

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Saionara Aparecida Barbosa

**PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO INFANTIL:**

**uma cama de Procusto**

São João Del Rei

2019

Saionara Aparecida Barbosa

**PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO INFANTIL:  
uma cama de Procusto**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia – Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo.

Área de Concentração: Psicologia

São João Del Rei

2019

Saionara Aparecida Barbosa

**PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO INFANTIL:  
uma cama de Procusto**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia – Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo - UFSJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Marília Silveira - UFAL

---

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Fuad Kyrillos Neto - UFSJ

São João Del Rei, 25 de Março de 2019

Aos meus filhos e meus netos e  
às crianças que desenharam, para mim, suas dores.

## MINHA GRATIDÃO

A Deus, por conceder-me a força necessária para, a cada dia, manter meu entusiasmo, minha fé nos meus propósitos e a minha lucidez.

A minha família pelo apoio e compreensão e principalmente por permitir-me as ausências em virtude da constante dedicação à pesquisa.

À Profª. Drª. Maria de Fátima Queiroz e Melo pelo companheirismo nesta jornada, pela paciência e disponibilidade e pela generosa contribuição teórica concedida à concretização deste trabalho.

Aos membros da banca, Profª. Drª. Marília Silveira e Profº. Drº. Fuad Kyrillos Neto tanto por aceitarem gentilmente este convite como pelas valiosíssimas intervenções no momento da qualificação.

Aos meus pacientes que entregaram à minha escuta seus sofrimentos, suas dores, suas angústias e que deram o primeiro passo para a compreensão de uma posição contrária à patologização do sujeito. Toda a experiência, tudo o que hoje sou como profissional foi adquirido, conquistado pela troca no espaço clínico.

Aos encontros do Grupo de Estudo da TAR que trouxeram contribuições muito valiosas para a execução desta pesquisa não podendo deixar de mencionar Janaína Silva que se tornou uma ouvinte nos momentos de dúvidas, de angústia que o ato de escrever nos causa, e a Juliana Guedes que, com seus conhecimentos da Teoria Ator-Rede, sempre se colocou disponível para ajudar nas questões mais impactantes.

- Não, eu não compreendo nada - respondeu ela com decisão, disposta a conservar sua incompreensão intacta. - Nada. E o que eu compreendo ainda menos que tudo - continuou em outro tom - é por que você não toma *soma* quando tem essas ideias horríveis. Você as esqueceria completamente. E, em vez de se sentir infeliz, você ficaria alegre. Sim, tão alegre - repetiu, e, apesar de todo o desassossego que transparecia em seus olhos, sorriu com um ar que ela procurava tornar convidativo e voluptuoso. (Huxley, 1931, p. 64).

## **RESUMO**

A presente dissertação discutirá a respeito do controverso tema da Patologização e medicalização infantil. Entende-se por patologização e medicalização, o processo que transforma artificialmente questões do cotidiano em problemas médicos e, portanto, passíveis de tratamento. As questões que seguimos, buscaram descrever como a rede da medicalização se teceu, como ela se mantém e quais efeitos ela produz, ou seja, como se dá o processo da medicalização infantil a partir dos pressupostos teóricos e metodológicos da Teoria Ator-Rede. A cartografia das controvérsias foi o método escolhido para trabalhar as questões que envolveram o presente estudo em que os principais procedimentos foram a observação e a descrição das disputas, dos debates, dos movimentos existentes em torno de assuntos que mobilizam diferentes atores. Os fenômenos emergem de redes heterogêneas compostas de atores muito variados e levantam muitas controvérsias sobre sua existência como, por exemplo, a lógica diagnóstica e medicalizante, os DSMs e a compatibilidade com a reforma psiquiátrica, a medicalização na busca de melhora de performances. Esta pesquisa direcionou o olhar sobre a rede que se formou em torno das questões higienistas que servem de base para sustentar o estabelecimento de todas estas articulações pois, independentemente do caminho que cada criança percorre, foi preciso entender o porquê da necessidade de se estabelecer regras, padrões e modelos de normalidade e o lugar que ela ocupa no discurso biologizante. Para delimitar o rastreamento das redes da controvérsia, foi proposto, como objetivo, seguir, nas publicações sobre a temática, a evolução da controvérsia que cerca o processo de patologização e medicalização infantil através do mapeamento dos elementos que compõem a rede que sustenta esta prática, analisando as inscrições que tratam a respeito da medicalização e patologização infantil, discutindo a relação que se estabeleceu entre a Psiquiatria e a indústria farmacêutica, descrevendo o lugar da criança neste processo e analisando a posição da instituição escolar nesta rede. Optou-se por estruturar o texto de forma descritiva, apresentando as disputas, os debates, os movimentos realizados pelos atores em torno dessa temática.

Palavras-chave: Teoria Ator-Rede. Medicalização da infância. Patologização. Corpo. Escola.

## **ABSTRACT**

The present thesis discusses the controversial theme about the Childs' Pathologisation and Medicalisation. It is understood by pathologisation and medicalisation, the process that artificially transforms the daily life issues in medical problems and consequently, liable to treatment. The points that we follow intend to describe how the network of medicalisation was created, how it is being sustained and what the effects that it produces are, which means, how the process of child's' medicalisation happens, using the theoretical and methodological bases of the Actor-Network Theory. The cartography of the controversies was the method chosen to work the issues involving the present study, where the principal procedures were the observation and description of the disputes, debates and movements existing surrounding themes that mobilize different actors. The phenomenon emerges of the heterogeneous networks composed of varied actors and rise many controversial debates about its existence, as for example, the diagnostic and medical logic, the (DSMs) and the compatibility with the psychiatric reform, the medicalisation searching for better performances. This research directs its focus to the network formed around the hygienists issues, which work as a base to sustain the establishment of all these articulations, once independent of the path that each child cross, it was necessary to understand why the necessity to create rules, patterns and models of normality, and the place that it occupies in the biologic discourse. To delimit the tracking of the controversial networks, it was proposed as objective, to follow in the publications about this theme, the evolution of the controversy that surrounds the process of pathologisation and medicalization throughout the mapping of elements included in the network that sustains this practice, analysing the inscriptions that treat about the child's' medicalisation and pathologisation, discussing the relationship developed between the Psychiatry and the pharmaceutical industry, describing the place of the child in this process and analyzing the position of the schools in this network. The text is structured in a descriptive way, presenting disputes, debates and movements executed by actors about this theme.

**Key-words:** Actor-Network Theory. Child's Medicalisation. Pathologisation. Boddy. School.



## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b>	4
<b>RESUMO</b>	6
<b>ABSTRACT</b>	7
<b>1 TECENDO A REDE DA CONTROVÉRSIA</b>	9
1.1 Os mecanismos da exclusão e a medicalização	10
1.2 A medicalização da criança	13
1.3 Sob o olhar da Teoria Ator-Rede	15
<b>2 COMO ENTRAMOS NA REDE</b>	19
2.1 As lentes de observação	20
2.2 As etapas para acompanhar a controvérsia	22
2.3 As regras metodológicas	24
<i>Intermitências</i>	27
<b>3 O CORPO DOMADO DA INFÂNCIA</b>	28
3.1 A criança e suas afecções	28
3.2 Medicalizar para controlar: os diagnósticos dos “distúrbios” na infância	29
3.3 Tarja preta x tarja branca	32
<i>Intermitências</i>	41
<b>4 A ESCOLA COMO LEITO DE PROCUSTO</b>	42
4.1 Seguindo os rastros da eugenia e do higienismo	43
4.2 O papel da medicina e da biologização no controle dos corpos	44
4.3 O papel da psicologia na padronização dos comportamentos	46
<i>Intermitências</i>	53
<b>5 OS ATORES E SUAS ARTICULAÇÕES</b>	54
5.1 A ascensão da psiquiatria e suas alianças	56
5.2 Os manuais e a construção social das doenças	63
5.3 O controverso diagnóstico do TDAH	70
5.4 Os psicotrópicos e a biologização da doença mental: medicar é preciso	71
<i>Intermitências</i>	77
<b>6 UMA REDE QUE NÃO SE ESGOTA NELA MESMA</b>	78
<b>REFERÊNCIAS</b>	81

## 1 TECENDO A REDE DA CONTROVÉRSIA

*Ensaio sobre a cegueira* é um romance do escritor português José Saramago publicado em 1995 e que foi traduzido em diversos idiomas, tornando-se uma de suas obras mais famosas. A história tem início com um motorista ficando cego repentinamente quando estava se dirigindo ao trabalho. Em um curto período, outros moradores vão apresentando o mesmo sintoma, o que deixa as autoridades e a população bastante apreensivas, principalmente pelo fato de não se encontrar explicação plausível para o fato. Decidiu-se então, para preservação da população e com o objetivo de tratamento, confinar os acometidos pela cegueira no antigo manicômio da cidade. Assim, conforme moradores iam apresentando o mesmo problema, eram imediatamente confinados neste lugar descrito como um lugar muito ruim. Entretanto, como uma epidemia, rapidamente o sintoma vai se alastrando apesar de todos os esforços do governo para contê-lo, até que todos os moradores da cidade ficam cegos. Apenas uma mulher não apresenta o problema, mas é levada para o confinamento, porque simula estar cega com o objetivo de não deixar seu marido ser internado sozinho.

No local para onde são levados, apesar das promessas dos responsáveis, os “doentes” não recebiam qualquer tipo de tratamento e não tinham satisfeitas as suas mais básicas necessidades, levando os mesmos aos mais primitivos comportamentos com o objetivo de sobrevivência.

A história só começa a se modificar quando todos - com exceção apenas da mulher que misteriosamente manteve a visão - ficaram cegos, colocando fim ao confinamento, sendo o mesmo substituído pelos muros da cidade.

Este livro, apesar de várias leituras possíveis de uma crítica ao capitalismo, convida-nos a pensar na necessidade que os seres humanos têm em estipular e criar regras de normalidade para se defender do diferente, do que se convencionou chamar de “anormal”. Atitudes e comportamentos registrados como uma ameaça são condições para que pessoas sejam banidas do meio da população em nome de uma pretensa segurança e manutenção do bem-estar como também uma maneira de resguardar a saúde da sociedade, uma vez que se evitava, com o isolamento, a contaminação que poderia colocar em risco a saúde da família e conseqüentemente de seus descendentes. Mas a promessa de tratamento na verdade não passa de uma ilusão, uma vez que todos os cuidados são restritos e não há verdadeira preocupação em investir na qualidade de vida desses sujeitos.

## 1.1 Os mecanismos de exclusão e a medicalização

Lido sobre esse viés, *Ensaio sobre a cegueira* pode retratar como a sociedade está preocupada em se manter à parte do contato com essas pessoas e se resguarda ao máximo de se relacionar com essas realidades. Analogamente, na história dos confinamentos, observamos que não eram apenas os portadores de sofrimento mental que corriam o risco de serem tirados do convívio com a família. Qualquer pessoa cujo comportamento fugia aos padrões do considerado normal no crivo da moral e dos bons costumes também era enviada para os manicômios. A população destas instituições era simplesmente amontoada e completamente esquecida pela sociedade.

