunto. Podemos começar pelo termo *acadêmico*, que parece não corresponder ao momento do neuro*desenvolvimento* ao qual se referem os autores, e para o qual o termo escolar seria mais apropriado. O outro é o termo *profissional*, que não deveria nem constar aí, simplesmente por ser contraditório em relação à condição infantil. De qualquer forma, embora pareçam desimportantes, e descontados os problemas atinentes à tradução, a nosso ver tais expressões indicam não apenas a simples transposição para os transtornos característicos da infância (ou adolescência), da terminologia referente aos transtornos que acometem os adultos, mas nos deixam entrever certo apagamento das diferenças geracionais que essas concepções (a)teóricas do DSM carregam em si, de

[52] APA – Associação Psiquiátrica Americana. **DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Texto Revisado)**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

maneira não muito clara[53]. A propósito, este *continuum* entre as gerações – "sugerido" pelo DSM-5 – que parece então desconsiderar o intervalo estrutural entre adultos e crianças, fica ainda mais evidente quando se trata da indicação de determinados psicofármacos, que são cada vez mais utilizados independentemente da faixa etária, não poucas vezes contrariando o que está indicado pela bula[54].

Outra questão que também nos convoca em relação a esse tipo de avaliação diagnóstica, chamada dimensional, diz respeito às noções de *excesso* ou de *déficit* que, como sabemos, quase sempre acabam reduzindo seus resultados a um problema meramente contábil, de mais ou de menos. Cálculo não apenas difícil, para não dizer impossível de ser precisado, mas que pressupõe também desconsiderar ou subestimar as variáveis intersubjetivas que interferem, tanto no aparecimento dos sintomas quanto em suas nuances. A propósito, conforme nos adverte Lajonquière (2001), é justamente o desconhecimento da impossibilidade de reduzirmos o *desejo* a um *déficit* que alimenta a contínua produção de novidades terminológicas que tanto caracterizam esses manuais diagnósticos. Mais ainda, o fato de estabelecer a ideia de "atingir os marcos esperados" como parâmetro para apreciar clinicamente os problemas de aprendizagem e comportamento das crianças introduz mais um elemento incontestavelmente subjetivo nesses critérios, suficiente para comprometer ou mesmo infirmar sua tão pretendida objetividade.

A terceira e última questão que nos parece sumamente importante desta citação refere-se à ocorrência simultânea de diferentes transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente entre o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) e os Transtornos Específicos da Aprendizagem. Chama-nos a atenção este item porque, do ponto de vista da psicanálise, infância e educação são termos absolutamente indissociáveis, pelo menos desde o surgimento da Modernidade, como vimos no primeiro capítulo, por conseguinte os sintomas que as crianças "normalmente" nos apresentam dizem respeito, necessariamente, ao que se passa em seus respectivos processos educativos, tanto no âmbito das relações familiares quanto no ensino escolar. No entanto, o fato de apontarem essa exemplar correlação não parece significar que os autores

---

[53] Se do ponto de vista neurológico o que diferencia o cérebro infantil do adulto é apenas uma questão de "tempo maturacional", para a psicanálise a infância é um "tempo constitutivo" da posição adulta no campo da linguagem e da palavra.

[54] Cf. SEGATO, C.; PADILLA, I.; FRUTUOSO, S. Remédios demais? **Revista Época**. Edição 446, 18 de Dezembro. Rio de Janeiro: Editora Globo, 2006.

do DSM-5 estejam reconhecendo esta indissociabilidade própria e não contingente dos termos, mas o fazem apenas para enfatizar as chamadas *comorbidades* típicas dos transtornos psiquiátricos do neurodesenvolvimento, ampliando ainda mais não só o alcance dos diagnósticos como o uso dos medicamentos.

Enfim, não levar em conta a diferença estrutural entre adultos e crianças, converter a avaliação das dificuldades escolares em uma correlação quase "numérica", estabelecer a expectativa dos adultos (do Outro) como parâmetro e praticamente não discernir o que é dificuldade para aprender e se comportar de um transtorno neuropsiquiátrico, são, a nosso ver, alguns dos pressupostos da psicopatologia contemporânea que nos ajudam a entender porque o processo de patologização e medicalização da infância se expandiu enormemente nas últimas décadas. Cabe ressaltar, no entanto, que não estamos aqui questionando os fundamentos epistemológicos dessas avaliações diagnósticas, pois não é este nosso objetivo, mas estamos sim considerando que tais critérios contribuem para separar essas dificuldades das crianças da trama de relações que formam o contexto onde elas estão inseridas, "gastando" o tempo de suas infâncias, e ao fazê-lo, criam as condições necessárias para abordar essas mesmas dificuldades como se fossem apenas sinais patognomônicos de uma "doença", isto é, de um problema médico que, como tal, deveria ser tratado com medicamentos. Vemos, portanto, que antes da patologização e medicalização da infância, se erige sua ineludível naturalização.

Da DCM ao TDAH: um capítulo na história dos distúrbios de aprendizagem

Entre as várias questões abordadas, a impossibilidade de separarmos os sintomas das crianças do processo educativo que, segundo a psicanálise, as constitui enquanto sujeitos *desejantes*, poderá nos ajudar também a esclarecer porque o TDAH tornou-se, nas últimas décadas, o diagnóstico mais frequentemente utilizado para patologizar e medicalizar esses problemas que sempre foram típicos de crianças em idade escolar[55]. Para Landman (2015),

---

[55] Cf. LAJONQUIÈRE, L. A criança em idade escolar. *In*: POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. (orgs.). **Psiquiatria da infância e adolescência**. Barueri/SP: Manole, 2012. (Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC-FMUSP).

> a criança agitada parece preocupar cada vez mais os profissionais e responsáveis pela saúde mental. Ao longo dos últimos trinta anos, a agitação das crianças tem sido objeto de comunicações cada vez mais frequentes por parte de pesquisadores, psicólogos, clínicos ou psiquiatras do mundo inteiro, com uma convergência que se transformou progressivamente, em um consenso sobre a existência de uma "doença" chamada TDAH. Essa "doença" teve uma ascensão irresistível: os últimos dados dos Estados Unidos falam em mais de 11% de crianças americanas de 6 a 17 anos com TDAH (LANDMAN, *idem*, p. 23, tradução nossa)[56].

Mas para entendermos de fato porque, no decorrer desses últimos trinta anos, exatamente este transtorno psiquiátrico – o TDAH – foi transformado na sigla (etiqueta) que passou a ser aplicada de forma massiva às crianças que apresentam dificuldades para aprender e para se comportar, precisamos recuperar alguns elementos de sua história, que obviamente se inscreve, como um importante capítulo, na longa e controvertida história dos chamados "distúrbios de aprendizagem".

Embora nem sempre tenha sido devidamente contada, conforme nos mostram Moysés e Collares (1992), essa história contém aspectos interessantes que nos permitem acompanhar o desenvolvimento de algumas hipóteses que foram sendo formuladas e reformuladas para tentar justificar as razões pelas quais muitas crianças não conseguiam se beneficiar do ensino escolar, a despeito de não apresentarem qualquer patologia (evidente) que pudesse impedi-las de aprender. Segundo as autoras, desde as últimas décadas do século XIX, guardadas as devidas diferenças culturais, pesquisadores das áreas da psicologia e da educação têm buscado identificar as possíveis causas para este fracasso[57] (desnutrição, carência cultural, várias formas de deficiência etc.), mas o aspecto fundamental que nos permite relacionar essa história ao fenômeno contemporâneo da patologização e medicalização da infância é que "os distúrbios de aprendizagem são uma construção do pensamento médico, surgem como entidades nosológicas e [assim] persistem até hoje", agora na seção dos *transtornos do neurodesenvolvimento* dos manuais de diagnósticos psiquiátricos (MOYSÉS; COLLARES, *idem*, p. 33).

---

[56] *L'enfant agité semble préocuper de plus en plus les professionels et les responsables de la santé mentale. Au cours des trente dernières années, l'agitation des enfants a fait l'objet de communications de plus en plus fréquentes de la part de chercheurs, psychologues, cliniciens ou psychiatres du monde entier, avec une convergence qui s'est transformée au fur et à mesure, en un consensus sur l'existence d'une « maladie » appelée TDAH. Cette « maladie » fait une irrésistible ascension : les dernières données aux États-Unis parlent de plus de 11% d'enfants américains de 6 à 17 ans atteints de TDAH* (LANDMAN, *idem*, P. 23).

[57] Cf. PATTO, M. H. S. Para uma crítica da razão psicométrica. *In*: _____ **Mutações do cativeiro: escritos de psicologia e política**. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000.

Destacamos, a título de ilustração, alguns poucos exemplos dessa genealogia que, apesar de sumária e relativamente sinuosa, nos conduzirá diretamente à correlação entre o TDAH e os chamados *learning disabilities*. Em 1895, James Hinshelwood, um oftalmologista britânico, publicou uma série de artigos postulando a existência de uma provável *cegueira verbal congênita* para explicar as causas neurológicas da não aprendizagem, e mesmo não conseguindo comprovar suas hipóteses, suas pesquisas serviram para embasar cientificamente uma suposta neuropatologia que, curiosamente, comprometeria apenas as habilidades de leitura e escrita, a saber, a *dislexia*.

Há também um fato histórico que seria interessante registrar. No início do século XX, houve uma grande epidemia de *encefalite letárgica* ao redor do mundo, mas principalmente na Europa e nos Estados Unidos, com altos índices de morbidade e mortalidade. E como era possível encontrar nas pessoas que conseguiam sobreviver à doença algumas sequelas neurológicas importantes, tais como: alteração do comportamento, da linguagem e das funções cognitivas, justamente os sintomas que mais interferiam e prejudicavam as aprendizagens das crianças, muitas pesquisas em neurologia e também em psiquiatria começaram então a avançar na direção de compreender a fundo as possíveis "causas neurológicas" para os problemas escolares das crianças, bem como em relação a outras patologias[58].

Em 1925, certamente instigado por essas descobertas, as pesquisas do médico e educador norte-americano Samuel Orton com as crianças que não aprendiam, o levaram à hipótese de que a impossibilidade de uma adequada organização cerebral para associar palavras e símbolos era o que as dificultava em suas aprendizagens, por isso criou a noção de *strephosymbolia*, que poderíamos traduzir como "símbolos distorcidos" e que acabou superando as hipóteses de Hinshelwood para a fundamentação pretensamente científica da dislexia. Hoje em dia, vale ressaltar, apesar das controvérsias a respeito de sua

[58] "A encefalite [letárgica] passou a chamar a atenção dos neurologistas americanos por volta de 1918 quando, capturando a atenção da bacteriologia, da epidemiologia e da saúde pública americana, ficou conhecida como a *patologia do momento*. Para a neurologia nova-iorquina, a encefalite trazia uma esperança: a vinculação do saber neurológico ao campo da saúde pública e à pesquisa laboratorial, uma das ciências mais valorizadas da época. Através de seu estudo, a neurologia e a psiquiatria abandonariam a prática diagnóstica incerta e vaga, e sua importância no cenário científico nacional e internacional seria finalmente reconhecida. A autoridade neurológica precisava ser construída, e a encefalite parecia oferecer o modelo de investigação a ser seguido" (CALIMAN, L. V., 2010, p. 58).

etiologia[59], bem como das dificuldades envolvidas na formulação dos diagnósticos, a dislexia é considerada uma das principais causas (biológicas) para os problemas escolares, embora dificilmente ela venha desacompanhada de outros "transtornos"[60].

Até praticamente o início da década de 1980, um dos diagnósticos mais utilizados para abrigar esses preocupantes e incômodos problemas das crianças era a chamada Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Essa terminologia surgiu, na verdade, para substituir o termo Lesão Cerebral Mínima (LCM), que havia sido estabelecido em 1947 pelos pesquisadores Alfred Strauss, Heinz Werner e Laura Lehtinen. Porém, como (mais uma vez) não conseguiram comprovar a presença de qualquer *lesão cerebral* que pudesse justificar a ocorrência de tais sintomas, em 1962, por ocasião de um simpósio internacional em Oxford/Inglaterra, médicos e pesquisadores que se dedicavam a estudar a etiologia neurológica desses problemas, entre outros, chegaram à conclusão de que o termo *Lesão* Cerebral Mínima deveria ser substituído pela denominação *Disfunção* Cerebral Mínima. Entretanto, ao optarem pela simples alteração dos termos, os pesquisadores demonstraram que não estavam colocando em questão a inconsistência de suas proposições, apenas encontraram uma forma de contornar a indispensável comprovação empírica das pesquisas produzidas no campo médico. Sem, no entanto, ultrapassar-lhe os limites, uma vez que, mesmo com a noção de disfuncionalidade, isto é, de distúrbio da função de um órgão, permaneciam circunscritos ao domínio da fisiopatologia.

Diversamente, portanto, de algumas dificuldades que podem decorrer de patologias neurológicas bem conhecidas e que afetam funções **cognitivas** (como, por exemplo, a *Síndrome de Down*, causada pela Trissomia do cromossomo 21), **sensoriais** (como a *Surdez*, que pode ser causada por Rubéola Congênita) e **motoras** (como a *Paralisia Cerebral*, que costuma ser provocada pela falta de oxigenação das células cerebrais), a ausência de um suporte anatomopatológico devidamente comprovado tornou-se uma característica admissível para essas categorias nosológicas que se referiam às

---

[59] Cf. MOYSÉS, M. A. A. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. *In*: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org). **Dislexia: subsídios para políticas públicas**. São Paulo: CRPSP, 2010, p. 11-23. (Caderno Temático 8).