Com a reforma da Psiquiatria e da saúde mental, o quadro começou a se modificar com o movimento em prol da desinstitucionalização dos pacientes e com a criação das residências terapêuticas<sup>1</sup>. A era moderna da Psiquiatria é apontada da seguinte maneira por Whitaker (2017)<sup>2</sup>,

Em 1999, David Satcher, o diretor nacional de Saúde dos Estados Unidos, resumiu bem essa história de progresso científico, num relatório de 458 páginas intitulado *Saúde Mental*. Segundo ele, podia-se dizer que a era moderna da Psiquiatria tivera início em 1954. Antes dessa data, a Psiquiatria não dispunha de tratamentos que pudessem ‘impedir que os pacientes ficassem cronicamente enfermos’. Mas então foi introduzido o Thorazine. Esta foi a primeira droga a constituir um antídoto específico para distúrbio mental – era um medicamento *antipsicótico* – e ela deu o pontapé inicial numa revolução psicofarmacológica. Logo em seguida, foram descobertos agentes *antidepressivos* e *ansiolíticos*, e, como resultado, hoje desfrutamos de ‘uma variedade de tratamentos, de eficácia bem documentada, para o conjunto de transtornos mentais e comportamentais claramente definidos que ocorrem ao longo da vida’, escreveu Satcher. (p. 22).

Assim, o avanço das pesquisas científicas para a criação de novas drogas farmacológicas conferiu um papel de destaque a Psiquiatria, dividindo o que ela representava antes e o que ela passou a representar dentro da sociedade no que tange ao alívio do sofrimento das pessoas.

Outro clássico da literatura que retrata de forma mais clara a questão da medicalização é o livro *Admirável Mundo Novo* escrito por Aldous Huxley (1931). Nele os pontos fortes estão retratados na divisão da sociedade em castas onde as pessoas são pré-condicionadas biologicamente e condicionadas psicologicamente a viverem de acordo com leis e normas que eram impostas de maneira pacífica, não havendo, portanto, necessidade do uso da força. Para tanto, usava-se uma droga sem efeitos colaterais chamada “soma”. Numa sociedade de

<sup>1</sup> Locais de moradias, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Jornalista dos Estados Unidos, é autor de diversos livros e artigos premiados a respeito das indústrias farmacêuticas e doença mental.

autômatos, onde não era necessária nenhuma forma de repressão, uma vez que os mecanismos de condicionamento e o ansiolítico, como forma de controle de sentimentos, sofrimentos, vontades, desejos, a droga evitava o surgimento de comportamentos de resistência, de questionamentos e também de revolta que pudessem surgir entre os indivíduos dessa sociedade. A medicação impedia o sofrimento e a insatisfação que poderiam ser o motor para uma busca de mudança com relação às situações adversas e que não estaria mais sendo um meio de vida satisfatório. A mesma agia como uma contenção desse sentimento. Além de outros fatores importantes nesta obra, o autor previa que a medicalização poderia ter um papel importante como contenção química.

Segundo o Fórum sobre medicalização da Educação e da Sociedade (2015) atualmente, a medicalização<sup>3</sup> é assunto cada vez mais abordado no cenário das políticas públicas que envolvem a saúde, a educação e a sociedade e têm promovido diversos debates, fóruns, seminários, que discutem o aumento significativo do uso de medicações psiquiátricas. Este aumento não diz respeito apenas aos adultos. É alarmante o grande número de crianças que estão fazendo uso desses medicamentos, principalmente em idade escolar, com o objetivo de aliviar ou minimizar sintomas que estariam afetando seu rendimento em sala de aula e conseqüentemente prejudicando o bom funcionamento das atividades escolares de um modo geral. Apontam também, como outro motivo para este aumento no consumo de medicamentos por parte das crianças, a tentativa de corrigir comportamentos indesejados e que estariam colocando em risco padrões que se convencionou chamar de normais.

As estatísticas são alarmantes. De acordo com a nota técnica deste mesmo Fórum, o consumo de Ritalina, Concerta e Venvanse<sup>4</sup> está crescendo ano a ano. A comparação de seu princípio ativo evidencia o crescente aumento no consumo desses medicamentos. Em 2012, o Brasil importou o equivalente a 578 kg do metilfenidato (princípio ativo da Ritalina e do Concerta) e, em 2013, esta importação teve um aumento de mais de 300%, 1.820 kg. São números que chamam a atenção para uma situação preocupante uma vez que o seu equivalente também é verdadeiro, ou seja, aumento do número de vendas e aumento do número de prescrições ou de dosagens. A Comissão Internacional de controle de Narcóticos (ONU, 2015) aponta algumas razões para este fato:

- a) o aumento do número de pacientes diagnosticados com TDAH; b) a ampliação da faixa etária dos pacientes que são susceptíveis a receber a prescrição de metilfenidato; c) o aumento do uso em adultos;

<sup>3</sup> Entende-se por medicalização o processo que transforma artificialmente questões do cotidiano em problemas médicos e, portanto, passível de tratamento medicamentoso. Definição encontrada no manifesto do Fórum sobre medicalização da Educação e da Sociedade ([http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto\\_forum.aspx](http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx)).

<sup>4</sup> Ritalina, Concerta e Venvanse são medicamentos psicoestimulantes usados para o tratamento do TDAH (Transtorno do déficit de atenção e Hiperatividade).

d) erro no diagnóstico de TDAH e prescrição indevida de metilfenidato; e) a falta de diretrizes médicas adequadas relativas à prescrição de metilfenidato; f) a oferta do mercado cada vez maior em muitos países; g) as práticas comerciais influentes, ou de marketing agressivo por parte de fabricantes de preparados farmacêuticos que contém metilfenidato; h) a pressão da opinião pública, como a exercida por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para o tratamento de TDAH. (p. 39).

A preocupação se torna ainda maior quando se constata que todo esse avanço nas vendas e no diagnóstico dos transtornos não tem sua eficácia comprovada nos resultados do tratamento. Segundo a ANVISA (2014)<sup>5</sup>,

O metilfenidato é um agente estimulante moderado do sistema nervoso central (SNC) indicado como adjuvante a intervenções psicológicas, educacionais e sociais no tratamento de distúrbios de hiperatividade. Seu mecanismo de ação não é inteiramente conhecido, mas se acredita que o fármaco inibe transportadores de dopamina e norepinefrina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica e produzindo efeito excitatório no SNC. Os efeitos esperados durante o tratamento do TDAH com esse medicamento são o aumento da atenção e a diminuição da inquietação em crianças hiperativas. (p.4).

E ainda,

As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização. Além disso, a heterogeneidade entre os estudos foi um dos problemas mais frequentes nas revisões sistemáticas selecionadas. (p.9).

Desta forma, podemos verificar que, mesmo que o mecanismo de ação deste medicamento - bem como sua eficácia - não sejam inteiramente conhecidos, sua prescrição continua aumentando para o tratamento do TDAH entre as crianças e adolescentes. Isto fica ainda mais sério porque, além de não se comprovar sua eficácia no tratamento, também não se conhece inteiramente sua ação no organismo, seus efeitos a longo prazo para a saúde, as sequelas de seu uso contínuo. De acordo com Gotzche (2016), este medicamento deve ser considerado como narcótico e em decorrência deste fato, seu uso deve ser muito restrito. No mesmo boletim, há o alerta de que existem evidências de que crianças estão sendo medicadas sem necessidade ou ainda sem apresentarem sintomas do TDAH. Este dado corrobora com o que é apontado por Pontes e Ribetto (2013), com a afirmação de que as desigualdades e as diversidades são entendidas na sociedade ocidental como transtornos ou distúrbios que deveriam ser tratadas como doenças e conseqüentemente medicadas. Transferidos para questões médicas, os problemas de ordem social e política passaram a ser da ordem biológica e como tal, tratados pela Medicina. Com isso, os manuais de diagnósticos, os DSMs<sup>6</sup>, utilizados para a formulação de diagnósticos dos transtornos, são apontados por diversos autores que abordaram o assunto como, Aguiar (2004), Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017), como modelos de estigmatização. Estariam eles respondendo aos anseios de uma sociedade de

<sup>5</sup> Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

<sup>6</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais).

controle como nos coloca Deleuze (1990), cuja preocupação está na padronização de comportamentos. Assim, por estarem diretamente a serviço de uma Medicina organicista que negligencia problemas que realmente afetam o indivíduo como um todo, os DSMs se enquadram como manuais de normas e padrões de conduta e de comportamento que não levam em consideração a diversidade e a realidade do sujeito em questão.

Segundo Freitas e Amarante (2015), a OMS (Organização Mundial de Saúde) define, hoje, a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” (p. 11). Esta definição, por si só, responderia a uma ideologia a favor de uma sociedade preocupada com a hegemonia, em que a criatividade, a produtividade, seriam aliadas e justificadas a uma conformidade. Estar “completamente” bem em todos os aspectos da vida obriga o sujeito a uma busca constante de realização e satisfação. Além disso, faz com que os sofrimentos e as dores próprios do cotidiano sejam entendidos como patológicos e, conseqüentemente, passíveis de receberem tratamento, de serem medicados pois estariam sendo considerados transtornos.

Ainda segundo os dados obtidos na nota técnica do Fórum sobre medicalização da Educação e da Sociedade (2015), em 2013 o Brasil tornou-se líder na fabricação do clonazepam<sup>7</sup>, com 3,2 toneladas ao ano. Atualmente, o fármaco está disponível em 68 formulações no mercado brasileiro e está sendo prescrito para transtorno de ansiedade e de humor e é também bastante utilizado por profissionais da área de educação, mesmo sabendo-se que sua utilização a longo prazo, pode causar demência e síndrome de Alzheimer.

## **1.2 A medicalização da criança**

Conforme podemos observar, as reações adversas e o uso prolongado dos psicotrópicos podem acarretar sérios problemas à saúde da população de uma forma geral e, quando isso é dirigido às crianças, fica ainda mais assustador. Tal situação coloca as instituições, principalmente a escola, como uma mediadora no processo de patologização infantil que seria o pilar necessário para a inserção da medicação na vida da criança. Posicionando-se entre a criança e os saberes médicos, os encaminhamentos, originados nesses espaços, tornam-se veículos de inclusão destes na indústria do adoecer e do medicar e mascaram os conflitos que estão sendo externalizados através da linguagem do comportamento das crianças. Estes

---

<sup>7</sup> Um benzodiazepínico usado principalmente como um anti-epiléptico.

conflitos, dentro deste discurso, são entendidos como originados mais pelo aspecto individual do que pelo político-sócio-cultural. (Collares & Moysés, 1994).

Foi a observação deste fenômeno na clínica e no trabalho de Psicologia Organizacional que nos levou a desejar fazer um estudo mais aprofundado. Exercemos a função de psicóloga clínica desde o final de 1997 e testemunhamos uma mudança significativa, durante todos estes anos, no que se refere ao tratamento de crianças. Observamos, como testemunha mesmo deste processo, como foram se configurando os encaminhamentos e as demandas direcionadas para o tratamento psicológico de crianças apresentando supostos problemas de aprendizagem, trazidas por seus pais (ou pela mãe, personagem mais frequente nesta luta da busca por respostas). Concomitantemente, na empresa em que trabalhávamos, observamos um número crescente de funcionários que passaram a fazer uso de medicamentos psicotrópicos em decorrência de diagnósticos como depressão, ansiedade e transtorno de humor.