[60] Não parece casual o fato do Déficit de Atenção (TDAH) ser o transtorno mais frequentemente associado à dislexia. Cogitamos que há pelo menos duas razões que podem explicar essa relação de comorbidade. Primeiro porque este diagnóstico costuma dispensar qualquer questionamento sobre possíveis dificuldades relacionadas à alfabetização, momento onde geralmente surgem esses problemas. Segundo porque com esta associação o problema de leitura e escrita, que poderia ser considerado um problema meramente pedagógico ou mesmo psicológico, que poderia ser solucionado no próprio âmbito escolar, passa a ser tratado como um problema médico, logo...

supostas causas orgânicas dos *distúrbios de aprendizagem*[61]. E no caso específico do diagnóstico de DCM, segundo Lima (2005), uma das razões que certamente contribuíram também para que ele tivesse uma rápida e expressiva aceitação – logo após ter sido anunciado – deve-se ao fato de que, além de assegurar que os problemas escolares permaneceriam alojados no interior do discurso médico, ele possibilitava também que pais, professores, escolas e demais instâncias competentes fossem poupados de se questionarem a respeito de inúmeros outros temas (familiares, pedagógicos, sociais etc.) essencialmente entrelaçados à educação das crianças.

Desse modo, apesar de ser apresentada como uma síndrome neurológica que comprometeria apenas o comportamento e a aprendizagem, áreas cuja avaliação sempre foi e continua sendo extremamente complexa; de estar baseada em critérios com limites pouco definidos, tais como: hiperatividade, agressividade, dificuldade de concentração (sem prejuízo da inteligência), distúrbios da fala, baixa tolerância a frustrações, entre outros; ou mesmo pela ausência total de sinais físicos ou alterações laboratoriais, portanto, de etiologia obscura ou apenas presumível (LEFÈVRE, 1975), nada disso foi suficiente para impedir que a DCM se tornasse, ao menos provisoriamente, a entidade nosológica mais apropriada para "explicar" a causalidade "natural" dos problemas escolares das crianças. Não obstante, tal prestígio não impediu também que suas inconsistências fossem claramente percebidas, tanto que, com um toque de humor, suas iniciais foram até trocadas, *e en lugar de DCM era CDM, es decir Confusión Diagnóstica Máxima* (VASEN, 2011, p. 60). Disso resulta que:

> considerada por muitos uma categoria diagnóstica imprecisa, que englobava situações clínicas diversas e por vezes discrepantes, a DCM paulatinamente foi sendo substituída por outras noções. As dificuldades em definir claramente seu substrato neurológico, entre outros fatores, fizeram com que essa entidade cedesse o lugar para categorias mais

[61] Para Moysés e Collares (1992) o que em parte explica esse posicionamento dos pesquisadores no campo da medicina é a aplicação do chamado "raciocínio clínico tradicional" a essas patologias cuja etiologia biológica sempre foi dificilmente demonstrável. Sua lógica, segundo as autoras, é relativamente simples: se A causa B, B só pode ser causado por A, e quando aplicada aos problemas escolares das crianças, poderia ser formulada da seguinte maneira: se uma doença neurológica pode comprometer a linguagem, bem como as funções cognitivas e motoras das crianças, então suas dificuldades escolares podem (devem) ter sido causadas por alterações neuropatológicas. Este raciocínio foi estruturado na origem da própria medicina como ciência, em meados do século XIX, época em que as doenças infectocontagiosas eram seu principal objeto de estudo. E embora muitas coisas tenham se modificado ao longo deste século e meio, talvez este tipo de raciocínio não tenha sido totalmente superado (MOYSÉS; COLLARES, *idem*).

> descritivas. Surgiam novos diagnósticos que abriam mão da expressão "lesão" ou "disfunção" cerebral em sua denominação e, embora sem dispensar uma postulação etiológica (em geral neurológica), enfatizavam a sintomatologia mais aparente e marcante (LIMA, *idem*, p. 65-66).

Como vimos em nosso segundo capítulo, entre o final da década de 1960 e início da década de 1970 houve todo aquele processo de transição dos referenciais psicodinâmicos rumo às formulações da chamada psiquiatria biológica, amparadas, sobretudo, no avanço das biotecnologias, das neurociências e da psicofarmacologia. Nesse sentido, os pesquisadores envolvidos na elaboração dos manuais diagnósticos de psiquiatria estavam empenhados em estabelecer critérios mais válidos e confiáveis para os quadros psicopatológicos em geral. É neste contexto, portanto, que a noção de DCM começou a declinar, embora suas frágeis hipóteses etiológicas e sua semiologia confusa não tenham sido totalmente desconsideradas. Mais uma vez o problema parecia estar na forma (nomenclatura) e não no conteúdo (pressupostos). De todo modo, além de deixar de lado expressões como "lesão" ou "disfunção", era preciso também estabelecer alguma delimitação entre os sinais e sintomas clínicos para que as diferentes categorias pudessem ser descritas de forma mais objetiva. Sendo assim, a reboque dessa intenção de instituir contornos mais bem definidos, os distúrbios da linguagem (afasia, dislalia, mutismo seletivo etc.) e os da aprendizagem (dislexia e discalculia)[62] começaram a ser separados do grupo de sintomas relacionados à hiperatividade e à falta de atenção.

Nesse sentido, antes mesmo de fazer parte dos vários sintomas da DCM a hiperatividade já era uma categoria descrita por outros pesquisadores no campo da psicopatologia. "Síndrome do impulso hipercinético", "Instabilidade psicomotora", "Síndrome hipercinética", "Síndrome da criança hiperativa", são alguns dos termos que foram utilizados ao longo do século XX para se referir àquelas crianças cujo excesso de atividade motora era sinal de um distúrbio neuropsiquiátrico que, além de prejudicar suas aprendizagens, sempre as tornava "incômodas e exaustivas para seus circunstantes" (LEFÈVRE, *idem*, p. 9).

Na segunda edição do DSM, publicada em 1968, é possível encontrar a categoria "Reação hipercinética da infância" (*Hyperkinetic Reaction of Childhood*).

[62] No DSM-5 (2014) os problemas relacionados à linguagem estão descritos no grupo dos "Transtornos da Comunicação", enquanto as categorias de dislexia (prejuízo na leitura e expressão escrita) e discalculia (prejuízo na matemática) estão incluídas no item "Transtorno Específico de Aprendizagem". Ambos na seção dos "Transtornos do Neurodesenvolvimento".

Entretanto, o termo *reação* representava a influência que as concepções psicanalíticas ainda exerciam sobre a compreensão do adoecimento psíquico, e como os psiquiatras da APA estavam cada vez mais determinados em afirmar a causalidade biológica de todos os quadros psicopatológicos, a possibilidade de entender estes sintomas da criança como uma "reação" causada por eventos de sua vida familiar e social – que não excluíam possíveis causas neurológicas – acabou não prevalecendo (LIMA, *idem*).

> A partir do final da década de 1970, a ênfase diagnóstica, até então centrada na hiperatividade, concentrou-se no sintoma da desatenção. (...) A entidade foi renomeada e o diagnóstico mais uma vez ampliado: o transtorno podia ocorrer com ou sem a presença do elemento hiperativo. Nessa mesma época, a pesquisa da atenção afirmava que toda patologia mental incluía em sua sintomatologia um déficit atentivo (CALIMAN, 2010, p. 50).

Foi no DSM-III, em 1980, que esses dois grupos de sintomas foram reunidos pela primeira vez em uma só entidade nosográfica, o DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção), que a princípio poderia ou não incluir a hiperatividade. Dessa forma, ao mesmo tempo em que essa nova categoria ampliava o alcance dos diagnósticos na infância, pois passava a incluir as crianças que não tinham qualquer sinal de hiperatividade, ela acabava alcançando principalmente as crianças que apresentavam problemas no "desempenho escolar".

Aos poucos começa ficar mais claro porque as alterações trazidas pelo DSM-III representaram o início de um processo que iria reconfigurar totalmente o cenário das psicopatologias da infância, tornando praticamente indissociáveis as *dificuldades de aprendizagem*, o *déficit de atenção* e a *hiperatividade*. Um processo motivado, em grande medida, pelos resultados obtidos, a partir da década de 1960, com o uso de psicofármacos (*dextroanfetamina* e *metilfenidato*) no tratamento dos sintomas da hiperatividade, tornando também indissociáveis o diagnóstico desse distúrbio com a indicação da terapêutica medicamentosa. Não por acaso, a partir da edição revista do DSM-III, publicada em 1987, o H, de hiperatividade, passou a fazer parte da sigla definitivamente. Afinal, como sugere Jerusalinsky (2011), "nada mais prático que atribuir um grande conjunto de sintomas a uma enfermidade (ou síndrome) cuja cura já conta, antecipadamente – supõe-se – com o medicamento apropriado" (JERUSALINSKY, *idem*, p. 231).

Surgia assim o DDAH (Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade), incluído em uma subclasse de distúrbios caracterizada por *comportamentos sociais diruptivos*. Que são, segundo o próprio Manual (1989), comportamentos frequentemente mais penosos para os outros do que para as pessoas que têm esses distúrbios (DSM-III-R, *idem*, p. 54). Suas características essenciais são a *desatenção*, a *hiperatividade* e também a *impulsividade* que, para justificarem o diagnóstico, deveriam se manifestar em mais de uma situação social e se mostrar excessivos nesses diferentes contextos. Não parece difícil, portanto, perceber que da mesma forma como ocorria em relação à DCM, este diagnóstico acabaria sendo aplicado àquelas crianças que incomodavam "seus circunstantes", sobretudo os adultos, pois assim, capturadas pelo discurso médico, elas poderiam receber um tratamento supostamente efetivo.

O fato de ter sido posto ao lado de quadros psicopatológicos (diruptivos) como o Distúrbio Oposicional Desafiante e o Distúrbio de Conduta, pode nos dar a impressão de que a hiperatividade e a impulsividade eram as características mais importantes do DDAH. Mas ao observarmos outras características de sua descrição nesta edição revista do DSM-III, vemos que há outros sintomas relacionados à (des)atenção tão importantes quanto. E entre eles, vamos encontrar justamente aqueles que, nos anos seguintes, terão contribuído para torná-lo um dos "distúrbios psiquiátricos" mais conhecidos nos contextos educacionais, substituindo de maneira definitiva a Disfunção Cerebral Mínima. No item "Características associadas", podemos ler: o sub-rendimento escolar é característico da maioria das crianças com este distúrbio. E, logo abaixo, no item que informa suas "complicações", lemos: o malogro escolar é a principal complicação (DSM-III-R, *idem*, p. 56).

Sendo assim, os contornos mais definidos que a APA procurou conferir a este distúrbio, bem como ao seu diagnóstico, nos permite ver também – nitidamente – como ele foi costurado sob medida para vestir (ou melhor, tratar) as crianças que manifestavam dificuldades para as aprendizagens escolares (desatentas) e para a conduta adequada nas diversas situações sociais (hiperativas e impulsivas). Convenhamos, dificilmente um diagnóstico com essas características não se expandiria. Pois é como se, após décadas de poucas certezas, as inúmeras formas de fracasso no processo de escolarização, um fenômeno reconhecidamente complexo e de grandes proporções,

sobretudo em países como o nosso (socialmente desiguais e educacionalmente excludentes), tivessem finalmente recebido uma explicação médica definitiva (PATTO, 2000; SOUZA, 2010).

Vale registrar também que o termo *transtorno* surgiu em 1995, quando da publicação do DSM-IV aqui no Brasil, no ano seguinte após sua publicação nos Estados Unidos. Nesta edição em português, tradutores e editores optaram por *transtorno* ao invés de *distúrbio*, embora no original, em inglês, o termo tenha permanecido o mesmo, *disorder*[63]. Foi a partir de então que o termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) passou de fato a ser utilizado entre nós. Em menos de uma década – e na companhia de diversos outros transtornos psiquiátricos – o TDAH já havia se disseminado e aos poucos passava a fazer parte do nosso vocabulário cotidiano, sendo cada vez mais conhecido e falado pelas famílias, pelas escolas e pelos demais profissionais da área da saúde e da educação[64].

Além dessas sucessivas mudanças em sua nomenclatura, o outro fator que contribuiu fortemente para a expansão do diagnóstico de TDAH foi sua associação direta ao uso terapêutico de um medicamento, o *cloridrato de metilfenidato*, um estimulante do sistema nervoso central, cuja marca mais conhecida no mercado é a Ritalina. Para Ortega *et al*. (2010):

> A indissociabilidade TDAH-ritalina, construída ao longo dos anos 1980 e 1990, fez com que a ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH necessariamente aumentasse o número das prescrições do metilfenidato. A expansão diagnóstica vem sendo repetidamente pleiteada pelas publicações científicas. A maior parte das pesquisas científicas reitera a preocupação com os casos limítrofes que não

[63] Do ponto de vista etimológico estes termos são praticamente equivalentes, os três se referem à *modificação ou perturbação da ordem*. Talvez o único elemento que permita diferenciá-los é que o termo *transtorno*, segundo o Houaiss (2001), significa também "leve perturbação orgânica", portanto, algo mais próximo do vocabulário médico. Não obstante, como vimos no capítulo anterior, quando se trata de um *transtorno mental* essa perturbação orgânica é praticamente indetectável. E no caso dos transtornos diruptivos, como o próprio nome diz, fica ainda mais evidente sua conotação social (moral). Portanto, como vimos, são problemas sociais sendo tratados como se fossem problemas médicos, ou seja, sendo patologizados. A propósito, pode-se ler um comentário muito interessante sobre como o termo *disorder* acabou tornando-se uma espécie de parâmetro para avaliarmos as mudanças ocorridas nos campos psiquiátrico e psicopatológico desde a publicação do DSM-III em: PEREIRA, M. E. C. O DSM e a crise da psiquiatria. **Revista CULT**, Dossiê, São Paulo, ano 16, v. 184, p. 38-45, outubro de 2013.