Com relação às crianças, os encaminhamentos que chegavam eram basicamente originados por uma demanda da escola cuja principal queixa se referia à indisciplina e ao atraso na aquisição dos conteúdos das matérias ministradas, muitas vezes resultantes da comparação que era feita através da observação que o professor realizava entre os seus alunos. A necessidade de uma homogeneidade nos resultados das crianças era uma situação recorrente, ou seja, aquela criança que apresentasse qualquer problema que chamasse a atenção do professor, corria o risco de ser imediatamente indicada a tratamento. Com o passar do tempo, esses encaminhamentos começaram a ser acompanhados de laudos confeccionados por psicólogas escolares com um provável diagnóstico que deveriam ser confirmados e, conseqüentemente tratados. Além do TDAH, outras patologias como depressão, transtorno do humor, transtorno opositor desafiador também começaram a fazer parte do cenário. Esta situação provocou questionamentos em nossa atuação com crianças, levando-nos a buscar explicações que pudessem aliviar a angústia diante de tantas patologias e tantos diagnósticos acompanhados de suas fortes medicações para que pudéssemos atuar de forma ética e responsável.

Muitas vezes, ao se observar, durante o tratamento, dúvidas com relação ao diagnóstico que carregavam em seus encaminhamentos, a desistência do tratamento não tardava a ocorrer. Este é um dos principais entraves da clínica infantil. A demanda quase nunca parte da própria criança e a desistência na continuidade do tratamento também não é da vontade dela. Na maioria das vezes, nem mesmo são consultadas pelos responsáveis para esta tomada de decisão.

### 1.3 Sob o olhar da Teoria Ator-Rede

Portanto, partimos de um lugar pessoal, como testemunha localizada, situada. Assim, tocada profundamente por este movimento e pelas controvérsias que íamos encontrando na literatura, o desejo de trabalhar o assunto cresceu muito durante nossa trajetória profissional. A pesquisa foi o caminho que encontramos para entrar nesta rede (da qual também fazemos parte) e conhecer seus diversos porta-vozes. Desta forma, encontramos na Teoria Ator-Rede uma aliada para a realização deste trabalho e no método da cartografia das controvérsias<sup>8</sup> uma maneira estimulante de mapear estes caminhos. O primeiro contato com este estudo veio através da orientadora escolhida para o mestrado. Nos primeiros trabalhos com os quais nos deparamos para tomar conhecimento a seu respeito, observamos que trabalhar a questão da patologização e medicalização à luz da Teoria Ator-Rede poderia se constituir em um trabalho original para o nosso caminhar acadêmico.

A medicalização infantil, como um ato de padronização de corpos, fez emergir grupos antagônicos que travam disputas entre si procurando defender suas posições. Podemos observar que os atores que rivalizam possuem em comum as mesmas profissões ou fazem parte dos mesmos grupos no coletivo. Se temos, de um lado, os defensores da medicação como um recurso terapêutico para doenças biologicamente comprovadas através dos seus desequilíbrios químicos como médicos de diversas especialidades, pais de crianças com problemas de comportamento ou de aprendizagem, professores, psicólogos, profissionais de laboratórios, e etc., de outro, podemos encontrar profissionais e pessoas que se encontram envolvidas mas com um pensamento completamente contrário, ou seja, grupos que se formaram e se uniram para combater a comprovação biológica das doenças mentais e para denunciar os abusos que estão sendo cometidos ao se medicar qualquer comportamento que possa ser observado como desviante ou como sinal de uma patologia.

São muitos os componentes que fazem parte dessa trama urdida em torno da patologização e medicalização. De acordo com a teoria Ator-Rede, os fenômenos emergem de redes heterogêneas compostas de atores muito variados e levantam muitas controvérsias sobre sua existência, como algumas apontadas nesta introdução como, por exemplo, a lógica diagnóstica e medicalizante, os DSMs e a compatibilidade com a reforma psiquiátrica, a medicalização na melhora de performance. Nosso olhar se concentrou na rede que se formou em torno das questões higienistas que priorizam padrões normalizadores do comportamento

---

<sup>8</sup> Será melhor explicado no capítulo sobre método. Vale ressaltar ainda que ao longo do texto poderemos usar a sigla TAR ao nos referirmos à Teoria Ator-Rede.



que servem de base para sustentar o estabelecimento de todas estas articulações. independentemente do caminho que cada criança percorre, foi preciso entender o porquê da necessidade de se estabelecer regras, padrões e modelos de normalidade e o lugar que ela ocupa no discurso biologizante.

Para estudar como se fazem e/ou desfazem essas redes, Venturini (2009) propõe, como metodologia, o que chama de “Cartografia das Controvérsias” para seguir o assunto sobre a medicalização como um fenômeno complexo dentro de um coletivo<sup>9</sup> onde os atores envolvidos não estão de acordo ou se opõem com relação às explicações e justificativas a respeito do fenômeno de patologização e medicalização infantil. Uma controvérsia não possui apenas dois lados contrários, dois pontos de divergências, mesmo que nosso olhar esteja direcionado para um ponto específico da pesquisa. Outras controvérsias se articulam com a controvérsia que nos propomos a estudar sendo extremamente necessário ouvir estes atores. Venturini (2009) declara que a controvérsia não é uma ilha isolada, várias outras estão interligadas e seu movimento e questionamentos contribuem para estimular o desenvolvimento da ciência. Outra informação importante é a de que para cartografar uma controvérsia nenhuma hipótese necessita ser confirmada pelo pesquisador porque não existe nenhum protocolo metodológico para ser seguido rigidamente. Entretanto, para delimitar o rastreamento das redes da controvérsia, foi proposto como objetivo geral seguir, nas publicações sobre a temática, a evolução da controvérsia que cerca o processo de patologização e medicalização infantil através do mapeamento dos elementos que compõem a rede que sustenta esta prática, analisando as inscrições que tratam a respeito da medicalização e patologização infantil, discutindo a relação que se estabeleceu entre a Psiquiatria e a indústria farmacêutica, descrevendo o lugar da criança neste processo e analisando a posição da instituição escolar nesta rede.

A fim de alcançar esses objetivos, os capítulos desta dissertação seguem a seguinte lógica: no primeiro discutimos a respeito do lugar que a criança ocupa no processo de medicalização à luz do conceito de higienismo que tem como base a prevenção do qual se origina a biologização da vida, do conceito de corpo para a Teoria Ator-Rede e a respeito das emoções e das afecções como algo construído, não universal, resultado das articulações do corpo infantil com seu meio. Tentaremos entender como a maneira de nos comportarmos está

---

<sup>9</sup> O termo coletivo foi mencionado por Latour (2012) como sendo melhor utilizado em substituição ao termo sociedade cuja definição remetia a especificidades, homogeneidades e detendo a explicação do porquê dos acontecimentos, dos fenômenos e dos fatos. Segundo o mesmo, a separação cultura, natureza e sociedade constituem-se em coletivos. “Os fatores reunidos no passado sob o rótulo de um ‘domínio social’ são simplesmente alguns dos elementos a agregar, no futuro, em algo que não chamarei de sociedade, mas de *coletivo*”. (p.34).

intimamente relacionada com o momento em que vivemos e como as reações de muitas de nossas crianças passaram a ser vistas sob um olhar patologizante. Apoiamo-nos, em contraponto a essa visão, em autores que demarcam a importância do brincar para o desenvolvimento e enfrentamento do desenvolvimento infantil, mas que está sendo substituído por obrigações cada vez mais voltadas para uma melhora de performance<sup>10</sup>.

No segundo, trabalhamos a história da escola articulando com os conceitos de eugenia<sup>11</sup> e higienismo presentes, de acordo com alguns autores, desde sua iniciativa no processo de educação, contrapondo com a emergência em preparar adultos saudáveis capazes de assumir papéis importantes na sociedade ainda presentes nos dias atuais bem como o espaço que ocupa no processo de medicalização e psicopatologização infantil.

No terceiro capítulo, levantamos questões relativas aos padrões que estabelecem o que é normal e o que é patológico e como estas articulações vem se mantendo nas associações firmadas entre a Psiquiatria e a Farmacologia respaldados por seus manuais de sinais e sintomas de transtornos como os DSMs e os CIDs ao longo da história.

Por último, no capítulo final, firmamos a importância, de acordo com a Teoria Ator-Rede, dos espaços que a pesquisa deixa no seu rastro para novos estudos. Nele trabalhamos com considerações temporárias uma vez que novos caminhos podem ser trilhados e por onde podemos acompanhar outros grupos.

Entre os capítulos foram propostas algumas interrupções que chamamos de *intermitências* que, propositalmente, tiveram a intenção de quebrar o texto, de interromper a leitura com o objetivo de provocar pausas para reflexão.

Ao longo dos capítulos, alguns exemplos da clínica com crianças foram mencionados, e, como os leitores já puderam observar aqui na introdução, optamos por trabalhar na primeira pessoa do plural, uma vez que entendemos que não fazemos nada sozinhos, muito pelo contrário, estamos sempre funcionando em rede. Na relação terapêutica não estão presentes apenas o terapeuta e seu cliente, mas toda uma rede que envolve o processo. O trabalho é sempre mediado pelos objetos, seja pela estrutura do local, seja pela formação do profissional, a teoria assumida e, no caso do atendimento infantil, ainda outros objetos se configuram mesmo como

---

<sup>10</sup> Performance aqui entendida como a exigência de comportar-se segundo padrões colocados por uma lógica reprodutivista e competitivista instaurada pelo capitalismo.

<sup>11</sup> Luengo (2010) “Termo usado por Francis Galton a partir de 1883. Evolucionista, matemático e fisiologista, ele se dedicou aos estudos da hereditariedade, com o intuito de melhorar as qualidades raciais das futuras gerações tanto física quanto mentalmente.” (p.27). A eugenia teve seu fortalecimento no século XX nos meios sociais e médicos e se constituía na prática para se obter a “raça pura”. Para tanto, normas e padrões eram estabelecidos para se alcançar o objetivo. Aqueles que não se enquadravam dentro destas normas e padrões eram considerados uma ameaça.

a voz das crianças como os brinquedos, os equipamentos para desenhos, os jogos. É sempre um desenhar, mesmo quando fora do papel. Assumir esta postura de não sou *eu*, mas os *nós* que habitam em mim, faz nossa a minha experiência.

Se, no *Ensaio sobre a cegueira*, o isolamento precisava contar com os muros erguidos para separar os “normais” dos “anormais”, a medicalização do cotidiano faz uma divisão eugênica entre os doentes e os não doentes como uma condição de continuar fazendo parte da sociedade. Da necessidade do confinamento, em *Ensaio sobre a cegueira*, aos meios mais pacíficos proporcionados pela medicação em *Admirável mundo novo*, o objetivo de silenciar demandas e questionamentos é a estratégia que tem sido tentada, em alguns casos, com sucesso.

O momento pelo qual está passando o nosso país revela como os grupos se formam em torno de uma hegemonia comportamental em face de uma sociedade higiênica, de disciplina e ordem. Os discursos de discriminação e preconceito deixam claras as demandas de afirmar uma raça superior, devidamente disciplinada e majoritária. Os que não se encaixam, quer seja pela cor, raça, etnia, gênero ou que apresentam um comportamento considerado desviante não terão voz. O que antes estava implícito e era negado agora está autorizado a ser declarado e revelado. Os clássicos da literatura aqui mencionados contam a nossa história presente, deixando a esfera da ficção para cair na esfera do baseado em fatos.

## 2 COMO ENTRAMOS NA REDE

A cartografia das controvérsias foi o método escolhido para trabalhar as questões que envolveram o presente estudo. Segundo Venturini (2009), trata-se de uma versão didática da Teoria Ator-Rede, em que os principais procedimentos são a observação e a descrição das disputas, dos debates, dos movimentos existentes em torno de assuntos que mobilizam diferentes atores.

Desenvolvida a partir dos estudos em ciência e tecnologia, defendida principalmente por Bruno Latour, Michel Callon, John Law, entre outros, a Teoria Ator-Rede é também conhecida como Sociologia da Tradução. Para essa abordagem, toda pesquisa envolve ações de tradução<sup>12</sup>, uma vez que se preocupa em investigar como atores e organizações mantêm unidos os elementos que constituem uma rede, como se mesclam e se modificam fazendo novas conexões, assumindo estabilidades provisórias ou se desfazendo. Por isso, a Teoria Ator-Rede apresenta uma perspectiva diferente a respeito do que chamamos de social e de como o mesmo se constrói. Ao invés de estabilizado e tomado como causa de algum fenômeno, o social é entendido em sua dinâmica e no calor de suas controvérsias.

Segundo Latour (2012), o social não existe *a priori*, não é algo definido e definível; ao contrário, é algo construído, instável, heterogêneo, formado, amalgamado, constituído de conexões, associações, alianças estabelecidas por atores humanos e não-humanos. É daí, dessas conexões, dessas alianças que se caracterizam as redes, por efeito das conexões nem sempre previstas, que emergem as associações, vocabulário que Latour prefere usar ao termo social. Seguir a controvérsia que escolhemos é como usar uma lupa para entender como as associações são performadas para produzir a rede da medicalização. O princípio de simetria que anima a Teoria Ator-Rede nos ajuda a observar o fenômeno, desconsiderando as dicotomias instaladas pela modernidade como natureza e sociedade, corpo e mente, local e global, humano e não-humano, evidenciando as articulações, as associações que se estabelecem de forma heterogênea entre os diferentes atores, neste caso, fármacos, indústria farmacêutica, psiquiatras e sua Psiquiatria, DSMs, escolas, processos de aprendizagem, “distúrbios” de aprendizagem, crianças, famílias, professores, pautas institucionais, conceito de saúde, entre muitos outros. “O social é uma rede heterogênea, constituída não apenas de humanos, mas também de não-

---

<sup>12</sup> Tradução, conceito cunhado pelo filósofo Michel Serres (1999), significa estabelecer conexões e comunicações, produzindo uma passagem entre domínios, sendo mais que apenas passar de uma linguagem a outra, de um código a outro, pois alude a um processo de mediação, enfatizando um trabalho de fronteiras. Trata-se de um espaço onde ocorrem negociações e de onde as entidades, ao entrarem em contato e se afetarem mutuamente, não saem da mesma forma como entraram.

humanos, de modo que ambos devem ser igualmente considerados” (Freire, 2006, p. 49). Então, não é apenas a relação em si que importa, mas também o que a rede performa. Esses vínculos, estas relações deixam rastros; e é seguindo estes rastros que podemos estudar a produção dos fatos. Para Law (1992), se quisermos entender a mecânica do poder e da organização, devemos partir do pressuposto de que o que existe são interações e o que devemos pesquisar e estudar são os efeitos dessas interações. As questões que são formuladas se referem a como algumas dessas interações estabilizam mais que outras conseguindo vencer e superar resistências e como estas conseguem produzir reconhecimento, poder e fama.

Para Venturini (2009), a observação do pesquisador não deverá ser realizada sobre a égide de uma única teoria ou metodologia, ou seja, podemos utilizar de quantas ferramentas forem necessárias para a realização dessa tarefa, levar em consideração os diversos pontos de vista, além de também considerar o que têm a dizer os diversos atores. Atores aqui deverá ser entendido não sendo apenas constituído de seres humanos ou grupos humanos, mas também hibridizados com não-humanos como instituições, artefatos científicos e técnicos, elementos naturais e biológicos e etc. Por isso, a TAR entende que nenhum ator age sozinho. O que vemos são sempre atores-redes, lugares para onde convergem feixes de agências. Para observar e descrever esses atores-redes, o autor propõe cinco lentes de observação com a finalidade de focar a visão nas diversas camadas da controvérsia escolhida.

## **2.1 As lentes de observação**

A primeira lente seria transitar das afirmações à literatura: ou seja, mapear as redes de referências através da busca dos porta-vozes que nos oferecem um ponto de vista a respeito do lugar que a criança ocupa no discurso da medicalização e patologização. Os diversos autores aqui apresentados, que promoveram inscrições a respeito do assunto articulados com Latour que é um dos principais autores da Teoria Ator-Rede, possibilitaram a observação do fenômeno.

A segunda lente seria transitar da literatura para os atores. Acompanhando as redes de relações que se estabelecem em torno das polêmicas, podemos observar as diversas conexões que vão além dos textos e das produções literárias. Ao procedermos com a revisão de literatura, pudemos observar diversos atores que estão envolvidos na polêmica da patologização e medicalização infantil, como a criança, a Psiquiatria, os manuais de diagnósticos, as medicações, os padrões e normas, entre outros.

A terceira lente seria transitar de atores às redes: Os atores não se manifestam isoladamente, individualmente, mas são resultados de articulações, de composições, ou seja,

são compostos. Eles interagem, afetam relações e são afetados por elas. Ao observarmos as controvérsias, pudemos perceber como as conexões são feitas e desfeitas em todo o processo. No processo de patologização e medicalização infantil, observamos, por exemplo, os grupos que se estabeleceram em torno da instituição escolar que fizeram dela uma das maiores demandantes de tratamento para crianças cujos comportamentos fogem de um padrão.

A quarta lente seria transitar das redes para os cosmos. Devemos levar em consideração que o objetivo dos atores e dos grupos é chegar a uma estabilização. A dinâmica ocorre na busca de se chegar ao consenso. Por mais que os atores e grupos lutem entre si, eles almejam a simplificação. Os atores que disputam na polêmica da medicalização e patologização infantil buscam uma simplificação, um consenso dentro daquilo que acreditam, dentro de suas ideologias. Por exemplo, os padrões estabelecidos para se considerar um comportamento normal, são defendidos por profissionais da saúde e criticados por outros grupos que os veem como instrumento a serviço do processo de higienização. Segundo Venturini (2009), a ideologia, ao contrário da vida coletiva caótica, é ordenada.

A quinta e última lente seria transitar do cosmo a cosmopolítica: É importante abandonar a ideia de que exista uma realidade objetiva. As ideologias e as controvérsias possuem sua origem na imperfeição do intelecto humano. No que concerne ao tema desta pesquisa, a verdade das ideologias envolvidas são, na realidade, verdades para seus defensores. Algumas vezes, as disputas são silenciadas porque uma ideologia se sobrepôs à outra, mas é um fato temporário. Só permanece assim até que outras fontes de disputas surjam ou ressurjam trazendo novos questionamentos e novas ideologias.

Ao longo do trabalho, tentaremos fazer uso dessas lentes de forma coordenada, não anunciando a sua demarcação. Entendemos que o rastreamento dessa controvérsia é denso e complexo, não bastando nem sendo suficiente fazer discussões segmentadas. Os principais atores da controvérsia aparecerão de forma articulada às redes que lhes dão sustentação, sem a pretensão de esgotar todos os participantes desta disputa.

A controvérsia denuncia a complexidade da vida coletiva onde diversos e numerosos atores se encontram envolvidos através de alianças, acordos, agenciamento, discordâncias, oposições, jogos de interesse, revelando conflitos nada simplificados da vida cotidiana e deixando à mostra o social em sua forma mais dinâmica, onde os atores tendem a discordar a respeito de coisas e ideias que, em algum momento, foram consideradas como verdades, como

certas, o que Latour (2011) denominou de caixa-preta<sup>13</sup>. A ação não é resultante de um humano, mas de uma rede heterogênea de relações entre humanos e não-humanos. Conforme Lemos (2013),

Controvérsia é o lugar e o tempo da observação, onde se elaboram as associações e o ‘social’ aparece antes de se congelar ou se estabilizar em caixas-pretas [. . .]. É pelas controvérsias que vemos o social em sua tensão formadora, em seu ‘magma’ [. . .]. Olhar as controvérsias é olhar as redes em formação na disputa pela estabilização. Quando elas cessam, surgem as caixas-pretas. (p.55).

## 2.2 – As etapas para acompanhar a controvérsia

A atmosfera que cerca a patologização e a medicalização da criança tem gerado um dos debates mais intrigantes e complexos do momento e que convida a ser seguido para se observar como o social vai se constituindo. Novas questões surgem, o que demonstra que o pesquisador orienta seu estudo para descrever uma controvérsia e não para seu encerramento. As controvérsias pertencem aos atores que as constituem e não ao pesquisador. Portanto, pesquisar uma controvérsia significa buscar explicar o social e não buscar resolver conflitos sociais.

Segundo Latour (2012), rastrear conexões entre as controvérsias é a melhor solução para se chegar a um senso de ordem e não tentar resolver esses conflitos. As controvérsias não devem ser evitadas, pois é nelas que podemos observar o social e sua formação.

Ainda de acordo com este autor, as redes são compostas por nós, por inúmeras e variadas relações entre os diversos atores de forma heterogênea e dinâmica, que se articulam configurando movimentos onde podemos observar relações instáveis em sua implicação com os diversos conflitos mesmo em momentos de acordos e de uma provável estabilidade. Esta, por sua vez, é considerada frágil, uma vez que, dada a qualquer movimento, esta suposta estabilidade é colocada em xeque e novas questões são levantadas e novas associações são estabelecidas. Quando uma caixa-preta é aberta, podemos verificar aí a constituição do social em seu momento mais dinâmico. Nas palavras de Lemos (2013),

Por exemplo, um objeto técnico é sempre resultado temporário de uma estabilização. Ele é um evento estabilizado de outras redes, de redes que o formam (as redes dos laboratórios de P&D, as estratégias empresariais, as visões dos criadores, as ideologias governamentais e as visões de mundo dos utilizadores [. . .]) e de redes que mantêm em funcionamento (distribuição, energia, publicidade, usuários [. . .]). No entanto, nada está determinado, já que sua essência se definirá no momento mesmo de sua associação a outros objetos (humanos e não-humanos) formando novas redes. Mais uma vez impera uma ontologia da mobilidade na definição dos objetos. (p.62).

---

<sup>13</sup> Latour se utiliza do termo caixa-preta para designar a resolução de um problema, a estabilização de uma controvérsia. Quando há consenso entre os atores, o que tende toda associação, há a formação de uma caixa-preta e esta é mantida até que novos elementos sejam colocados em causa e novas discussões surjam.