[64] "A disseminação dessa concepção pela mídia, escolas, grupos de pais e portadores e pela literatura destinada aos leigos vai impregnando a cultura e, num contexto social favorável, ganha potência e poder de convencimento, ajudando indivíduos a redescreverem suas experiências pessoais e as condutas de seus filhos." (LIMA, 2005, p. 97).

> preenchem os critérios diagnósticos para TDAH, e recomenda a expansão dos critérios diagnósticos. Pois, (...) com a ampliação dos critérios para a inclusão diagnóstica, amplia-se, por consequência, o uso de medicamentos recomendados para o tratamento da patologia diagnosticada (ORTEGA *et al*., *idem*, p. 501).

Podemos perceber, portanto, que de fato outro cenário começava a se constituir, pois se até pouco tempo antes aquelas crianças que manifestavam esses vários tipos de problemas ligados às aprendizagens e aos comportamentos – excluídas aquelas que tinham de fato alguma "deficiência" – costumavam ser vistas como inquietas, distraídas, desinteressadas ou até mesmo "incapacitadas", e apenas em casos excepcionais recebiam um diagnóstico médico como DCM; a partir do momento em que os manuais psiquiátricos foram publicando essas novas nomenclaturas, baseadas em parâmetros supostamente científicos, elas passaram então a ser notadas cada vez mais como portadoras de um transtorno (neuro)psiquiátrico, e quando eram assim diagnosticadas, quase sempre passavam a receber um tratamento medicamentoso.

Não obstante, segundo Vasen (2011), um dos problemas que surge com a disseminação do TDAH, bem como de seu tratamento correspondente, é que os principais sintomas que caracterizam este transtorno, isto é, a desatenção, hiperatividade e a impulsividade

> não são sinônimos excludentes desse "quadro", mas estão entre as condutas mais globais e generalizadas que se vê na infância e adolescência de nossa cibernética e acelerada modernidade tardia. Pode-se observá-las em praticamente todas as crianças durante certas etapas de sua vida (especialmente a primeira infância e adolescência) e, sob certas condições, em outras etapas da vida que incluem stress, tédio, entusiasmo e outras emoções semelhantes. Uma criança pode ser hiperativa, desatenta ou impulsiva porque está deprimida, é ansiosa, é ou foi abusada, é muito criativa, as tarefas escolares a aborrecem, não sabe ler ou tem um temperamento difícil, entre vários outros fatores (VASEN, *idem*, p. 58, tradução nossa)[65].

---

[65] *no son sinónimos excluyentes de ese "cuadro", sino que se cuentan entre conductas más globales y generalizadas que se ven en la niñez y la adolescencia de nuestra cibernética y acelerada modernidad tardía. Se las puede observar en prácticamente todos los niños durante ciertas etapas de su vida (especialmente en la primera infancia y adolescencia) y, bajo cierto tipo de condiciones, en otras etapas de la vida que incluyen estrés, aburrimiento, entusiasmo y otras emociones semejantes. Un chico puede ser hiperactivo, desatento o impulsivo porque está deprimido, es ansioso, es o fue abusado, es muy creativo, lo aburren las tareas escolares, no sabe leer o tiene un temperamento difícil, entre una multitud de otros factores* (VASEN, *idem*, p. 58).

Por isso não deveríamos estranhar ou mesmo nos surpreender quando, em diversas ocasiões e sem a utilização de qualquer instrumento de avaliação, diante de uma criança um pouco mais agitada e inquieta que as demais, alguém diga: "essa criança deve ser hiperativa", ou ainda, diante daquela que parece constantemente distraída ou com fraco desempenho escolar, perguntem: "será que ela não tem déficit de atenção?". Em outras palavras, a ampla divulgação do TDAH o tornou tão conhecido quanto impreciso, e uma das consequências dessa banalização é a quantidade, nada desprezível, dos diagnósticos chamados falso-positivos[66], isto é, aqueles que identificam este (ou qualquer outro) transtorno em quem de fato não o tem. Deixando de lado, muitas vezes, esses outros tantos fatores (clínicos) dos quais nos fala Vasen (*id.*).

De qualquer forma, como dissemos anteriormente, não tínhamos a intenção de fazer neste capítulo um estudo aprofundado sobre o TDAH ou sobre sua "história oficial", como propõe Caliman (2010), tampouco pretendíamos nos ocupar com as inúmeras controvérsias que o envolvem, até porque já existe uma extensa literatura sobre o assunto. Nosso objetivo, no entanto, era demonstrar como esta sigla tornou-se, sobretudo nas duas últimas décadas, uma espécie de significante-mestre cuja função seria esclarecer definitivamente não poucos impasses educativos que experimentamos em nosso cotidiano junto às crianças, além, é claro, de indicar-lhes a solução. Em suma, a partir das questões aportadas pela pesquisa estamos cada vez mais convencidos de que o processo de patologização e medicalização da infância contemporânea passa necessariamente pela propagação do diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em nossa cultura[67], especialmente nos contextos escolares, sem excluir, obviamente, outras questões tão relevantes que têm contribuído para isto.

---

[66] Cf. RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. Polêmicas à parte, há um dado que merece ser registrado, pois pode estar diretamente relacionado ao considerável aumento desses diagnósticos psiquiátricos ditos falso-positivos. "Em 28 de julho de 2010, a agência de notícias Reuters deu a conhecer a resposta que o *Royal London College of Psychiatric*s endereçara ao grupo de psiquiatras que, nos EUA, está encarregado de revisar e corrigir o DSM-IV para a edição do DSM-V. (...) Esta resposta foi originada por uma consulta na qual o grupo norte-americano solicita de seus colegas britânicos opiniões e recomendações surgidas na aplicação do DSM-IV desde 1994 (ano de sua publicação) até a atualidade. Nela, os psiquiatras ingleses manifestam que a aplicação do DSM-IV tem produzido ao menos três epidemias falsas: 1) O Transtorno Bipolar; 2) o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; e 3) o Autismo Infantil" (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011, p. 10).

[67] Devemos lembrar também que, além do TDAH, há outros transtornos descritos pelo DSM-5 que têm participado deste processo de medicalização da infância, ou seja, têm sido associados ao tratamento medicamentoso das crianças. Entre eles o Transtorno do Espectro Autista (TEA – termo que nesta última

Além dos antecedentes históricos, das transformações culturais e das determinações econômicas às quais vimos a emergência deste fenômeno contemporâneo profundamente atrelada, estamos considerando que ele também nos fala algo sobre nossa vida cotidiana com as crianças, quer dizer, ele possivelmente representa uma dentre as várias questões importantes sobre como estamos, nos dias atuais, educando as novas gerações. Lajonquière (2010) nos lembra que: "em se tratando de crianças, o assunto diz respeito inexoravelmente a nossos sonhos, medos e esperanças relativos ao mundo do amanhã" (LAJONQUIÈRE, *idem*, p. 36). Portanto, do ponto de vista da psicanálise, este fenômeno não poderia deixar de estar também inserido neste amálgama de anseios e temores que nós adultos, desde a aurora da modernidade, nutrimos a respeito da infância como legítima representante do porvir.

Nesse sentido, a partir desta perspectiva psicanalítica, uma das primeiras questões que podemos ponderar a este respeito é que quando estamos falando sobre a patologização e medicalização da infância, estamos nos referindo àquelas crianças cujas formações sintomáticas de algum modo frustram nossas expectativas (narcísicas e inconscientes) em relação a elas. Segundo Vorcaro (2011),

> ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecida pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnostica (...) Em última instância, o diagnóstico psiquiátrico propõe *compreender* a realização insistente do que é, na criança, irreconhecível pelo ideal parental e, mais ainda, *indicar terapêuticas* que, reconduzindo-a à normalidade ou adaptando-a, possam aliviar o mal-estar que a infância produz para o projeto social e, assim, sustentá-lo (VORCARO, *idem*, p. 221, grifos do autor).

TDAH ou sintomas da infância?

Paralelamente a essas questões propriamente educativas, que concernem ao reconhecimento dos saberes parentais e pedagógicos sobre a criança, outra questão que nos

---

edição reúne o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento), e o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Podemos acompanhar, a título de exemplo, as considerações (teóricas e clínicas) sobre o caso de um pequeno paciente que chegou a receber cinco diagnósticos psiquiátricos diferentes e a tomar três medicamentos em: UNTOIGLCH, G. **Versiones actuales del sufrimiento infantil: una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

pareceria interessante também seria abrirmos aqui um pequeno espaço apenas para ilustrar como esses sintomas que caracterizam o TDAH podem ser escutados e compreendidos no âmbito da clínica psicanalítica. Pois, ao contrário de uma clínica médica (psiquiátrica ou de outra especialidade) orientada pelo DSM, que não parece estar muito interessada nas questões etiológicas ou biográficas relacionadas a esses sintomas, uma vez que trabalha com a hipótese de uma causalidade neurológica, mas sim, como diz Vorcaro (*id.*), em reconduzir ou adaptar a criança a uma suposta "normalidade", ao psicanalista interessa interrogar as razões que podem ter levado aquela determinada criança, com nome e sobrenome, a produzi-los.

Se, como vimos no capítulo anterior, para a psiquiatria (dita biológica) esses conjuntos de sintomas que configuram os *transtornos* descritos pelos manuais decorrem de um suposto desequilíbrio na atividade dos neurotransmissores, com uma participação relativamente discreta e não determinante dos chamados *fatores ambientais*[68], para a psicanálise, desde sua origem, os sintomas não têm apenas causas, eles têm também *sentido*. Portanto, para poder compreendê-los de fato é preciso dar a palavra ao sujeito que o sofre, e no caso das crianças, além de sua palavra, que importa muito, a palavra do adulto tem um peso fundamental no processo da análise, a começar pelo discurso parental, pois este poderá revelar o lugar que a criança ocupa naquilo que Freud chamou de novela familiar[69].

Vale registrar ainda, que este sentido, postulado pela psicanálise, escapa totalmente a um contexto clínico que se baseia em questionários do tipo *checklist*[70] empregados para identificar as características semiológicas dos sintomas que a criança

---

[68] "Fatores ambientais" é o termo que a medicina costuma utilizar para se referir aos agentes exógenos, isto é, não corporais/genéticos que atuam ou interferem sobre um determinado estado patológico. No caso dos transtornos mentais eles têm um papel relevante, porém não são considerados determinantes dos quadros patológicos. Para Lima (2005) "Quanto mais recusam o poder da cultura na determinação dos comportamentos patológicos, mais o TDA/H e seus engenheiros tornam-se perfeitos representantes do panorama cultural da contemporaneidade. Esvaziados o campo da tradição e da política, ou seja, os registros nos quais referenciais coletivos serviam de bússola para a constituição de si e do mundo, o corpo e a biologia tornam-se abrigo onde buscar o sentido perdido de identidade" (LIMA, *idem*, p. 96).

[69] FREUD, S. La novela familiar de los neuróticos. (1909 [1908]), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 9, Buenos Aires, Amorrortu editores, tercera reimpresión, 1993.

[70] O DSM propõe um questionário desse tipo como critério para o estabelecimento do diagnóstico de TDAH. Composto por 18 questões, sendo as 9 primeiras elaboradas para o diagnóstico de *desatenção* e as 9 restantes para os diagnósticos de *hiperatividade* e *impulsividade*. A persistência por pelo menos seis meses de seis (ou mais) sintomas descritos por este questionário serve de parâmetro clínico (muitas vezes exclusivo) para a determinação do diagnóstico. Cf. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association]. – 5ª. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

manifesta, contando, neste caso, com indispensável "objetividade" do adulto que os enuncia. De qualquer forma, parece que as coisas não mudaram muito *nesse sentido*, pois em uma de suas *Conferências introdutórias de psicanálise*, proferidas há quase um século, Freud (1994 [1916-17) já afirmava: "A psiquiatria clínica faz muito pouco caso sobre a forma de manifestação e conteúdo do sintoma individual, mas a psicanálise parte justamente daí e foi a primeira a comprovar que o sintoma é rico em sentido e se entrelaça à vida do paciente" (FREUD, *idem*, p. 235, tradução nossa)[71]. Esta breve passagem do texto freudiano deixa claro, portanto, que não devemos abordar os sintomas de maneira isolada, separando-os da vida do sujeito (criança ou adulto) que os manifesta.

Sendo assim, recortamos apenas dois pequenos fragmentos que são absolutamente fundamentais para orientar uma clínica que pretende escutar algum sentido para além dos sintomas manifestados pelas crianças[72]. O primeiro é de Lacan (2003), onde podemos ler na famosa carta endereçada à psicanalista Jenny Aubry, e posteriormente publicada com o título *Nota sobre a criança*, o seguinte:

> Na concepção elaborada por Jacques Lacan, **o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar**.
>
> O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica – se define, nesse contexto, como representante da verdade.
>
> O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Esse é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a nossas intervenções (LACAN, *idem*, p. 369, grifos nossos).

O outro, certamente inspirado neste, é uma passagem lapidar de Maud Mannoni, em seu livro *A primeira entrevista em psicanálise*, no qual a autora nos fala exatamente sobre como, no âmbito da clínica psicanalítica, essas dificuldades (não apenas) escolares das crianças deveriam ser analisadas e compreendidas no interior das relações

---

[71] *La psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del sintoma individual, pero que él psicoanálisis arranca justamente de ahí y há sido el primero en comprobar que él síntoma es rico en sentido y se entrama com el vivenciar del enfermo* (FREUD, *idem*, p. 235).

[72] Não devemos esquecer que o caso *princeps* da clínica psicanalítica com crianças é o caso que ficou conhecido como "*Pequeno Hans*", que Freud relatou, embora não como analista, mas como uma espécie de supervisor do pai do menino, que fazia algumas anotações e levava a Freud para que as "interpretasse". Este caso serviu de inspiração e fundamentação para todos os psicanalistas que se empenharam em estender a clínica psicanalítica ao sofrimento psíquico na infância. (Cf. FREUD, S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. [1909], en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 10, Buenos Aires, Amorrortu editores, quarta reimpresión, 1993).

familiares, especialmente no que se refere às fantasias inconscientes que permeiam essas relações. Vale a pena ressaltar, a título de reflexão, que este livro foi publicado na França em 1965.

> Uma alta porcentagem de consultas é motivada, ao que parece, por "distúrbios escolares".
>
> Se existem dificuldades escolares de origem puramente pedagógica[73] – também não deixa de ser verdade que esse sintoma encobre quase sempre *outra coisa*. É não entendendo ao pé da letra o pedido dos pais que o psicanalista permitirá que a porta se entreabra para o campo da neurose familiar, dissimulada, fixada no sintoma de que a criança se torna o apoio.
>
> O interrogatório dos pais, a entrevista com a criança, visam essencialmente, numa primeira etapa, a um exame do diagnóstico elaborado e trazido pela família.
>
> A cada vez é imposta a mim a mesma questão: Que há, pois, de não comunicável em palavras, que se imobiliza, se fixa num sintoma? (MANNONI, 1981, p. 35, grifos do autor).

Nesta breve passagem, Mannoni demonstra claramente a importância de ultrapassarmos o sintoma, em sua representação isolada e descontextualizada, tal como um signo, se quisermos de fato alcançar a verdade (significante) que ele encobre. Mesmo sabendo que esta verdade, por ser mais ou menos incômoda, é justamente aquilo que o sintoma acaba silenciando. A propósito, seria interessante também aproveitarmos este momento para esclarecermos uma questão que costuma gerar uma série de mal-entendidos

---

[73] É interessante destacar esta questão trazida pelo texto de Maud Mannoni, porque hoje em dia parece cada vez mais difícil escutar alguém dizendo que as dificuldades de aprendizagem das crianças *podem* ter, entre outras, uma *origem pedagógica*. E não estamos nos referindo aqui ao chamado "reforço escolar", recurso frequentemente utilizado para recuperar e melhorar o desempenho das crianças em determinadas matérias. Estamos falando das dificuldades que, por serem persistentes, costumam prejudicar o processo de escolarização de maneira significativa. Diante desta percepção, deixo aqui duas perguntas que me parecem importantes e que não deveríamos deixar de fazer: até que ponto o contexto escolar, *lato sensu*, poderia estar implicado no surgimento e até mesmo na manutenção dessas dificuldades? Ou ainda, será que a desconsideração desta possibilidade não seria mais um efeito do processo que estamos investigando? Aos leitores e leitoras interessados/as em manter esta discussão, sugiro os textos: VOLTOLINI, R. A Síndrome da D'Existência: o educador em tempos de fracasso. *In*: MARIGUELA, M.; CAMARGO, A. M. F.; SOUZA, R. M. (orgs). **Que escola é essa?: anacronismos, resistência e subjetividades**. Campinas/SP: Editora Alínea, 2009 – e – LIMA, C. M.; SILVA, C. L. O que faremos com o que fizemos da educação? *In*: GOMES, V. R. D.; OLIVEIRA, S. F. (orgs.) **Educação e Cidadania: Reflexões sobre ética e alfabetização**. Taubaté/SP: Cabral Editora, 2005.

e que ultimamente tem se manifestado num claro movimento de resistência em relação ao tratamento psicanalítico dessas e outras dificuldades das crianças[74]. O fato de que a clínica psicanalítica, especialmente a de orientação lacaniana, considera imprescindível a presença e a palavra das figuras parentais no tratamento das crianças, não significa que se está propondo com isto atribuir-lhes culpa ou mesmo uma responsabilidade consciente e deliberada sobre o sintoma – e talvez esteja aí a complexidade da qual nos fala Lacan. Mas significa, isto sim, pressupor que o sintoma manifestado pela criança foi produzido no bojo dessas relações que são estruturantes de sua subjetividade. E é justamente por isso que, de um ponto vista psicanalítico, educação e constituição subjetiva são termos equivalentes.

Portanto, quando Mannoni pergunta sobre o que não é comunicável em palavras, é extamente porque isso nos remete à chamada "fantasmática parental", isto é, à dimensão inconsciente das figuras parentais em causa na formação do sintoma da criança. Talvez isso explique porque os pais, mas também os adultos em geral, sabem, *sem (querer) saber*, que estão implicados no sintoma de "suas" crianças. Em suma, a clínica psicanalítica não tem por objetivo estabelecer qualquer juízo sobre essas questões, apenas ser *um lugar aberto à palavra*, de forma a proporcionar as condições para que este "não-sabido" do desejo parental possa vir a ser enunciado, produzindo, assim, efeitos sobre o sintoma.

Seguindo, então, essas coordenadas fornecidas pela psicanálise, escolhemos alguns breves comentários a respeito das possibilidades de compreensão da clínica psicanalítica em relação aos sintomas que as crianças apresentam e que a psiquiatria diagnostica como TDAH. Em um deles, podemos ler:

> Como instrumento de trabalho, na clínica psicanalítica, só temos a transferência como o meio que permite orientar o sujeito para acreditar no inconsciente e se colocar num trabalho de decifração ou, quando isso não é possível, num trabalho de cifração do seu sintoma. É na transferência

---

[74] O *Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública* é um coletivo formado por profissionais da saúde mental, psicanalistas e educadores que foi constituído, em 2013, para fazer frente a esse processo que tem tentado impedir ou criar dificuldades aos profissionais orientados a partir da psicanálise a atuarem junto aos serviços de saúde pública no atendimento de crianças autistas. Esta, aliás, é uma questão muito importante na atualidade, sobretudo para aqueles que praticam a psicanálise. Para ter acesso ao vasto e valioso material (artigos, entrevistas, vídeos etc.) produzido pelos colaboradores deste coletivo, o endereço é: http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com

> que o sujeito embaraçado e angustiado com o gozo[75] que o agita poderá depositar essa carga em um outro que se oferece para isso e dar lugar para que esse gozo possa ser circunscrito. Além disso, esses casos nos demandam um manejo da transferência junto à escola e à família para que o sujeito tenha o tempo de construir uma organização do gozo que possibilite que ele possa responder, de uma nova maneira, ao que aparece como dificuldades com o saber, o corpo e o pensamento (DRUMMOND, 2013, p. 106).

É interessante notar que, além do manejo da transferência na esfera da clínica, a autora sinaliza para a importância de o psicanalista envolver, além da família, e na medida do possível, a escola neste processo, para que a criança tenha um tempo (lógico, mas também cronológico) para se desvencilhar do gozo que a repetição incessante do sintoma representa. E o faz no sentido de intervir sobre as demandas que esses adultos endereçam à criança e que estão, de algum modo, ligadas ao sintoma. Em outras palavras, além do trabalho terapêutico que será desenvolvido em análise a criança sempre precisará contar com os adultos, especialmente seus professores, para que evitem estigmatizá-la e a ajudem a encontrar alguma saída em relação aos sintomas que atrapalham sua aprendizagem e/ou seus relacionamentos interpessoais no contexto escolar.

Para Tendlarz (2013), em função de sua suposta objetividade, o diagnóstico de TDAH acaba não dizendo nada a respeito da conjuntura subjetiva da criança, isto é, do que de fato se passa com ela, como também não diz nada sobre "sua relação com a aprendizagem, nem, sobretudo, acerca de um corpo que palpita por fora do limite simbólico" (*Idem*, p. 53). Por conta dessas limitações que caracterizam o diagnóstico baseado no DSM, a autora propõe uma possibilidade de compreensão psicanalítica dos sintomas de desatenção e agitação motora. Ela afirma:

> A dificuldade, na operação de *separação*, na criança chamada "hiperativa", retorna no real do corpo, na forma de uma agitação maníaca, que traduz, segundo a justa expressão de Lacan, "a insurreição do objeto *a*". A falha simbólica dá lugar ao excesso que se deposita no

[75] "Lacan estabelece uma distinção essencial entre o prazer e o gozo, residindo este na tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer. Esse movimento, ligado à busca da coisa perdida no lugar do Outro, é causa de sofrimento; mas tal sofrimento nunca erradica por completo a busca do gozo" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 300). E em outra *Conferência introdutória*, mais precisamente na 28ª., Freud nos mostra de que forma o neurótico investe sua libido no sintoma, para extrair daí uma satisfação substitutiva (gozo?), isso nos ajuda a entender porque o sujeito, mesmo que este lhe cause sofrimento, não renuncia facilmente a seu sintoma. (FREUD, 1994 [1916-17]).

> corpo, impedindo que a criança mantenha sua atenção ou que possa deter-se o tempo suficiente para concluir suas tarefas.
>
> "Podes perder-me?", parafraseia Lacan o dizer da criança para nomear a operação lógica de separação. A verdadeira perda, então, não se refere tanto à atenção nem à inquietação da atividade. Ao contrário, é o retorno no corpo de uma desordem simbólica.
>
> A psicanálise convida a dirigir-se ao sujeito, um por um, para que seu sofrimento encontre uma saída que lhe seja própria, por fora do que falta ou do que sobra (TENDLARZ, *ibidem*).

Nesta perspectiva, portanto, a hiperatividade poderia ser entendida como uma desordem simbólica que retorna ao corpo, agitando-o. E essa agitação, quando excessiva, costuma dificultar ou impedir que a criança se detenha pelo tempo necessário para manter a atenção sobre um determinado objeto, condição necessária da aprendizagem. Assim sendo, poderíamos então considerar que quando há muita atividade, só pode haver pouca atenção. Isso talvez nos ajude a entender também porque, embora diferentes, estes sintomas são praticamente indissociáveis, especialmente para aqueles que se orientam pelo DSM. Não obstante, se uma criança hiperativa quase sempre tem problemas com a atenção, nem sempre uma criança desatenta é hiperativa, ou mesmo impulsiva. Há, portanto, diferença entre esses sintomas, e devemos estar atentos a *isso*[76]. A propósito, diante da pergunta: o que é um déficit de atenção? Jerusalinsky (2003) responde:

> É não saber a que dirigir a percepção. Um déficit de atenção é não poder dar continuidade ao *perceptum*, não poder produzir no *perceptum* um ato de nominação que lhe dê extensão simbólica. Se não tem extensão simbólica é porque este objeto não chega ao Outro, não passa pelo campo do Outro, carecendo assim de significação. É por isso que a criança não persiste. Nas crianças que apresentam déficit de atenção e hiperatividade é clinicamente comprovável que a extensão simbólica está reduzida e achatada sobre a coisa (JERUSALINSKY, comunicação pessoal, *idem*).

Em Vasen (2011), encontramos uma resposta não muito diferente, em que reafirma a impossibilidade de pensarmos o sintoma da criança como um fenômeno separado de sua relação com o outro/Outro e de sua singularidade.

---

[76] Em referência ao inconsciente (freudiano), que não apenas está em causa na formação do sintoma, como também permite ao psicanalista reconhecer aquilo que é absolutamente singular em relação ao sujeito que o manifesta.

> Não há quem "não atenda" de forma absoluta. Há, sim, diferentes perturbações da atenção e diferentes modos de atender e investir o campo da realidade, assim como de desatender e desinvestir este espaço. Esta possibilidade de investir, ou não, a atualidade [ao momento presente] se relaciona de forma direta com a história singular das marcas libidinais de cada um. Se, por exemplo, a uma criança é vedada a possibilidade de interrogar certas questões acerca de sua origem, ou se está passando por uma situação de luto, ou se vivenciou situações de violência, ou se está insegura em relação ao amor dos outros, é provável que não tenha disponibilidade para atender ao que a escola está lhe exigindo nesse momento (VASEN, *idem*, p. 63, tradução nossa)[77].

Podemos notar então que, do ponto de vista da psicanálise, tanto a desatenção quanto a hiperatividade (etc.) podem "*responder a diferentes determinaciones. Son un efecto, un síntoma, que, en sí mismos, no explican nada*" (JANIN, 2013, p. 239). Desse modo, além de demonstrar que no contexto da clínica psicanalítica esses sintomas podem encontrar sentidos outros – irredutíveis, a nosso ver, ao diagnóstico de TDAH – esses breves comentários demonstram também que todos eles são constituídos, e expressados, no interior das relações entre a criança e os adultos que, em casa ou na escola, são chamados a responder por sua educação. Isso posto, não parece difícil entender porque, quando falamos da infância e suas dificuldades, seus impasses, enfim, seus sintomas, estamos de alguma maneira transitando nessa zona fronteiriça entre as questões clínicas e as questões propriamente educativas. Consequentemente, é também neste território, de narrativas ao mesmo tempo confluentes e conflitantes, que está situado o processo de patologização e medicalização da infância contemporânea.