Com esta finalidade, foram trabalhadas as informações coletadas através das diferentes inscrições<sup>14</sup>. As etapas adotadas para acompanhar a controvérsia da medicalização infantil foram as sugeridas por Pedro (2010). A primeira etapa consistiu em buscar uma porta de entrada que possibilitasse entrar na rede e começar a seguir os atores. Neste processo nosso primeiro contato foi com o texto *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem* de autoria de Collares e Moyses (1992) que é uma importante referência para esta temática. Nele, encontramos uma discussão crítica do que se convencionou chamar de distúrbio de aprendizagem, como também os vários diagnósticos que são atribuídos a esses distúrbios de maneira arbitrária e mal fundamentada. Por problematizar o crescente aumento do número de crianças que são medicalizadas em virtude desses diagnósticos, o trabalho dessas autoras possibilitou não só entrar na rede como também foi um facilitador no processo de seguir estes rastros e assim abordar outro ponto de vista a respeito desta temática.

A segunda etapa foi identificar aqueles que se constituíam como porta-vozes da rede. Uma vez que a rede é composta por inúmeros actantes<sup>15</sup> humanos e não-humanos, é necessário identificar aqueles que falam pela rede, como também aqueles que se apresentam como vozes discordantes. No presente estudo, os vários actantes como a Psiquiatria, a indústria farmacêutica, os Manuais de Diagnósticos, que falam pela rede provocam constantes mudanças e diversos pontos de vista. Além daqueles que atuam como defensores da medicalização, atores importantes são os próprios movimentos como fóruns, pesquisas e publicações a respeito do assunto que deram e dão voz e espaço para os questionamentos a respeito da cientificidade dos manuais de padronização de comportamento.

A terceira etapa consistiu na busca pelos trabalhos produzidos. A partir da porta de entrada que foi um trabalho pioneiro no registro de eventos que marcaram a problemática, (Collares & Moyses, 1992), já citado acima, procuramos mapear outros trabalhos através de buscas por artigos, livros e outros tipos de produção como fóruns, palestras em vídeos, conferências e seminários. Para orientar este percurso, a principal questão formulada foi: “Como se dá o processo da medicalização infantil?” Para tanto, o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) foi adotado como um canal especial da busca, utilizando-se como chaves de

<sup>14</sup> Segundo Lemos (2013) a inscrição é aquilo que foi registrado através das diversas formas de dispositivos como máquinas, gráficos, mapas e etc. Produz modificação, leva à ação e, portanto, é uma forma de produzir diferença, causar efeitos imprevistos.

<sup>15</sup> Nas palavras de Lemos (2013), o termo actante “significa tudo aquilo que gera uma ação, que produz movimentos e diferença, podendo ser humano ou não-humano. É na realidade, o ator da expressão ‘Ator-Rede’. Ele é o mediador, o articulador que fará a conexão e montará a rede nele mesmo e fora dele em associação com outros. Ele é que ‘faz-fazer’. E actante é tanto o governante, o cientista, o laboratório, a substância química, os gráficos e tabela... Ou seja, humanos e não-humanos em um mesmo terreno, sem hierarquia definidas *a priori*” (p. 42). Ele não age sozinho, pois é fruto de redes e faz parte de outras redes.



busca termos como: “medicalização infantil”, “patologização infantil”, “TDAH”, “ator-rede e medicalização”, “diagnósticos infantis”. A partir dos artigos coletados, foram buscados, em suas referências, novos materiais que poderiam ser usados para ajudar no processo de pesquisa.

Outro dispositivo de busca foram as redes sociais como o *facebook*, através do indexador de busca #despatologização, #desmedicalização, o que possibilitou encontrar os grupos formados em torno de trabalhos produzidos por diversos profissionais, como seminários, fóruns e novos estudos sobre o tema. É através das inscrições, que os conhecimentos, frutos das controvérsias, vão sendo transmitidos, trasladados de rede em rede, entendendo-se que a inscrição não é irremediavelmente imutável, pelo contrário, está em constante movimento.

Na quarta etapa, foi realizada a tarefa de delinear as associações através do registro e da descrição das articulações estabelecidas pelos atores, pelas inscrições encontradas na etapa anterior. Para isso, buscamos primeiro realizar um trabalho de catalogação e fichamento do material encontrado. Através do mapeamento, vão sendo descritas as diversas articulações estabelecidas pelos atores, sem a pretensão de encerrar controvérsias, identificar ou chegar a consensos e explicações. O objetivo foi, através das nossas inscrições, da escrita, ir seguindo os delineamentos, os novos caminhos e descrevendo as novas relações que foram se estabelecendo.

### **2.3 As regras metodológicas**

Latour (2011) propõe algumas regras metodológicas para o estudo das controvérsias, ou seja, estudar os fenômenos antes que a caixa-preta seja fechada. As controvérsias são o lugar onde tudo parece estar em plena desordem e de onde emergem o social e a ciência.

A primeira regra metodológica postula que devemos estudar a ciência em ação e para tanto devemos chegar antes, no início, quando tudo está fazendo bastante barulho, antes dos acordos, dos consensos ou então chegarmos quando algo novo provocou a reabertura da caixa-preta. No caso da patologização e medicalização infantil, a caixa ainda não se fechou, pois vários são os movimentos em torno do assunto e vários são os estudos que ainda estão surgindo sobre esta temática. Todo este movimento que fazem os actantes, evidencia que nenhum consenso ainda foi postulado.

A segunda regra metodológica afirma que devemos analisar as transformações que uma afirmação sofre nas mãos dos outros. As modificações vão ocorrendo e esse movimento, essa dinâmica produz conhecimento e alimenta a controvérsia. As modificações que ocorreram nas diversas versões dos DSMs, nas prescrições dos psicotrópicos, nas instituições escolares até os

dias atuais, para que cada vez mais houvesse novas padronizações de transtornos, atestam essas transformações. Esse movimento dentro da TAR é conhecido como *tradução*. Considerado um de seus principais conceitos, segundo Latour (2011), o resultado da conexão entre actantes que afeta a ambos em suas premissas, acarreta mudanças em ambos e na rede. Isto quer dizer que uma descoberta, passada de um actante a outro em uma rede, implicará, no final, em similaridades e diferenças. Similaridades porque guardará algo que permita o reconhecimento do ator e diferenças, porque será, se for apropriado dizer, adaptada a uma outra condição.

A importância da tradução reside no fato de que, pelas conexões, ainda que imprevistas, algo pode emergir como dado novo e ser disseminado por redes variadas. Na controvérsia, os diversos lados procuram cada vez mais adeptos (actantes) para que essa “verdade” seja tomada como estável. Mas não devemos supor que essa verdade seja de um indivíduo, mas pertence a uma rede constituída de forma heterogênea, indicando interesses que se opõem.

A terceira regra metodológica explícita que nunca podemos usar a natureza para explicar o fechamento de uma caixa-preta. A natureza, quando estabilizada, já é a consequência da resolução de controvérsias e não a sua causa. No processo de medicalização infantil, a Psiquiatria aponta para uma suposta natureza biológica dos distúrbios como justificativa para o tratamento medicamentoso de forma igualitária entre adultos e crianças sem levar em conta o contexto em que surge o fenômeno.

A quarta regra metodológica esclarece que a sociedade não pode ser usada como explicação para um fenômeno em controvérsia. Pelo contrário, ela é passível pela resolução da controvérsia. Existem diversas razões para explicar porque uma caixa-preta foi fechada e não apenas uma, sendo daí resultante a ciência. Na controvérsia que envolve a patologização e medicalização da criança, as diversas versões que alimentam a disputa ainda estão sendo construídas. Ainda não há uma estabilização que possa justificar um consenso.

A quinta regra metodológica diz respeito à indefinição e indecisão. Como pesquisadores devemos ser indecisos e indefinidos como o são os atores que estamos seguindo em uma controvérsia. Julgamentos prévios não nos possibilitam estudar os diversos lados. É necessário ouvir todos actantes envolvidos na controvérsia sobre a qual estamos nos propondo e nos alimentarmos também da indecisão e da indefinição. A dúvida nos faz caminhar na rede buscando novas vozes. Seguindo a controvérsia da medicalização fomos descobrindo o que está sendo feito com as afirmações que estão sendo passadas.

A sexta regra metodológica propõe que o pesquisador ou observador não usará de particularidades para reforçar diferenças como irracionalidades ou como crenças sem lógicas. Aqui, nos perguntamos qual padrão está sendo usado para definir o que é irracional ou ilógico,

o que é normal ou anormal, o que é considerado para determinar um diagnóstico e a prescrição de medicamentos, sob qual ângulo estamos colocando o nosso olhar para observar o fenômeno, sob qual ângulo os participantes da controvérsia observam, defendem ideias e legislam sobre esse saber, pois não se trata de julgamentos. Conforme fomos descobrindo os pontos da controvérsia da qual se trata a presente pesquisa, fomos deixando também, novos rastros que poderão ser seguidos por outros pesquisadores e observadores, ou seja, não se trata de resolver, dar um fechamento ao assunto, mas sim de descrever o que foi sendo observado, possibilitando novos estudos. Os diversos actantes e suas ações que seguimos aqui não foram enquadrados em conceitos morais e particulares, mas foram ouvidos em suas produções de sentido.

A sétima regra metodológica coloca que devemos rastrear a rede que traz consigo alguma instabilidade. Mesmo que por traz de suas fórmulas estejam laboratórios sofisticados e muitas pesquisas e o saber médico, a rede que sustenta a indicação ao uso de remédios para a melhoria de distúrbios e transtornos não conseguiu convencer todos os atores envolvidos, o que resultou em debates, disputas e movimentos sociais para que outra estratégia seja apresentada que estabeleça critérios coerentes para a indicação do uso dessas medicações. O estudo desta controvérsia nos possibilitou descrever a sua história.

Ao problematizarmos as questões relativas à psicopatologização e medicalização da infância, possibilitamos que certezas sejam desconstruídas, que novos pontos de vistas sejam observados e que diferentes atores sejam convocados. São novas alianças que se estabelecem em torno da polêmica que esta prática vem suscitando. As produções que resultam destes trabalhos, destas redes, veem alimentando novas publicações científicas e cada vez mais informações são transmitidas através de inúmeros canais. É a ciência interrogando a ciência. É a ciência em ação, nas palavras de Latour. Este autor, em sua obra de 2011, postula que a ação é assumida e dividida com outros atores. As forças que impulsionam a ação se originam de actantes que estão envolvidos em torno de determinada controvérsia e que vão deixando rastros na rede influenciando outros atores. Elas geram transformações, deixam traços, estão presentes nos relatos e são incessantemente debatidas, ou seja, são traduzidas. As ações também são delegadas e transferidas a diferentes atores caminhando adiante, assumindo novos caminhos cada vez mais distantes, modificando-se e exercendo outros tipos de forças.

As questões que seguimos buscamos descrever como a rede da medicalização se teceu, como ela se mantém e quais efeitos ela produz.

Por não envolver direta ou indiretamente seres humanos ou animais a presente pesquisa não necessitou ser submetido ao Conselho de Ética.

## *Intermitências*

Dani é uma criança que não sabe andar de bicicleta. Todas as outras crianças do seu bairro já andam de bicicleta; os da sua escola já andam de bicicleta; os da sua idade já andam de bicicleta. Foi chamado um psicólogo para que estude seu caso. Fez uma investigação, realizou alguns testes (coordenação motora, força, equilíbrio e muitos outros; falou com seus pais, com seus professores, com seus vizinhos e com seus colegas de classe) e chegou a uma conclusão: esta criança tem um problema, tem dificuldades para andar de bicicleta. Dani é disbiciclético.

Agora podemos ficar tranquilos, pois já temos um diagnóstico. Agora temos a explicação: o garoto não anda de bicicleta porque é disbiciclético e é disbiciclético porque não anda de bicicleta. Um círculo vicioso tranquilizador. Pesquisando no dicionário, diríamos que estamos diante de uma tautologia, uma definição circular. “Por que la adormidera duerme? La adormidera duerme porque tiene poder dormitivo”. Pouco importa, porque o diagnóstico, a classificação, exige de responsabilidade aqueles que rodeiam Dani. Todo o peso passa para as costas da criança. Pouco podemos fazer. O garoto é disbiciclético! O problema é dele. A culpa é dele. Nasceu assim. O que podemos fazer?

Pouco importa se na casa de Dani seus pais não tivessem tempo para compartilhar com ele, ensinando-o a andar de bicicleta. Porque para aprender a andar de bicicleta é necessário tempo e auxílio de outras pessoas.

Pouco importa que não tenham colocado rodinhas auxiliares ao começar a andar de bicicleta. Porque é preciso ajuda e adaptações quando se está começando. Pouco importa que não haja, nas redondezas de sua casa, clubes esportivos com ciclistas com quem ele pudesse se relacionar, ou amigos ciclistas no bairro que o motivassem. Porque, para aprender a andar de bicicleta não pode faltar motivação e vontade de aprender. E pessoas que incentivem!

Pouco importa, enfim, que o garoto não tivesse bicicleta porque seus pais não puderam comprá-la. Porque para aprender a andar de bicicleta é preciso uma bicicleta. (Felizmente, os pais de Dani, prevendo a possibilidade de seu filho ser disbiciclético, preferiram não comprar uma bicicleta até consultar um psicólogo.)<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Autor: Emilio Ruiz Rodriguez, psicólogo da Fundação Down Cantabria. Publicado originalmente em espanhol em <http://www.downcantabria.com/revistapdf/85/73-74.pdf>

### 3 O CORPO DOMADO DA INFÂNCIA

#### 3.1 A criança e suas afecções

A criança é afetada e concomitantemente afeta seu meio provocando ações que reverberam caminhos afora, deixando marcas e recebendo marcas nestas trocas que não são nada inocentes ou desprezíveis. De acordo com a Teoria Ator-Rede, não existe corpo sem afecção<sup>17</sup>. Ele é formado a partir de relações que estabelece com o mundo, com os objetos, com as pessoas, com os fatos e acontecimentos. Afetar e ser afetado é deixar-se ser modificado como também modificar, é uma transformação sem retorno, sem devolução, é uma construção que se estabelece pela desconstrução porque traz um novo posicionamento, um novo olhar, um novo ponto de vista no entrelaçamento com o mundo. Portanto, há narrativas deste entrelaçamento entre corpos, deste envolvimento localizado onde a criança está situada como atuante no contexto biocomportamental.

Abordar o assunto sobre afecção nos remete a um texto de Despret (2001), onde ela resgata um belíssimo trabalho antropológico a respeito das emoções em outras culturas<sup>18</sup>. Com embasamento nesta pesquisa, a autora problematiza como nossa cultura entende a emoção em contraste com a razão, e como a ela é atribuído um lugar de pouco prestígio, de pouco valor. Pensar em emoção é pensar em espaço privado, excluído daquilo que tem lugar na vida pública. “...o contraste emoção/razão, que, aliás, confirma outros dualismos afiliados – passividade/atividade; natureza/cultura; corpo/consciência; subjetividade/pensamento racional; valores/fatos; transbordamento/controle-vontade – é um contraste que hierarquiza os seres.” (p.31). Esses dualismos fundam a definição de emoção, colocando-a em um espaço de caráter particular, doméstico, fora da política cujo lugar é ocupado pela razão.

Falar de emoção é falar de posição, de constituição, de reconhecimento de nós mesmos, de pertencimento a uma determinada situação, mas contraditoriamente, é também falar de controle, de desvio, de fuga do padrão, do aceitável, do patológico. Assim, a questão “eu afeto o mundo ou sou por ele afetado?” produz enormes discussões e o grau em que isso ocorre e como isso se manifesta pode se tornar a base que sustenta a fronteira entre o normal e o anormal, o que é certo e o que não é certo, o que está dentro dos padrões e o que não está, o que desviou

---

<sup>17</sup> No dicionário online português, a definição desta palavra remete a uma alteração patológica do corpo. Aqui, manteremos esta definição de alteração, modificação que afeta o corpo sem, contudo, marca-la como patológica apenas.

<sup>18</sup> Trata-se da pesquisa de Catherine Lutz sobre as emoções dos habitantes da Ilha Ifaluk.

além do permitido e o que se manteve nos muros do controlável. Uma vez que a criança está situada em um espaço de desenvolvimento cuja racionalidade ainda não é considerada, as emoções que a fabricam também a colocam em vulnerabilidade diante da possibilidade de ter seus comportamentos percebidos sob um viés patologizante. É através de como a emoção é observada que os julgamentos das afetações são decretados.

De acordo com Latour (2008), o corpo se constitui pela capacidade e possibilidade de ser afetado pelo mundo, ou seja, não é formado ou constituído *a priori*, mas, antes, pela relação que estabelece com os existentes que o rodeiam. Portanto, o corpo é um resultado, é um depois dessas articulações que o marcam e cujos sentidos possibilitam novas articulações, novos arranjos, novas afecções. Neste contexto, o corpo é algo produzido, que aprende a ser afetado pelo mundo. Os sentidos se constituem na permeabilidade que permite que o corpo seja afetado e que esta afetação possa produzir novas e distintas trocas. É através dessas conexões que vemos emergir um “corpo-que-eu-faço...atravessado por tensões, forças, conexões que devem ser levados em conta.” (Moraes, Manso & Monteiro, 2009, p. 791); e que está longe de ser considerado como um modelo que deverá ser alcançado por todos. Para Moysés (2017), a maneira com que nos comportamos está relacionada ao momento histórico e cultural em um corpo biológico que está constantemente em interação com o que está a sua volta, nada determinado ou prontamente adquirido, mas onde se concretiza e onde pode ser observado, uma vez que sofre influências.

Esta concepção de que mesmo aceitando as diferenças, existe um fundo, uma base universal do que seria considerado normal, faz com que acreditemos nos diversos instrumentos para medir os comportamentos, para enquadrar os resultados e para acertar as arestas, tudo isso com o objetivo de padronizar o quanto mais possível a sociedade. Este é o significado da medicalização. Além de uma simples ministração de pílulas ou gotas, a medicalização é um ato de transformação dos corpos que teimam em se desviar, forçando-os a retornar para seu lugar de conformidade e aceitação.

### **3.2 Medicalizar para controlar: os diagnósticos dos “distúrbios” na infância**

Segundo Collares e Moysés (1992), a palavra distúrbio carrega em sua etimologia o significado de “alteração violenta na ordem natural” aqui alteração no sentido de “anormal, patológico”. Seguindo esta pista, os “distúrbios” observados no comportamento das crianças consideradas desviantes, ou seja, fora da norma, fora do padrão, que revelam prejuízos no tempo e na qualidade das aquisições, principalmente as cognitivas, são considerados um problema

individual e, portanto, passível de tratamento médico, o que não ocorria até algum tempo atrás. De acordo com Brzozowski e Caponi (2013), os problemas, observados nas aquisições infantis e suas causas, eram trabalhados pela família e pela escola estando a Medicina fora deste contexto. “A etapa da vida da criança era considerada um período de transição...” (p.211). A origem da mudança das intervenções direcionadas às crianças, segundo alguns autores como Luengo (2010) e Guarido (2015), estaria nas teorias higienistas, nas teorias médicas sobre degeneração, nas concepções da puericultura e no desenvolvimento de técnicas da Psicologia do desenvolvimento.

A preocupação com padrões normalizadores do comportamento fez com que a criança fosse o principal alvo dos profissionais que se preocupavam com o progresso da sociedade. E, se não correspondiam às expectativas, ou, se demonstravam algum desvio do padrão, a punição – antes em forma de castigos físicos que foram sendo substituídos por normas médicas – era aplicada. As medicações psicotrópicas foram apontadas como instrumento desse castigo, após a submissão a exames médico-psicológicos que foram incorporados às rotinas da infância para justificar diagnósticos de patologias. De acordo com Rocha (2003), para evitar que as doenças afetassem as crianças seria necessário eliminar atitudes de vícios e desenvolver hábitos saudáveis e higiênicos desde a primeira infância. A ideia seria influenciar a existência das crianças ao nível inconsciente, para que as mesmas assumissem comportamentos corretos independente da vontade.

É a sociedade do controle e da disciplina cuja maior preocupação está em produzir corpos saudáveis, capazes de se adaptar ao meio, onde os resultados sejam compatíveis com o esperado, com o já anteriormente estabelecido, resultado de inúmeros estudos científicos. Caso contrário, a Medicina entra em ação para corrigir e prevenir em nome da saúde mental e física. De acordo com Foucault (1977),

Eu apoio a hipótese de que, com o capitalismo, não passamos de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas precisamente o oposto; O capitalismo, que se desenvolve no final do século XVIII e no início do século XIX, socializou um primeiro objeto, que era o corpo, dependendo da força produtiva da força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não é operado simplesmente pela consciência ou ideologia, mas é exercido no corpo, com o corpo. Para a sociedade capitalista, o importante era o biológico, o somático, o corpóreo antes de qualquer outra coisa. O corpo é uma realidade biopolítica; A medicina é uma estratégia biopolítica. (p.5, tradução nossa).<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una Medicina colectiva a una Medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la Medicina es una estrategia biopolítica.

Para Benevides (2015), a posição da criança nesta trama é antes um instrumento da indústria de normalização, ou seja, a criança não é considerada o alvo da regulação e do controle, mas é um instrumento para controlar e regular a população de uma maneira mais geral. Através da criança, entra-se nas casas e através delas governa-se. A essa prática ele chama de “indústria de normalização pela infância” (p.45), em que, usando-a como meio, regulam-se todas as práticas como alimentação apropriada, gravidez adequada, hábitos saudáveis, serviços essenciais e, o mais importante, a persuasão dos pais de sua insuficiente capacidade de cuidar dos próprios filhos. Plantar dúvidas a respeito da forma correta de viver e criar seus filhos é o primeiro caminho para que a “indústria de normalização” ganhe terreno e entre na vida das pessoas.