A infância medicalizada como um "sintoma" do nosso tempo

Mas afinal, o que este processo nos fala a respeito de nossa vida cotidiana com as crianças hoje? Quer dizer, com essas crianças – mais ou menos "fora do ponto" (LAJONQUIÈRE, 2010) – que costumam não corresponder às nossas expectativas

---

[77] *No hay quien "no atienda" en absoluto. Hay, sí, diferentes perturbaciones de la atención y diferentes modos de atender e investir el campo de la realidad, así como de desatender y desinvestir dicho espacio. Esta posibilidad de investir, o no, la actualidad se relaciona en forma directa con la historia singular de las marcas libidinales de cada uno. Si, por ejemplo, un niño tiene vedada la posibilidad de interrogar ciertas cuestiones acerca de su origen, o si está atravesando una situación de duelo, o si ha vivenciado situaciones de violencia, o si está inseguro con relación al amor de los otros, es probable que no tenga la disponibilidad para atender a lo que la escuela le está exigiendo en ese momento* (VASEN, 2011, p. 63).

parentais, pedagógicas etc.? Até porque, quando o assunto é patologização e medicalização da infância, estamos quase sempre nos referindo àquelas crianças que não têm atenção (àquilo que deveriam ter), que se distraem com qualquer coisa, que não querem escutar o que os adultos falam, que se mostram desinteressadas em relação à aprendizagem escolar, que demoram a aprender ou que aprendem mal. Crianças que são muito agitadas, inquietas, que se machucam com alguma frequência, que não controlam sua ansiedade, que lidam mal com suas frustrações, ficam impacientes, que não obedecem, desafiam as ordens, estão sempre provocando os outros, que não têm limites etc., etc. Enfim, estes são apenas alguns exemplos *desses sintomas* que *essas crianças* nos oferecem e que costumam nos deixar preocupados, cansados, incomodados.

Não obstante, além dos aspectos clínicos relativos aos sintomas da/na criança, vistos a partir de uma perspectiva psicanalítica, seria interessante também pensarmos o fenômeno da medicalização (da sociedade, da infância etc.) como um dos fenômenos mais emblemáticos de nossa atualidade[78], como uma espécie de *sintoma do nosso tempo*. E no caso específico do campo educativo, como poderemos observar, como um recurso a mais na tentativa de "remediar" os efeitos (in)desejados de nossas demandas educativas. Lajonquière (*id.*) nos fala de três "lugares" que a criança pode ocupar frente a essas demandas endereçadas pelo adulto. O lugar do **estrangeiro**, do **selvagem** e do **extraterrestre**. Esta proposição nos parece uma chave de leitura muito fecunda para pensarmos o lugar que *essas crianças*, cujos sintomas têm sido cada vez mais patologizados e medicalizados, ocupam na cena educativa contemporânea. Será preciso, no entanto, esclarecermos algumas questões de ordem conceitual para podermos apreender melhor seu alcance argumentativo no interior de nossas reflexões.

Educar, diz o autor, "é colocar em circulação marcas simbólicas, significantes que possibilitem à criança que os apreende o usufruto de um lugar a partir do qual o desejo seja possível" (LAJONQUIÈRE, *idem*, p. 149). Isso significa que o adulto, na posição de educador, deve endereçar à criança uma palavra que a permita encontrar um lugar, de enunciação, em uma história que a precede. Mas pressupõe também, e de modo paradoxal, que ele denegue (inconscientemente) sua própria demanda educativa. Isto é, uma educação se torna possível – no sentido de produzir efeitos subjetivantes sobre o

[78] Cf. BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

infans[79] – na medida em que o adulto reconhece que entre aquilo que ele demanda que a criança apre(e)nda e como ela fará isso, há uma diferença radical que (in)felizmente nenhuma ciência pedagógica poderá apagar e nenhuma ciência médica poderá remediar. Como podemos ver, as coisas não estão dadas de antemão para a criança, ela precisa de alguma forma conquistá-las, ou melhor, tomá-las para si. Ao adulto, por sua vez, cabe a tarefa de ensiná-las. Além de ser uma travessia sinuosa, para ambos, às vezes pode-se deparar com obstáculos difíceis de contornar. Acompanhemos as palavras do autor:

> a chegada de um pequeno ser implica sempre uma reacomodação do mundo de seus pais, pois instala uma diferença estrangeiro/familiar que, feita tensão temporal, causará o "devir adulto". Todo adulto quando se dirige a uma criança lhe demanda deixar para trás a condição estrangeira de *infans* (...) No entanto, por vezes, e disso estamos certos, uma educação pode não avançar em seu desdobramento, entrando num impasse sem saída quando a criança passa a ter dificuldades, ou a entrar em dificuldades no processo de *filiação simbólica* ou *familiarização*. (...) Dessa forma, a figura do estrangeiro disposto a se transformar em mais um familiar acaba por ceder lugar ao selvagem ou ao extraterrestre (LAJONQUIÈRE, *idem*, p. 209-218, grifos do autor).

À medida que os pais conseguem desdobrar essa diferença que a criança (*infans*) instala ao chegar, e que os remete ao estrangeiro que habita em si mesmos (*infantil*), então a criança vai aos poucos deixando de ser estranha para se tornar mais e mais familiar. Vai ficando, como se diz, com a "cara da família". Educar representa, portanto, desdobrar essa diferença ao longo do tempo (o tempo da infância). Mas isso implica também que o adulto possa se ver ao olhar nos olhos da criança, em outras palavras, é necessário que ele invista sua libido narcísica na produção dessa semelhança (familiar). *His majesty the baby*, diz Freud em *Introducción del narcisismo* (1993 [1914]), para se referir ao lugar que o narcisismo parental coloca a criança, e com o qual ela se *identifica*. Lacan (1998) dá a este processo o nome de *Estádio do espelho*[80], condição

[79] Expressão de origem latina que significa: aquele que não fala. Do ponto de vista da psicanálise lacaniana, seria esta a característica mais importante da criança (bebê) nos primeiros anos de vida. Isso porque, a partir do momento em que começa a pronunciar suas primeiras palavras ela estará demonstrando que o processo educativo ao qual está submetida está produzindo seus efeitos, ou seja, ela está encontrando um lugar (como falante) no campo da palavra e da linguagem. Embora, como estamos vendo, nada esteja garantido *a priori*.

[80] Cf. LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

necessária para que a criança dê seus primeiros passos em direção à dialética edipiana[81], onde deverá passar pela experiência humanizante da *castração*.

Entretanto, se os adultos não tiverem condições de reconhecer e desdobrar essa diferença, isto é, se a criança traz consigo alguma marca ou característica que a torne irreconhecível, pode ocorrer desta travessia ficar mais complicada, e seus peculiares reveses podem se traduzir em verdadeiros impasses. Tornando, assim, sua educação, como afirma o autor, um *fato de difícil acontecimento*. As figuras do selvagem e do extraterrestre seriam, então, a representação dessa impossibilidade do adulto em acolher (e metaforizar) o retorno dessa diferença. "Ambos são o avesso da suposta mesmice do 'nós mesmos'. Nem um nem outro podem habitar o mesmo mundo do sujeito que se ilude ser idêntico a si mesmo" (LAJONQUIÈRE, *idem*, p. 215). É como se tivéssemos aí uma espécie de curto-circuito dos referenciais narcísicos do adulto, capaz de dificultar que ele denegue sua demanda educativa e, consequentemente, coloque a criança em dificuldades para encontrar um (seu) lugar nessa história.

Do estranho que vai adquirindo feições cada vez mais familiares àqueles que não se parecem (quase nada) conosco. É nesta báscula – que oscila entre um polo e outro do dispositivo educativo – que o autor nos convida a pensar o (des)encontro que sempre experimentamos quando as crianças chegam ao mundo. Animados pelo desejo (quer dizer, iludidos) de reencontrarmos a chave para o enigma de nossa infância perdida, a cada chegada (esperada ou inesperada), não temos como escapar às velhas perguntas: de onde elas vêm? O que terão para nos contar? A resposta de fato sonhada para o enigma seria que nos contassem sobre a criança que (não) fomos para os adultos da nossa história. E mesmo que elas não nos tragam essa resposta, por isso a ilusão[82], continuaremos esperando, mas enquanto isso vamos, ao mesmo tempo, tecendo uma infância e inventando uma educação. Que poderá, no entanto, ser mais ou menos difícil de acontecer, dependendo de como recebemos esses pequenos seres que acabaram de chegar[83].

Por exemplo, em relação ao **estrangeiro**, por mais dessemelhantes que pareçam suas narrativas, gostamos de ouvi-las, afinal sempre haveremos de encontrar

---

[81] Cf. FREUD, S. El sepultamiento del complejo de Edipo. [1924], en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 19, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1993.

[82] Cf. FREUD, S. El porvenir de una ilusión (1927), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 21, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1994.

[83] Segundo Hanna Arendt, "a essência da educação é a natalidade, o fato de que seres *nascem* para o mundo" (ARENDT, 2009, p. 223, grifos do autor).

afinidades. Não demorará muito, aliás, para falarmos uma língua (in)comum. Já em relação ao **selvagem**, o outro do civilizado (que supomos ser), procuramos manter uma distância, maior ou menor dependendo de sua docilidade para se submeter ao nosso escrutínio epistemológico. Isto é, se for um bom selvagem – mais ou menos como foi o jovem Victor perante o *furor docendi* (MANNONI, 1973) de Jean Itard[84] – procuraremos esquadrinhar cientificamente sua selvageria a fim de corrigi-la ou domesticá-la. Na hipótese de ser um mau selvagem, correrá o risco de ter o mesmo destino daqueles que se interpunham no caminho dos colonizadores, a saber, ser "riscado do mapa", neste caso, tanto da genealogia familiar quanto do histórico escolar. Por fim, a condição do **extraterrestre** é certamente a mais complicada. Personagem de nossos sonhos, mas sobretudo de nossos pesadelos, dele queremos apenas guardar a distância necessária para mantermos afastado aquilo que, em nossas fantasias, se revela como ameaçador. Lembrando que o caráter ameaçador aqui, como vimos, não é em relação à nossa integridade física, mas sim à nossa integridade imaginária, ao nosso narcisismo. A maneira, portanto, como endereçamos a palavra às crianças depende do lugar que elas ocupam para nós na relação especular.

Enfim, partindo então dessas imagens metafóricas propostas por Lajonquière (*id.*), onde será que as crianças – cujas dificuldades têm sido patologizadas e medicalizadas com psicofármacos – estão sendo posicionadas frente às demandas educativas dos adultos? Em outras palavras, quem são, para nós, *essas crianças* que precisam de um diagnóstico e um tratamento psiquiátricos para ficarem (ou serem) "melhores"?

Se, a despeito de seus sintomas, elas nos parecessem apenas *estrangeiras*, será que precisariam estar tomando medicamentos "tarja preta"? Será que já não estariam suficientemente acostumadas, familiarizadas e parecidas conosco? Da mesma forma como estão as crianças ditas "normais"? Até mesmo porque, não devemos esquecer, embora esses mesmos sintomas possam representar maiores ou menores dificuldades em seus processos educativos, eles não chegam a impedir nossa convivência, tampouco nossas

---

[84] A experiência pedagógica de Jean Itard com o jovem selvagem Victor, no início do século XIX, é bastante conhecida dos psicanalistas, pois sempre deu margem a profícuos debates sobre o campo educativo na perspectiva da psicanálise. Além do texto definitivo de Octave Mannoni (1973) sobre o tema, remetemos o leitor interessado ao livro: BANKS-LEITE, L.; GALVÃO, I. (orgs.) **A Educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000. Nele podemos encontrar a primeira tradução para o português da íntegra dos relatórios escritos por Itard a respeito de Victor, e que, por sinal, serviu de base para o roteiro do belíssimo filme de François Truffaut, **O garoto selvagem (*L'enfant sauvage*)**, de 1970, que merece ser visto.

trocas, muitas vezes intensas e prazerosas. *Essas crianças* desatentas, hiperativas e impulsivas, dizem os adultos, costumam dar muito trabalho, mas nem por isso ficam fora do laço social. Portanto, elas também não se parecem com os *extraterrestres*, pois estes sim, pelo fato de serem muito diferentes, correm o risco de ficar fora, não do campo da linguagem, mas do campo do discurso (VOLTOLINI, 2014), encontrando abrigo, muitas vezes, apenas em espaços "adaptados" às suas idiossincrasias. Sendo assim, se nem *estrangeiras* nem *extraterrestres*, caberia então perguntar: será que podemos considerar que as crianças que têm esses problemas de aprendizagem e comportamento, *essas crianças* "fora do ponto", estariam sendo posicionadas como *selvagens* em relação ao olhar e à palavra do adulto? Será que o diagnóstico que elas recebem e o remédio que elas tomam, além de servirem para amenizar seus sofrimentos – e isto é absolutamente inegável – não serviriam também para diminuir o estranhamento que seus sintomas nos causam? Portanto, será que, hoje em dia, além de querermos saber a suposta verdade científica sobre o que *essas crianças* têm (a mais ou a menos) e como tratá-las de maneira eficaz, não poderíamos estar nos perguntando também como estamos *nos* vendo nelas? Ou ainda, como gostaríamos de nos ver, não fossem esses sintomas para embaçar ou distorcer nossa visão? Se retomarmos o que foi dito anteriormente, parece razoável supor que o dispositivo analítico poderia ser justamente o lugar para que essas e outras questões pudessem ser formuladas, produzindo, assim, seus efeitos terapêuticos.