Destituir os pais do saber a respeito de seus filhos é realmente algo que marca a atual política da medicalização. Ao trabalhar este texto, lembramo-nos de uma mãe que chegou ao consultório, bastante aflita, por ter sido convocada pela escola de seu filho (na época com 7 a 8 anos) a buscar uma avaliação psicológica que explicasse o comportamento da criança julgada pela escola como inoportuna. Era fácil perceber que os pais não estavam entendendo a demanda pedagógica, uma vez que não reconheciam nenhuma alteração no comportamento da criança que, em casa, demonstrava ser ativa, participativa, alegre e que também tirava boas notas. Entretanto, a conversa era unilateral o que obrigou os pais a assumirem um prazo para apresentação de um laudo profissional que explicasse, de maneira científica, as observações dos professores e que indicasse o caminho a ser seguido dentro da ordem biomédica. O que os pais sabiam a respeito do filho não surtia nenhum efeito, ou seja, sobre ele quem podia responder não eram eles, os pais, mas um agente de saúde, um saber médico/psicológico.

Uma vez convencidos de que seu saber a respeito de seus filhos é insuficiente, os encaminhamentos aos serviços reguladores da sociedade, como os serviços de unidades de saúde e as clínicas particulares, tornaram-se um caminho mais fácil e o tratamento passou a ser orientado por seus profissionais que não contemplavam a família, mas um discurso médico cuja principal regra era a prescrição de medicamentos. Para Rosenberg (2002), o diagnóstico e as doenças como entidades sociais são a base desse controle, em nome de uma universalização dos sintomas e, conseqüentemente, das doenças e de seus tratamentos, negando a situacionalidade do conhecimento cuja objetividade assume um compromisso com situações parciais e nunca com situações universais, de acordo com Haraway (1995). Mediar para controlar é uma das modalidades da medicalização do social.



### 3.3 Tarja preta x tarja branca

Para Whitaker (2017), o fenômeno de receitar psicotrópicos para crianças não era comum antes de 1980 e a Psiquiatria justifica esta nova prática alegando que após a descoberta da natureza biológica das doenças mentais, não só adultos poderiam ser acometidos por elas, mas também as crianças e que, do mesmo modo que se tratariam os adultos, elas, as crianças, também deveriam ser tratadas com medicamentos. Estes eram indicados não só para o tratamento de transtornos psiquiátricos, mas iniciou-se também um discurso de prevenção para defender seu uso como garantia de que cérebros saudáveis fossem criados. E isso nos lembra muito o “soma” de Huxley cujo uso diário buscava “corrigir” sensações, pensamentos e sentimentos, preparando a pessoas para seu dia-a-dia, uma forma de prevenção aos desajustes, às inquietações e as inconformações. Vale lembrar que a prevenção é a base do higienismo, apontado como uma das origens da biologização da vida. Guarido (2015) ainda afirma que a grande quantidade de diagnósticos psicopatológicos cujo principal tratamento leva em conta a medicação, tem desprezado o desenvolvimento psíquico pelo qual a criança esteja passando (uma vez que esses diagnósticos são cada vez mais precoces) para considerar deficiências neurológicas, ou seja, as manifestações singulares e seu contexto são desprezados em nome de uma política biologizante.

O discurso de prevenção em saúde mental é, atualmente, o que mais atinge a esfera da infância. A formação do INPD (Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes) tem como um de seus principais objetivos desenvolver estudos que comprovem que os transtornos mentais estão diretamente relacionados ao desenvolvimento cerebral, ou seja, biológico, cuja necessidade de intervenção precoce, mesmo que ocorram no período intrauterino, é facilmente justificada. Para a Psiquiatria do Desenvolvimento, criada no Brasil em 2009, todo e qualquer transtorno mental se inicia em fases precoces da vida, ou seja, podem ser observados, detectados e tratados ainda nos bebês ou mesmo na fase gestacional.

O cenário de intervenções precoces amparou a criação da Lei 13.438, sancionada e publicada no Diário Oficial da União em 26/04/2017 com data para começar a valer em um prazo de 180 dias. A aprovação dessa Lei, nas palavras da Dra. Ana Márcia Guimarães Alves, do Departamento Científico de Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade de Pediatria (SBP), “A aprovação da lei é um marco porque a detecção precoce dos sinais da doença

permitiria avaliar e tratar os transtornos de forma a trazer bem-estar mental e emocional para a criança. É uma profilaxia para o adulto.”<sup>20</sup>

Ela obriga o SUS (Sistema Único de Saúde) a avaliar riscos ao desenvolvimento psíquico de crianças de até 18 meses de idade através de protocolo padronizado. Tal documento intitulado de M-CHAT (Modified Checklist for Autismo in Toddlers) é composto de 23 questões cujas respostas resumem-se em SIM ou NÃO que deverão ser preenchidas pelo pediatra juntamente com os pais da criança para identificar sintomas do autismo.

Seguindo este rastro podemos inferir que não mais se trata de um movimento de diagnosticar as crianças para em seguida medicalizá-las, isto já é feito, já é uma realidade do cotidiano da criança cujo número cresce a cada dia, mas sim de detectar futuros transtornos que poderiam se desenvolver na fase adulta e, preventivamente, tratá-las em nome de uma vida adulta mais saudável. Este movimento realizado pela Psiquiatria, além de padronizar a vida infantil, descaracteriza a criança e principalmente, reduz a vida a um determinismo patológico irreversível cujo processo é solucionada pelos pressupostos médicos.

Outros questionários já foram criados para subsidiar diagnósticos de transtornos na infância como o Snap IV, utilizado para detectar sintomas de TDAH e elaborado a partir da lista de sintomas do DSM-IV (1994) e que provocou em Moysés (2017) questionamentos a respeito de como profissionais podem ser convencidos desse diagnóstico baseando-se em perguntas tão “imprecisas, frouxas e mal formuladas”. (p.60).

Para Caliman (2016), devemos lembrar que falar sobre infância no singular nos remeteria aos pilares que sustentam a psiquiatria e psicofarmacologização, que seria a existência de um padrão e de uma norma que regularia todo o desenvolvimento da criança cujos passos nós podemos encontrar nos manuais de Psiquiatria e de Psicologia. Melhor seria falar de infâncias no plural<sup>21</sup>, desprezando esta padronização e assumindo algo nada fácil que é o escutar a singularidade. É um processo que coloca em xeque verdades respaldadas e confirmadas pelas pesquisas científicas. *Infâncias* que estariam sendo capturadas pelas medicalizações cujo poder estaria na única saída para se manterem ainda conectadas com as instituições que as marginalizam.

Medicalizar é um processo complexo que envolve muitos atores. Trata-se de uma transformação em que aspectos da vida cotidiana passam a ser explicados através de uma ordem

---

<sup>20</sup><http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sancionada-lei-que-obriga-triagem-para-detectar-autismo-um-tema-abordado-em-documento-recente-da-sbp/>

<sup>21</sup>Após ter lido este texto, ficou praticamente impossível não usar *infâncias* no plural. A identificação com a conceitualização foi impactante e por isso seguirei utilizando *infâncias*. Entretanto, fazendo jus ao belíssimo trabalho de Caliman, iremos grafar a palavra em itálico para lembrar o leitor em que o termo foi inspirado.

médica, com diagnóstico preciso e reconhecido, situação em que as *infâncias* também estariam sujeitas. A este respeito, Moysés (2017) discute a partir das seguintes questões:

Quanto uma criança pode ser sonhadora e viver no mundo da fantasia sem risco de ser enquadrada como portadora de déficit de atenção? Quanto que uma criança pode ser agitada e ativa sem risco de ser enquadrada como hiperativa? Quanto essa criança pode ser desobediente e sem limites sem risco de ser enquadrada como opositora desafiante? Quanto uma pessoa pode sonhar com mundos futuros diferentes sem risco de ser enquadrada como doente mental? Quanto um jovem pode não gostar de estudar sem risco de ser enquadrado como portador de um distúrbio de aprendizagem? Quanto uma criança pode fazer birras, e em que intensidade, sem risco de ser enquadrada como portadora de transtorno disruptivo descontrolado de humor? (p.58).

Com essas questões ela deixa claro que existe uma fronteira frágil, com possíveis critérios subjetivos e mal interpretados para se estabelecer com precisão e com responsabilidade aquilo que é da ordem patológica e o que não seria dessa ordem, tornando a expansão e a criação de novas categorias diagnósticas como base para todo o processo de explicação dos comportamentos indesejados das crianças.

Segundo Collares e Moysés (1992), “distúrbios de aprendizagem remetem, obrigatoriamente, a um problema, ou mais claramente, a uma doença que acomete o aluno – o portador – em nível individual, orgânico”. (p. 31). Nesse texto, as autoras fazem uma travessia **pelo** histórico desses distúrbios e suas origens neurológicas. As mesmas, sustentam a existência desses distúrbios que podem ser causados e identificados por sequelas neurológicas em decorrência de alguns problemas como processos infecciosos, traumas, AVCs<sup>22</sup> cujas consequências podem ser observadas na perda significativa de capacidades ou habilidades psicomotoras e cognitivas. O que essas autoras questionam, em se tratando especificamente da dislexia (perda do domínio da linguagem escrita observado em traumas neurológicos), é a falta de comprovação física para explicar e comprovar a existência deste problema, observado no processo de aprendizagem. Elas questionam o pensamento tautológico de que se pessoas que sofreram perdas neurológicas apresentaram problemas de dislexia, então quem apresenta problemas de dislexia também apresenta algum problema neurológico. Daí resultam todas as explicações para os problemas de aprendizagem, com alegações de que, na verdade, são problemas neurológicos.

Entretanto, mais do que afirmar que estamos diante de problemas neurológicos, essa posição exime de qualquer responsabilidade o processo de aprendizagem, bem como as questões sociais e culturais envolvidas. Às crianças estaria o fardo do “adoecer” e, também, o de ser tratada como única fonte de todo o problema. Para Luengo (2010), “[. . .] pelo fato de a escola, por força do capitalismo e da industrialização, ter-se tornado uma instituição de

---

<sup>22</sup> Acidente vascular cerebral

produção e regulação social, criou-se a necessidade de recorrer a psicofármacos no tratamento das dificuldades escolares”. (p.60). Podemos considerar a escola como mais um actante importante para a manutenção da aliança firmada entre a Psiquiatria e a indústria farmacêutica. Como mediadora entre estas e as famílias, ela, a escola, ocupou um lugar de destaque ao ser responsável pelo papel de triagem que lhe confere o mercado do adoecer psíquico.

Collares e Moysés (1995), em pesquisa realizada em algumas escolas apresentou resultados que muito contribuíram para a compreensão dos mecanismos que sustentaram o adoecer infantil. Ao ler a pesquisa, mesmo tendo sido realizada há alguns anos, percebemos como retrata ainda os dias atuais e de como ainda podemos consulta-la para o entendimento do que ocorre hoje na instituição escolar e seu papel na contribuição no aumento do uso de medicação por parte da criança, como por exemplo, as causas e onde se centravam. Em seus resultados foram apontadas as crianças e também a situação familiar como as principais causas do adoecer e como o preconceito permeia a opinião e as ações dos profissionais que trabalham com as crianças na instituição escolar.