Em suma, estas são algumas das questões educativas, inspiradas pela psicanálise, que pretendíamos compartilhar com esta pesquisa. Não obstante, é indispensável fazermos um esclarecimento. A questão fundamental que estamos dispostos a sustentar aqui é a seguinte: *essas crianças* são de fato mais *estrangeiras* do que deveriam ser, ou, ao contrário, somos nós adultos que as vemos dessa maneira? É importante deixarmos isso bem claro, pois, se de fato entendemos o sentido das metáforas propostas por Lajonquière (*id.*), não se trata de afirmar que, em função de seus déficits ou excessos, essas crianças **são** *selvagens* (ou *extraterrestres*), mas sim que é dessa forma como estamos olhando para elas. Quer dizer, estes são os lugares (imaginários) que as colocamos em função da maior ou menor nitidez que suas imagens refletem na superfície do espelho de nosso narcisismo "contemporâneo", seja ele parental, professoral, cultural etc. etc.

Não poderíamos, contudo, encerrar este capítulo (e com ele a tese), sem antes falarmos de uma questão que está no âmago de todas essas questões educativas que a

psicanálise nos ajudou a pensar e problematizar. Primeiro em *Prólogo a August Aichhorn, Verwahrloste Jugend* (Juventude desorientada) (1925), depois em *Análisis terminable e interminable* (1937), Freud faz menção a um aforismo, de inspiração kantiana[85], que gostava de utilizar para se referir a seu ofício. Há três tarefas impossíveis, dizia: *educar, governar, analisar*. Como todo aforismo – recurso linguístico muito comum na escrita filosófica – ele é capaz de sintetizar múltiplos sentidos e, por isso mesmo, permite que sua leitura muitas vezes se afaste da intenção pretendida pelo autor. Tanto é assim, que para Voltolini (2011):

> Compreender a espessura desse aforismo exige um exame detalhado dos vários fios de investigação teórica que conduziram à sua formulação. De saída, adiantemos que a impossibilidade em questão não alude ao plano prático de execução de uma determinada proposta educativa, sendo de caráter lógico, já que implica uma tentativa de superpor dois níveis que não podem ser superpostos. "Impossível" não quer dizer "inexequível", apontando, antes, para um *inalcançável* estrutural (VOLTOLINI, *idem*, p. 25, grifos do autor).

Vemos, portanto, que a impossibilidade à qual Freud se refere não resultaria da falta de competência ou habilidade técnica daqueles que a elas se dedicam, mas do simples fato de que, como ele mesmo disse, na segunda ocasião, "*se puede dar anticipadamente por cierto la insuficiencia del resultado"* (FREUD, 1937, p. 249). Profissões da fala, educar, governar e analisar não podem, por definição, chegar aos objetivos na justa medida em que foram previamente estabelecidos, sempre haverá um resto, uma falta, uma diferença. Basicamente porque não temos como prever ou controlar os efeitos que nossa palavra terá sobre aquele que a escuta, isto é, uma vez enunciada, a palavra já não mais pertence a quem a enunciou, e será ouvida/acolhida/processada no interior de uma rede de significações (conscientes e inconscientes) que são absolutamente imprevisíveis. Nesse sentido, "em que pese o contra-senso, 'impossível' indica as condições de possibilidade dessas tarefas" (GOLDENBERG, 2006, p. 8).

Possíveis e exequíveis, sem dúvida, desde que se reconheça que em momento algum essas três tarefas poderão ser realizadas em sua plenitude, isto é, em absoluta conformidade com os nossos sonhos ou ideais, "lugares" onde certamente não há

---

[85] Cf. PEREIRA, M. R. Os profissionais do impossível. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 485-499, abr./jun. 2013.

espaço para a imperfeição. E no caso específico do *educar*, essa impossibilidade significa claramente que as crianças não têm como corresponder *in toto* às nossas aspirações narcísicas, o que de certa forma representaria permanecerem salvaguardadas em relação aos efeitos da castração, cujas consequências psíquicas/subjetivas a clínica do autismo e da psicose na infância pode nos servir como exemplo[86]. Portanto, como acabamos de ver, na raiz do nosso (des)encontro com as crianças há este impossível que não se pode nem apagar, nem curar. Eis aí o sentido de denegarmos nossa demanda educativa. Isto, no entanto, não deveria ser um pretexto para declinarmos dessa tarefa – como pais ou mestres –, mas para nos advertir de que é precisamente nesta não-igualdade, derivada de qualquer educação, que reside a possibilidade para o surgimento de algo realmente novo, realmente outro, e não apenas a mera repetição ou cópia de nós mesmos.

> Todo aquele que se aventurar no campo educativo (haverá alguém que possa escapar dele?) terá que se confrontar, mais cedo ou mais tarde, com a decepção. Os resultados atingidos estarão sempre aquém daqueles imaginados no ponto de partida. Entre os fins vaticinados e os meios postos em prática para a sua execução, quaisquer que sejam eles, haveria uma impossibilidade lógica. É isso o que esse aforismo pretende sustentar (VOLTOLINI, *idem*, p. 27).

Ocorre, no entanto, que "o ideário pedagógico atual não propicia que o adulto venha a interrogar o impossível em torno do qual se articula sua própria relação à criança" (LAJONQUIÈRE, *idem*, p. 68). Ou seja, ao pretender ajustar a relação (educativa) entre adultos e crianças, para que as coisas saiam conforme o planejado, o paradigma tecnocientificista que orienta os saberes e as práticas pedagógicas na atualidade acaba dificultando ao adulto/educador o reconhecimento dessa impossibilidade – não contingente – que ao mesmo tempo define e dimensiona sua tarefa. Mais ainda, o problema do não reconhecimento dessa *impossibilidade* pode fazer com que os adultos experimentem os inevitáveis efeitos desse (des)encontro como *impotência* (PEREIRA, M. R., 2013). Quer dizer, o fato de não conseguirmos desfazer a diferença, que sempre existiu e continuará existindo, entre nossas demandas educativas e como as crianças irão apreendê-las tem sido visto, muitas vezes, como um fracasso, e isso, como sabemos, não é sem consequências. Estamos considerando, portanto, que é justamente neste ideário pedagógico,

[86] Cf. LEVIN, S. **Clínica e educação com as crianças do outro espelho**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

profundamente marcado por estas questões mais ou menos contraditórias, que se insere o processo de patologização e medicalização da infância contemporânea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer é apropriar-se intelectualmente de um campo dado de fatos ou de ideias que constituem o saber estabelecido. Pensar é desentranhar a inteligibilidade de uma experiência opaca que se oferece como matéria para o trabalho de reflexão para ser compreendida e, assim, negada enquanto experiência imediata. Conhecer é tomar posse. Pensar é trabalho da reflexão. O conhecimento se move na região do instituído, o pensamento, na do instituinte.

Marilena Chauí

Do espanto à reflexão. Eis o caminho que procuramos trilhar ao longo desta pesquisa. Afinal o tema que escolhemos investigar tem um forte apelo mobilizador, e talvez por isso mesmo o tenhamos escolhido. Entretanto, vimos que para abordá-lo, em sua complexidade característica, seria necessário tomar alguma distância para vê-lo em perspectiva. Em outras palavras, mesmo que nossa crítica estivesse previamente endereçada a determinadas questões e posições sobre o assunto, era preciso entender o jogo de forças no qual ele está inserido para compreendermos, inclusive, suas tensões e contradições. O que nos obriga também a reconhecer que neste esforço compreensivo este trabalho encontrou, inescapavelmente, suas próprias limitações.

Se por um lado concordamos que este fenômeno da patologização e medicalização da infância tende a encobrir os múltiplos e importantes fatores correlacionados e, portanto, dificilmente oferece outras saídas (não medicamentosas) para os sintomas que as crianças apresentam por onde passam, por outro não podemos negar que ele acaba atendendo, em última instância, às demandas de silenciamento do mal-estar que nos é constitutivo (FREUD, 1994 [1930]) e que está no cerne do ato de educar. Mais

ainda, ele responde aos anseios de uma sociedade que acredita ter encontrado no corpo/cérebro um lugar mais ou menos estável, tanto para afirmar suas identidades quanto para justificar seus erros e acertos. Vivemos a era do chamado "sujeito cerebral" (EHRENBERG, 2009). Segundo Zorzanelli e Ortega (2011):

> A ascensão de uma cultura somática, em que emergem novas formações subjetivas, impulsiona explicações biológicas para os fenômenos humanos. Inseridos nesse contexto de ênfase na ciência médica e de conquistas no campo da saúde, é comum que nos deixemos fascinar pelas explicações e resultados das ciências médicas. Mas é necessário não somente observar os alcances, mas também os limites dos argumentos fisicalistas – centrado na redução ao cérebro como agente exclusivo dos estados mentais – quando se trata de compreender transtornos mentais, comportamentos e ações humanas (ZORZANELLI; ORTEGA, *idem*, p. 35, grifos nossos).

É neste contexto, portanto, de certo fascínio pelas explicações e resultados oferecidos pelas ciências médicas (em especial pelas chamadas neurociências) que estamos todos inseridos e, por óbvio, onde as novas gerações estão chegando. Nesse sentido, a nosso ver, seria inócuo apelarmos pela volta a um tempo supostamente livre desses artifícios, onde a educação das crianças não estaria atravessada por essa mentalidade, assim como seria ingênuo acreditar que os psicofármacos (síntese dessas concepções) poderiam "curar o homem de seus sofrimentos psíquicos, sejam estes normais ou patológicos" (ROUDINESCO, 2000, p. 9). Em suma, se quiséssemos de fato compreender este fenômeno tão polêmico quanto controverso da patologização e medicalização da infância contemporânea seria fundamental investigar seus antecedentes históricos, conhecer sua genealogia, e foi justamente isto que procuramos fazer.

Examinamos, então, que o processo de medicalização da sociedade – do qual decorre a medicalização da infância – começou no século XIX, a partir do momento em que os médicos, conduzidos pelas profundas transformações políticas e econômicas que estavam ocorrendo, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, viam seu espaço de atuação profissional ser progressivamente ampliado, extrapolando inclusive suas atribuições terapêuticas e curativas. Com os olhos voltados à saúde das crianças – vistas como baluartes do futuro da nação – mas também como parte das estratégias de saneamento dos territórios insalubres das cidades, os médicos adentraram o domicílio familiar para aí impor suas prescrições higienistas. Não demorou muito para, na companhia de outros profissionais, fazerem o mesmo em relação à escola, outro lugar onde as crianças

se acumulavam e, eventualmente, adoeciam. Enfim, este processo de ocupação dos discursos e práticas da medicina em relação à nossa vida cotidiana atravessou o século XX, transformou-o e foi por ele transformado, e chegou aos nossos dias como algo tão intrinsecamente ligado à nossa cultura, que para "conhecê-lo", ao menos parcialmente, basta acessar a rede mundial de computadores. A propósito, o acesso relativamente fácil a essas informações tem produzido um fenômeno interessante (ou preocupante, dependendo do ponto de vista), que é o fato das pessoas chegarem às consultas com os profissionais da saúde munidas de conhecimentos sobre seus sintomas e, muitas vezes, sobre os próprios medicamentos que "pretendem" utilizar para tratá-los. É a medicalização na era digital.

Segundo Roudinesco (2006), "para compreender a proliferação das novas síndromes pelas quais se manifesta o sofrimento psíquico contemporâneo, é preciso estudar a evolução do famoso *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais* (*DSM*)" (ROUDINESCO, 2006, p. 62). Imbuídos dessa tarefa, procuramos retomar, em linhas gerais, o desenvolvimento de algumas das principais ideias que nortearam os campos da psiquiatria e da psicopatologia do século XX, onde o DSM desempenhou e continua desempenhando um papel absolutamente fundamental. Pudemos constatar, então, que sua terceira edição, publicada em 1980, representou não apenas um importante redirecionamento da clínica psiquiátrica, ao reintroduzir o paradigma (neuro)biológico como parâmetro – (in)discutivelmente científico – para o diagnóstico e tratamento dos chamados transtornos mentais, como também serviu para estabelecer novas diretrizes para os setores que atuam nas adjacências da área da saúde (mental). Vale ressaltar, a título de esclarecimento, que o DSM-IV foi elaborado em estreita cooperação com os pesquisadores que formularam a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), que é o sistema oficial de codificação nosográfica utilizado em nosso país[87].

Concomitantemente a essas mudanças ocorridas nos campos psiquiátrico e psicopatológico, verificamos que outro fator que, há tempos, tem participado ativamente do processo de medicalização de nossas vidas é a indústria farmacêutica. Todavia, em função do nosso tema e dos nossos objetivos, a parte dessa história que nos interessava pesquisar referia-se à chamada psicofarmacologia, isto é, a área da indústria farmacêutica que desenvolve e produz medicamentos de uso psiquiátrico. E esta área começou de fato a avançar a partir da década de 1950, com a descoberta da *clorpromazina*, substância

[87] APA – Associação Psiquiátrica Americana. **DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Texto Revisado)**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

farmacoquímica que atua como tranquilizante sem produzir sedação. Diferentemente, portanto, do forte efeito sedativo dos medicamentos que até então eram utilizados (sobretudo com pacientes em crise) nas instituições psiquiátricas. A aplicação terapêutica dessa substância de fato impulsionou as pesquisas na área, e antes mesmo da década de 1960 vários outros medicamentos – os chamados psicofármacos – já haviam sido produzidos pela indústria farmacêutica. Não obstante, pudemos constatar também que sua inserção, a partir dos anos 1980, em um ambiente de negócios globalizado e extremamente competitivo, "obrigou-as" a adotarem estratégias de produção e comercialização (marketing) desses medicamentos, idênticas àquelas praticadas pelos demais setores da economia. Nesse sentido, vimos que, a despeito de qualquer restrição, os psicofármacos foram paulatinamente sendo transformados em simples "objetos de consumo" e passaram a ser prescritos e consumidos em quantidade cada vez maior. Portanto, se por um lado não podemos negar que a evolução desses medicamentos trouxe melhores condições de vida para as pessoas que sofrem com as várias formas do adoecimento psíquico, diminuindo-lhes inclusive o estigma social, por outro é inegável também que ela serviu para aumentar fortemente os lucros dos grandes laboratórios.

Partindo, então, das questões desenvolvidas nos três primeiros capítulos da tese, podemos considerar que além de coparticipantes da história do longo processo de medicalização da sociedade, iniciado ainda no século XIX, a publicação do DSM-III combinada à expansão do consumo dos psicofármacos – ambas a partir da década de 1980 – foram determinantes em relação ao processo que reconfigurou de maneira profunda o cenário no qual, como bem disse Roudinesco (*id,* 2006), se manifesta o sofrimento psíquico contemporâneo. E é exatamente neste cenário que assistimos ao surgimento de uma espécie de "produto" dessa combinação que iria também modificar sensivelmente nossa compreensão a respeito das dificuldades de aprendizagem e comportamento das crianças e suas respectivas formas de tratamento. Estamos falando do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) associado ao tratamento medicamentoso com a Ritalina (e congêneres). Chegamos, assim, à conjuntura efetivamente contemporânea da patologização e medicalização da infância, tema que foi abordado em nosso quarto e último capítulo.

É verdade que hoje em dia as crianças, por diferentes razões, têm recebido outros diagnósticos psiquiátricos e utilizado outros medicamentos, o que demonstra que o

processo de medicalização da infância tornou-se sem dúvida um fenômeno muito mais abrangente. No entanto, quando o assunto são os ditos “problemas escolares”, o TDAH e a Ritalina ocupam aí um lugar de destaque, assim como o processo de patologização desses sintomas fica também mais evidente. E não por acaso todo este processo começou a se tornar mais perceptível para nós a partir da segunda metade da década de 1990. Afinal foi justamente a partir dessa época que a Ritalina passou a ser comercializada no Brasil (ITABORAHY; ORTEGA, 2013) e que o termo TDAH ganhou notoriedade com o lançamento do DSM-IV.

É importante, pois, ressaltar também que apenas a “indissociabilidade” (ORTEGA et al., 2010; LIMA, 2005) entre o TDAH e a Ritalina é que é relativamente recente, pois ambos já figuravam nesta história há mais tempo. A Ritalina foi lançada em meados da década de 1950, mas só obteve uma indicação terapêutica específica com a publicação, no DSM-III, do diagnóstico *Attention Deficit Disorder* (*with or without Hyperactivity*). E o TDAH, como pudemos ver, descende de uma série de alterações terminológicas impostas a outra categoria nosográfica que foi a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que por sua vez derivou do termo Lesão Cerebral Mínima (LCM). Enfim, ao acompanharmos as mudanças ocorridas com esta nomenclatura percebemos que elas descreviam bem o roteiro da formulação de um diagnóstico médico-psiquiátrico que poderia, finalmente, ser utilizado para tratar os conhecidos “sintomas escolares” que durante muito tempo prejudicaram as crianças em seus processos de escolarização.

Baseados, no entanto, em alguns pressupostos da psicanálise e de seu dispositivo clínico, procuramos demonstrar como essas formações sintomáticas das crianças têm um sentido, por isso não deveriam ser tomadas isoladamente, isto é, separadas dos contextos onde se dão as relações que são estruturantes de suas subjetividades. Mais ainda, segundo Levy (2014), “para a criança, o sintoma não tem somente um sentido, mas também um endereço, é enviado a alguém e, desde então, a questão não pode mais ser colocada somente em termos de supressão, mas de função” (LEVY, *idem*, p. 211). Portanto, ao invés de serem simplesmente suprimidos ou silenciados com medicamentos, os sintomas de *desatenção*, *hiperatividade* e *impulsividade*, e vários outros sintomas que as crianças têm manifestado, dentro ou fora da escola, precisariam antes ser “compreendidos”, afinal somos nós os seus destinatários. A propósito, como dissemos anteriormente, esta é uma das críticas que temos em relação ao fenômeno da medicalização

da infância, pois todas essas questões (clínicas, familiares, escolares etc.) que nos parecem absolutamente indispensáveis para sabermos de fato o que está se passando com as crianças e como estamos educando-as, nem sempre são levadas em conta quando se considera que seus sintomas são causados apenas por um suposto “desequilíbrio” na atividade de determinados neurotransmissores.

Sendo assim, podemos então concluir que além de ter se constituído a partir do entrelaçamento complexo e muitas vezes contraditório de diversos fatores históricos, o processo de patologização e medicalização da infância contemporânea também se conecta a questões que são muito características desta cultura somática, tecnológica e consumista na qual estamos todos inseridos. Mais ainda, estamos considerando também, a partir de algumas coordenadas da psicanálise, que este fenômeno de algum modo aponta para nossa dificuldade em nos identificarmos com “essas crianças” cujos sintomas têm impedido de corresponderem às nossas (narcísicas e inconscientes) demandas educativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009.

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ALBERTI, S. **O discurso do capitalista e o mal-estar na cultura**. Apresentação de trabalho/Congresso, 2000. Disponível em: http://www.berggasse19.psc.br/site/wp-content/uploads/2012/07/19133239-Sonia-Alberti-O-Discurso-Do-Capitalist-A-e-o-Mal-Estar-Na-Cultura-1.pdf. Acessado em: 19/01/11.

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. 2ª. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, n. 59, ano 5. Rio de Janeiro: Editora Alvinegra, agosto/2011.

_____ **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

APA – American Psychiatric Association. **DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)**. Washington/DC: APA, 1980.

APA – Associação Psiquiátrica Americana. **DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Texto Revisado)**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 733-736, 2008. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 28/04/15.

ARENDT, H. A crise na educação. *In*: _____ **Entre o passado e o futuro**. 6ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2ª. Ed., 1981.

BANKS-LEITE, L.; GALVÃO, I. (orgs.) **A Educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000.

BAÑUELOS, A. T. La higiene escolar: un campo de conocimiento disputado. **Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales**. Higienismo y Educación (ss. XVIII-XX). Ediciones de la Universidad de Murcia, España, n. 20, pp. 73-94, 2000.

BARATTO, G.; AGUIAR, F. A "Psicologia do ego" e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. **Ver. Filos.**, v. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.

BARROS, J. A. C. Ampliando espaços para a "medicalização": instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

_____ Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 579-587, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 18/04/10.

_____ Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 377-386, 1983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 24/12/13.

BAUTHENEY, K. C. S. F. **Transtornos de aprendizagem: quando "ir mal na escola" torna-se um problema médico e/ou psicológico**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo: s.n., 2011.

BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 623-636, Set. 2012. Disponível em: http: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 23/03/15.

BESSET, V. L. O tratamento psicanalítico no tempo dos psicofármacos. **Pulsional. Revista de Psicanálise**. São Paulo, ano XVII, n. 177, p. 43-50, 2014. Disponível em: www.pulsional.com.br/rev/177/4.pdf. Acessado em: 27/12/14.

BEZERRA JR., B. Introdução – A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1ª. ed.. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 35-49, março 1999. Disponível em: psicopatologiafundamental.org. Acessado em: 20/02/13.

_____ **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____ Pacto perverso e biopolítica. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2009.

_____ **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____ *A modernidade e a função paterna. In*: *In*: **Anais do II Colóquio do LEPSI: a psicanálise, a educação e os impasses da subjetivação no mundo moderno**. São Paulo: LEPSI/IP-FEUSP, 2000.

BRAUNSTEIN, N. A. O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): Sexto discurso? **A peste**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 143-165, jan./jun. 2010. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12079/8752. Acessado em: 29/01/14.

BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. *In*: MAGALHÃES, M. C. R. (org.). **Psicofarmacologia e psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001.

BRASIL, Governo do. Ministério da Saúde. *Uso de psicofármacos na infância é cada vez mais comum*. **OBID** - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2007. http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=101150. Acessado em 06/04/2010.

CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. **Cadernos de Subjetividade**. (PUC-SP), v. 01, p. 96-103, 2012. Disponível em: www.cadernosdesubjetividade.com. Acessado em 29/12/13.

_____ Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em: 29/12/13.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1999.

CANGUILHEM, G. Que é a psicologia? **Impulso. Revista de Ciências Sociais e Humanas**. UNIMEP: Piracicaba/SP, vol. 11, N. 26, pp. 11-26, 1999.

_____ **O normal e o patológico**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____ et al. (orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CASTRO, J. E. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Dec. 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 05/06/12.

CHAUÍ, M. S. O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. *In*: BRANDÃO, C. R. **O educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

COLLARES, C. L.; MOYSES, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). ***Série Ideias*** (23), São Paulo, FDE, 25-31, 1994. Disponível em http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf. Acessado em 21/05/13.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional**... Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore/USA: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CORBIN, A. Gritos e cochichos. *In*: **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra** / organização Michelle Perrot. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

COSER, O. **As metáforas farmacoquímicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. **De corpo e alma, cabeça e coração: psiquiatria, psicanálise, genética e subjetividade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CORCOS, M. **L'homme selon le DSM. Avatars d'une classification: Le réductionnisme en marche**. Disponível em: http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/wp-content/uploads/2013/07/Avatars-dune-classification-Le-reductionnisme-en-marche.pdf. Acessado em: 19/11/13.

CROCHÍK, J. L.; CROCHÍK, N. A desatenção atenta e a hiperatividade sem ação. *In*: **MEDICALIZAÇÃO de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos** / organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **DSM-IV** – 4th ed. American Psychiatric Association: Washington/DC, 1994.

DIENER, Y. **On agite un enfant: L'État, les psychotérapeutes et les psychotropes**. Paris: La Fabrique éditions, 2011.
DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 3ª. Ed., 2001.

DRUMMOND, C. Uma menina agitada. *In*: SANTIAGO, A. L. & MEZÊNCIO, M. (orgs.). **A psicanálise do hiperativo e do desatento**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2013.

DUFOUR, D.-R. **A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

DUNKER, C. I. L. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1ª. ed.. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

_____ Psicanálise e Ciência: do equívoco ao impasse. **Psicanálise, Autismo e Saúde Pública**. Disponível em. Acessado em 16/04/13.

_____ Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. *In*: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (orgs.). **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs**. Etapa Brasileira do Movimento Internacional STOP-DSM. Barbacena, MG: EdUEMG, 2012.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011. Disponível em: www.psicopatologiafundamental.org. Acessado em: 28/03/12.

_____ A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *In*: **Vínculo – Revista do NESME**, vol. 8, n. 2, 2011a, pp. 1-15. Disponível em: www.redalyc.org. Acessado em: 04/10/13.

EHRENBERG, A. O sujeito cerebral. **Psic. clin.**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 187 – 213, 2009. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022019013. Acessado em: 23/11/11.

_____ **La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad**. Buenos Aires/Ar: Ediciones Nueva Visión, 2000.

FARAONE, S. et al. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em: 25/10/11.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____ Crise da medicina ou crise da antimedicina? *In*: _____ **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. (Ditos e escritos; 7)

_____ **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____ **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção tópicos)

_____ **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção tópicos)

_____ **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____ O nascimento da medicina social. *In*: _____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.

FRANCES, A. **¿Somos todos enfermos mentales?** Barcelona (España): Editorial Planeta, Primera edición en libro electrónico (epub), 2014.

FREUD, S. Análisis terminable e interminable. (1937), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 23, Buenos Aires, Amorrortu editores, tercera reimpresión, 1993.

_____ El malestar en la cultura. (1930 [1929]), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 21, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1994.

_____ El porvenir de una ilusión (1927), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 21, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1994.

_____ ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. (1926), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 20, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1993.

_____ Prólogo a August Aichhorn, *Verwahrloste Jugend*. (1925), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 19, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1993.

_____ La negación. (1925), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 19, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1993.

_____ El sepultamiento del complejo de Edipo. (1924), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 19, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1993.

_____ Conferencias de introducción al psicoanálisis – 17ª. Conferencia. El sentido de los síntomas (1916-17), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 16, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1994.

_____ Conferencias de introducción al psicoanálisis – 28ª. Conferencia. La terapia analítica (1916-17), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 16, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1994.

_____ Introducción del narcisismo. (1914), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 14, Buenos Aires, Amorrortu editores, quinta reimpresión, 1993.

_____ Sobre la psicología del colegial. (1914), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 13, Buenos Aires, Amorrortu editores, tercera reimpresión, 1993.

_____ Cinco conferencias sobre psicoanálisis. (1910 [1909]), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 11, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1994.

_____ Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (1909), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 10, Buenos Aires, Amorrortu editores, cuarta reimpresión, 1993.

_____ La novela familiar de los neuróticos. (1909 [1908]), en **Sigmund Freud obras completas**, vol. 9, Buenos Aires, Amorrortu editores, tercera reimpresión, 1993.

GARCIA, R. Indústria influencia manual de psiquiatria. **Folha de S. Paulo**. Caderno Saúde, 31 de março de 2012.

GAVARINI, L. **La passion de l'enfant: filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIe siécle**. Paris: Éditions Denoël, 2001.

GÉLIS, J. A individualização da criança. *In*: **História da vida privada, 3: da Renascença ao Século das Luzes** / organização Roger Chartier. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

GHEROVICI, P. Mens prozac in corpore xanax: as hesitações da responsabilidade subjetiva nos EUA hoje. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 15-20, 1997.

GOLDENBERG, R. (Quem tem medo do) DSM-IV? *In*: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

_____ **Política e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

_____ (org.) **Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise**. Salvador, BA: Ágalma, 1997.

GONÇALVES, L. H. P. **O discurso do capitalista: uma montagem em curto-circuito**. São Paulo: Via Lettera, 2000.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-73, mar. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br. Acessado em: 02/04/15.

GORI, R. ; DEL VOLGO, M.-J. **La santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence**. Paris : Flammarion, 2009. (Col. Champs).

GOULD, S. J. **A falsa medida do homem**. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GUARIDO, R. L. **"O que não tem remédio, remediado está": medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação: Universidade de São Paulo, s.n., 2008.

_____ A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, pp.

151-161, jan./abr., 2007. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf. Acessado em 13/04/10.

GURSKI, R. *Pais ou mestres? Notas sobre as fronteiras da família e da escola na educação contemporânea*. *In:* RODRIGUES, F, & GURSKI, R. (orgs.) **Educação e função paterna**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HURSTEL, F. **As novas fronteiras da paternidade**. Campinas/SP: Papirus, 1999.

HUXLEY, A. **Admirável Mundo Novo**. São Paulo: Globo, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatítica. Estatísticas educacionais. Disponível em: www.teen.ibge.gov.br/biblioteca/274-teen/mao-na-roda/1721-educacao-no-brasil. Acessado em: 21/11/14.

INFANTE, D. P. Psiquiatria para que e para quem? *In*: JERUSALINSKY, A. & FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

INSEL, T. **Transforming Diagnosis**. NIMH – National Institute of Mental Health. USA, 2013. Disponível em: www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml. Acessado em: 13/03/15.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 19/07/15.

JANIN, B. La infancia y los “trastornos”. *In*: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional**... Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

JATOBÁ, C. M. R. **Às sombras das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em A. Binet**. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo: s.n., 2002.

JERUSALINSKY, A. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história. Uma psicopatologia pós-moderna para a infância. *In*: _____ ; FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

_____ **Diagnóstico de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o que pode dizer a psicanálise?** Conferência proferida na Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, Centro Dra. Lydia Coriat, Transcrição de Norma Filidoro, Buenos Aires, junho 2003. Disponível em: www.appoa.com.br. Acessado em: 28/01/11.

_____ ; FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico. *In*: CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

JULIEN, P. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

KUPFER, M. C. M.; PETRI, R. Por que ensinar quem não aprende? **Estilos da Clínica**. Revista sobre a infância com problemas. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Vol. V, n. 9, 2º. Sem./2000.

LACAN, J. **Do discurso psicanalítico**. **Conferência na Universidade de Milão, em 12 de maio de 1972**. Tradução: Sandra Regina Felgueiras. Blog Trilhar, 2015. Disponível em: http://trilhar.org/2015/03/25/conferencia-de-lacan-em-milao-em-12-de-maio-de-1972-parte-2-traducao-de-sandra-regina-felgueiras. Acessado em: 27/04/15.

_____ Nota sobre a criança. *In*: _____ **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____ **Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

_____ O estádio do espelho como formador da função do eu. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____ A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998a.

_____ **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____ et al. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

LAIA, S. O sintoma como problema e como solução. aSEPHallus (Online), v. 3, p. 6, 2008. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_06/artigo_03.htm. Acessado em: 29/12/14.

LAJONQUIÈRE, L. A criança em idade escolar. *In*: POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. (orgs.). **Psiquiatria da infância e adolescência**. Barueri/SP: Manole, 2012. (Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC-FMUSP).

_____ **Figuras do infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____ Educação, religião e cientificismo. **Revista Educação**. Especial: Biblioteca do professor. “Freud pensa a Educação”. São Paulo: Ed. Segmento, 2008.

_____ Duas notas psicanalíticas sobre as crianças “com necessidades especiais”. *In*: Revista Pro-posições, v. 12, n. 2-3 (35-36), p. 47-59, jul.-nov. 2001.

_____ Psicanálise, modernidade e fraternidade: Notas introdutórias. In: KEHL, M. R (org.). **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

_____ **Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LANDMAN, P. **Tous hyperactifs? L'incroyable épidémie de trobles de l'attention**. Préface du Pr Allen Frances. Paris/France: Éditions Albin Michel, 2015.

LASCH, C. **Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEFÈVRE, A. B. (org.) **Disfunção Cerebral Mínima: estudo multidisciplinar**. São Paulo: Sarvier, 1975. (Monografias Médicas. Série Pediatria, v. 6).

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. Hiperatividade: o "não-decidido" da estrutura ou o "infantil" ainda no tempo da infância. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 14, n. 26, 2009. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/scielo. Acessado em: 27/02/13.

_____ A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/174. Acessado 29/08/11.

LEVIN, S. **Clínica e educação com as crianças do outro espelho**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

LEVY, R. A noção de sintoma na criança. *In*: VOLTOLINI, R. (org.) **Retratos do mal-estar contemporâneo na educação**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2014.

LIMA, C. M.; SILVA, C. L. O que faremos com o que fizemos da educação? *In*: GOMES, V. R. D.; OLIVEIRA, S. F. (orgs.) **Educação e Cidadania: Reflexões sobre ética e alfabetização**. Taubaté/SP: Cabral Editora, 2005.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDAH e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2005.

LÓPEZ-MUÑOZ, F.; GONZÁLES, C. A.; FERNÁNDES, E. C. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. Fundación Dialnet. Universidad de La Rioja, España. **FRENIA**, Vol. II, n. 1, p. 77-107, 2002. Disponível em: www.revistaaen.es/index.php/frenia/article. Acessado em: 28/02/15.

MAGALHÃES, M. C. R. (org.). **Psicofarmacologia e psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editores, 2ª. ed., 1988.

_____ **A primeira entrevista em psicanálise; prefácio Françoise Dolto**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

MANNONI, O. Itard e seu selvagem. *In*: _____ **Chaves para o imaginário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1973.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association]. – 5ª. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-III-R. São Paulo: Manole, 1989.

MARINO, A. S. A criança na interface do silêncio medicamentoso e como sujeito em psicanálise. **Polêm!ca**, v. 12, p. 39-53, 2013. Disponível em http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5274/3867. Acessado em 15/05/13.

MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYK, G. V.. ADHD is undertreated in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 513-514, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 11/05/15.

MEDICALIZAÇÃO de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos / organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 24-40, Mai. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 15/04/15.

MOYSES, M. A. A. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. *In*: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org). **Dislexia: subsídios para políticas públicas**. São Paulo: CRPSP, 2010, p. 11-23. (Caderno Temático 8).

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. *In*: **MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos** / organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____ A história não contada dos Distúrbios de Aprendizagem. **Cadernos CEDES**, v. 28, p. 31-47, 1992.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11 (1): 59-77, 2003. Disponível em http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2003_1/artigos/2003_1%20FOrtega.pdf. Acessado em 15/05/13.

_____ et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em www.scielo.br. Acessado em: 01/02/11.

NARODOWSKI, M. **Infância e poder: a conformação da Pedagogia Moderna**. Bragança Paulista,SP: Editora da Universidade São Francisco, 2001.

PACHECO FILHO, R. A. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. **A peste**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 143-163, jan./jun. 2009. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article. Acessado em: 24/03/15.

PALMA, A.; VILAÇA, M. M. Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 919-932, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 24/12/13.

PATTO, M. H. S. Para uma crítica da razão psicométrica. *In*: _____. **Mutações do cativeiro: escritos de psicologia e política**. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000.

PEREIRA, M. E. C. O DSM e a crise da psiquiatria. **Revista CULT**, Dossiê, São Paulo, ano 16, v. 184, p. 38-45, outubro de 2013.

_____ Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 161-166, março 2009.

_____ Morel e a questão da degenerescência. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, setembro 2008.

_____ Kraepelin e a criação do conceito de "Demência precoce". **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**. São Paulo, IV, 4, pp. 126-129, 2001.

_____ O DSM-IV e o objetivo da psicopatologia ou psicopatologia para que? **Encontro Sul Americano dos Estados Gerais da Psicanálise**, 1999. Disponível em: http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml. Acessado em: 04/10/13.

_____ Psicanálise e psicofarmacologia: novas questões de um debate atual. **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo, ano X, n. 99, p. 22-32, jul/1997.

PEREIRA, M. R. Os profissionais do impossível. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 485-499, abr./jun. 2013. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acessado em: 01/04/15.

_____ **A impostura do mestre**. Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2008.

_____ O sintoma ou o que o sujeito tem de mais real. **Revista Espaço Acadêmico** (UEM), v. 11, p. 43-52, 2012. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/16387/8978. Acessado em: 23.07.15.

PERROT, M. A família triunfante. *In*: **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra** / organização Michelle Perrot. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

_____ **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____ **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio. Dados de 2007/2013. Disponível em: http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais. Acessado em: 21/11/14.

POMMIER, G. La Bible Américaine de la Santé Mentale. **Le Monde Diplomatique**. Paris, décembre, 2011, p. 18-19. Disponível em: www.monde-diplomatique.fr. Acessado em 29/12/13.

PRISZKULNIK, L. A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. **Psic**, São Paulo, v. 5, n. 1, jun. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo. Acessado em: 16/04/13.

QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____ **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____ A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. *In*: _____ (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. 1ª. ed.. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 23/04/15.

ROHDE, L. A. et al . Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2004. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em 08/02/05.

ROSENHAN, D. L. **Sobre ser são em lugares insanos**. Science, vol. 179, p. 250-258, 1973. (Tradução: Renata F. Brasileiro – Notas e referências não incluídas). Disponível em:

http://pt.scribd.com/doc/89565757/sobre-ser-sao-em-lugares-insanos#. Acessado em: 07/05/12.

ROUDINESCO, E. **A análise e o arquivo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

_____ **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

_____ et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

ROY, D.; ROY, M. Hiperatividade: ordem e desordens. *In*: SANTIAGO, A. L.; MEZÊNCIO, M. (orgs.). **A psicanálise do hiperativo e do desatento**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2013.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano IX, 2006. Disponível em: www.redalyc/articulo.oa. Acessado em: 24/12/13.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e a questão racial no Brasil – 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEGATO, C.; PADILLA, I.; FRUTUOSO, S. Remédios demais? **Revista Época**. Edição 446, 18 de Dezembro. Rio de Janeiro: Editora Globo, 2006. Disponível em http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR75898-6014,00.html. Acessado em 15/05/13.

SERPA JR., O. D. O degenerado. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 447-473, Dec. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 27/01/15.

SIQUEIRA, L. DSM: a (in)discreta relação entre ciência e política. **ComCiência**, Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, SBPC, 2011. Disponível em http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=64&id=812. Acessado em: 26/03/13.

SOUZA, I. et al. ADHD: the impact when not diagnosed. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 139-141, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acessado em: 19/06/15.

SOUZA, M. P. R. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. *In*: **MEDICALIZAÇÃO de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. CRP/SP; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade: doença ou rótulo? **Cadernos Cedes**, 15, Fracasso escolar: uma questão médica? Campinas: Unicamp. pp. 30-43, dez/1985.

TENDLARZ, S. E. A atenção que falta e a atividade que sobra: reflexões sobre o TDA-TDAH. *In*: SANTIAGO, A. L.; MEZÊNCIO, M. (orgs.). **A psicanálise do hiperativo e do desatento**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2013.

THEVENOT, A.; METZ, C. Instabilidade psicomotora ou hiperatividade? riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, v.4, n.2, dez. 2007. Disponível em: www.pepsic.bvsalud.org/scielo. Acessado em: 25/12/13.

UNTOIGLICH, G. **Versiones actuales del sufrimiento infantil: una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

_____ et. al. **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

VASEN, J. **Una nueva epidemia de nombres impropios: El DSM-IV invade la infancia en la clínica y las aulas**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

VIÑAO, A. Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 36, p. 181-213, 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado em: 02/02/15.

VOLTOLINI, R. Os fora-de-discurso podem ser incluídos? Desafios da educação inclusiva. *In*: _____ (org.) **Retratos do mal-estar contemporâneo na educação**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2014.

_____ (org.) **Retratos do mal-estar contemporâneo na educação**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2014a.

_____ O conhecimento e o discurso do capitalista: a despsicologização do cotidiano social. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 17, n. 1, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo. Acessado em: 23/11/12.

_____ **Educação e psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. (Passo-a-passo; 93)

_____ A Síndrome da D'Existência: o educador em tempos de fracasso. *In*: MARIGUELA, M.; CAMARGO, A. M. F.; SOUZA, R. M. (orgs.) **Que escola é essa?: anacronismos, resistências e subjetividades**. Campinas/SP: Editora Alínea, 2009.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. *In*: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

ZORZANELLI, R. T. Sobre os DSM's como objetos culturais. *In*: _____; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

_____; ORTEGA, F.; BEZERRA JR. 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, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/ Acessado em: 04/02/15.

_____; ORTEGA, F. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, 23 (n.spe.), 30-36, 2011. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em 15/05/13.