Segundo Whitaker (2017), ao rever trabalhos de profissionais em sua investigação, aponta que as medicações a base de estimulantes podem afetar a capacidade de resolução de problemas e a aquisição de conhecimentos em sala de aula, muitas vezes, de maneira irreversível. As medicações retardariam o processo de aprendizagem, uma vez que inviabilizariam a participação ativa da criança nas diversas atividades cujo envolvimento é de suma importância para que a aprendizagem ocorra. Entorpecê-la em nome de uma melhora deste processo estaria, na verdade, retardando o mesmo.

Ainda, segundo este autor, entre 1988 até 1994, além das medicações indicadas para o TDAH, quase que triplicou o número de prescrições de antidepressivos para crianças e adolescentes, mesmo sem comprovação efetiva da eficácia deste tipo de tratamento. O autor denuncia a existência de manipulação de resultados nas pesquisas realizadas pelos laboratórios farmacêuticos para aprovação do uso de antidepressivos para esta faixa etária, levando os órgãos responsáveis pela fiscalização e comercialização de drogas psicoativas a uma posição vulnerável, impossibilitando ações capazes de inibir ou impedir à comercialização e prescrição de tais medicamentos. Por outro lado, independente de estudos e fiscalização, a força e eficácia do marketing e da inquestionável confiança depositada no saber médico por parte da sociedade também foram fatores preponderantes para o aumento tanto das patologias quanto das prescrições, transformando a criança em mais um alvo da aliança Medicina e Farmacologia.

Podemos observar que, no âmbito infantil, a medicação também provocou mudanças significativas, não só no número cada vez mais crescente de seu uso por crianças, mas na

mudança que ocorreu também na visão de um trabalho viável com os pequenos. O brincar, que sempre foi visto como uma atividade não só de lazer, mas de elaboração e resolução de conflitos, está sendo aos poucos, substituído pela medicação. Muitos podem apontar as tecnologias como responsáveis pela substituição do brincar, mas, se analisarmos mais detidamente esta questão, muitas vezes as tecnologias podem ser um instrumento, um artifício a ser usado na mediação de uma brincadeira. Já a medicação tira da criança essa habilidade, uma vez que a curiosidade, a criatividade, a disposição física e psicomotora, as respostas comportamentais, tão essenciais para se levar uma brincadeira adiante, ficam prejudicadas. A medicação inibe esta capacidade, entorpece e indisponibiliza o sujeito para a interação, mesmo mediada por equipamentos eletrônicos. No documentário Tarja Branca (2013)<sup>23</sup>, encontramos uma discussão bastante interessante a respeito do brincar como uma linguagem do corpo, mediadora nas relações e organizadora do mundo, enquanto ato de uma construção de liberdade. Há uma seriedade neste ato porque é através dele que se cria, se descobre, experimenta “o um inteiro na coletividade”.

Em contraposição ao campo agonístico onde estão imersas as questões da patologização e medicalização infantil, autores de diferentes correntes, numa condição já estabilizada pelo consenso, defendem o brincar enquanto atividade fundante para o desenvolvimento e privilegiada para a manutenção da saúde psíquica. Vygotsky (1991), para citar um desses estudiosos, faz uma interligação do ato de brincar e o desenvolvimento social/cognitivo da criança. Ao brincar, a criança constrói um mundo próprio ou ordena as coisas de seu mundo de uma maneira que lhe agrada. A brincadeira não é realizada com um intuito apenas de prazer e nem apenas como uma maneira de elaborar experiências desprazerosas que provocaram, de alguma forma, sofrimento, mas também como uma condição indispensável para o processo de aprendizagem, de amadurecimento e de crescimento. Há um investimento de afeto neste ato, portanto de seriedade e de importância no desenvolvimento psíquico da infância. Ao brincar, a criança está contando uma história, revivendo uma angústia, re-organizando internamente vivências que se tornarão lembranças e crescendo, formando-se. “A criança desenvolve-se, essencialmente, através da atividade de brinquedo.” (p.69).

Freud (1908/2015)<sup>24</sup> também aponta para a seriedade do brincar da criança. Ao brincar, a criança constrói um mundo próprio ou ordena as coisas de seu mundo de uma maneira que

---

<sup>23</sup> <https://vimeo.com/185171112>

<sup>24</sup> A primeira data indica o ano da publicação original da obra e a segunda data indica a edição consultada pelo autor que só será pontuada na primeira citação da obra no texto. As próximas trarão apenas a data da publicação original.

lhe agrada. Pode também configurar-se, segundo ele, a uma mudança de posicionamento do lugar que repete situações do cotidiano a que foi submetido. Um clássico exemplo do brincar nesta tentativa de resolução de um conflito, está no jogo *Fort/da*, Freud (1920/2016), em que uma criança de um ano e meio de idade<sup>25</sup>, observada por Freud, com um carretel preso a uma linha, jogava-o de forma que ele desaparecia de sua visão, pronunciando a palavra *Fort (foi embora)*. Após, puxava o cordão fazendo com que o carretel reaparecesse, pronunciando o *da (aí está)*. Esta atividade era desenvolvida quando a mãe se ausentava. Vê-se então que, ao brincar, a criança está contando uma história, revivendo uma angústia e, portanto, reorganizando internamente essas vivências que se tornarão lembranças.

Vê-se que as crianças repetem na brincadeira tudo aquilo que lhe causou grande impressão na vida; que, ao fazê-lo, ab-reagem a intensidade da impressão e, por assim dizer, se tornam donas da situação. Mas, por outro lado, é bastante claro que todo o seu brincar se encontra sob a influência do desejo que domina esse período, o desejo de ser grande e poder fazer o que fazem os adultos. Também se observa que o caráter desprazeroso da vivência nem sempre a torna inutilizável para a brincadeira. (Freud, 1920, p.55).

Para Rodulfo (1990), não existe nada no desenvolvimento da criança que não passe pela atividade do brincar. Essa não se constitui apenas em uma atividade despreziosa, não ocorre como algo sem importância ou como ociosidade, mas faz parte do desenvolvimento, mesmo, entendendo que não existe este lugar passivo da criança em relação a situações do cotidiano. Em sua obra de 2004, este autor coloca o brincar como um ato que funda, forma o corpo.

Fica evidente, portanto, a função importantíssima do ato de brincar para a resolução de conflitos e para a elaboração de situações desagradáveis e adversas. A brincadeira seria então uma forma de tratamento, mesmo fora do contexto analítico, mesmo fora do olhar de um profissional. É uma forma natural de comunicar, de dominar de se refazer e de formar seu eu. É a forma natural de maturidade e de crescimento e substituir este ato pela prática de medicar pode trazer para a criança um prejuízo severo em seu desenvolvimento psíquico, como também no desenvolvimento de suas habilidades cognitivas. Huxley (1931), com seu “soma”, relata-nos exatamente a consequência de anestesiar os sentimentos, os desejos em nome de uma produção robótica, mecanizada, ritmada, cadenciada, repetitiva das indústrias. Anestesiar, castrar quimicamente o desejo, elimina questionamentos, transgressões, desobediência, indisciplina. Os sentimentos, os sofrimentos, as emoções, a dor são elementos indispensáveis para se mudar a rota, alterar caminhos, fazer escolhas. O “soma” impede essa emergência humana e em nome da cura do sofrimento, elimina a possibilidade da escolha. Na criança, o brincar exerce esse papel de transgressão, de cura, de desenvolvimento. A brincadeira permite

---

<sup>25</sup>Tratava-se do neto de Freud. Esta observação foi realizada na ocasião em que Freud passou alguns dias com a família.

assumir e viver outras histórias, outras possibilidades, outros personagens que possibilitam e permitem a elaboração de aspectos limitadores da existência. A individualização do sofrimento, das manifestações dos afetos, leva a um ritmo crescente no enquadramento das patologias.

Em nossa experiência no trabalho com crianças, o brincar sempre esteve presente. Na grande maioria das vezes, esta atividade era realizada com a nossa participação ativa a convite da própria criança, é claro. A escolha da brincadeira, do brinquedo e da maneira (regras) de brincar também eram realizados por elas. Não havia imposição nem do que brincar e nem com o que brincar, tal como ocorre no atendimento com o adulto, onde não lhes impomos o que falar. A melhor forma de escutar uma criança é deixá-la falar livremente e ela fala através de uma linguagem muito específica que é a própria brincadeira. Uns escolhiam um brinquedo diferente a cada sessão, outros escolhiam o mesmo, a cada vez que nos encontrávamos, e outros, ainda que escolhessem o mesmo, inventavam uma maneira (regra) diferente de jogar. Esta atitude chamava a nossa atenção pela capacidade de reinventar, criativamente, regras novas para jogar o mesmo jogo cujo manual de instruções era claro e objetivo. O brincar possibilita transpor barreiras, olhar de forma diferente, mudar de lugar, reinscrever narrativas. Winnicott (1975) reitera esta discussão quando afirma que na brincadeira podemos observar detalhes daquilo que as crianças querem falar em virtude de ainda não possuírem domínio da linguagem escrita e falada como os mais velhos. Ou como nos provoca Rodolfo (2004) com o *garatujar*<sup>26</sup> das crianças muito pequenas que através de traços no papel ocupam todo o espaço ou mesmo se deixam sair fora dele, para se inscrever e para dar imagem a sua comunicação, ainda que pela falta de forma e de obediência a limites. Se existe uma forma potencial de desenvolvimento infantil, esta forma está na liberdade de brincar e é brincando que a criança vai adquirindo experiências para a vida.

Entretanto, de acordo com o documentário Tarja Branca (2013), está-se ocupando o tempo livre da criança com cada vez mais obrigações, próprio de uma sociedade do controle que se preocupa com metas, com excelência de acordo com Deleuze (1990). Por prever um futuro de extrema competitividade e por preocupações cada vez maiores com as conquistas profissionais, as crianças experimentam cada vez mais cedo as exigências das obrigações que encurtam seu tempo e espaço de brincar, que lhes obrigam a alcançar patamares cada vez mais elevados de acordo com os propostos pelos seus genitores ou substitutos fazendo com que enfrentem uma corrida cada vez mais rápida para vencer seus próprios limites. E, para se obter

---

<sup>26</sup> Escrever, grafar, rabiscar de acordo com o que propõe o autor mencionado.

sucesso nesta corrida, os estimulantes foram ganhando espaço como aliados, sendo este um dos motivos apontados por alguns autores, para o aumento significativo de seu uso pelas crianças.

O documentário *Take Your Pills* (2018)<sup>27</sup> discute a questão do aprimoramento cognitivo como uma preocupação definitivamente instalada, cuja utilização de estimulantes é inevitável. Nesta linha de raciocínio, seguindo este rastro, a definição de medicação sofreu uma significativa mudança, uma vez que saiu do patamar de cura de doença para o de melhora de performance. Neste aspecto, a leitura de dois trabalhos, em especial, chamou nossa atenção pela adoção de outro ponto de vista a respeito desse processo. Trata-se dos autores Gonçalves e Pedro (2015) e Sampaio e Medrado (2014). Dentro de seus objetivos específicos, tanto um quanto outro trabalho se articula por mostrar a utilização de medicações como intervenções para o aprimoramento de habilidades, de características ou de funcionamento humanos que vão além da justificativa que sustenta a saúde. Souza (2013) afirma:

Falar destes novos corpos remodelados pelas biotecnologias é referenciar um processo de construção identitária que, na contemporaneidade, passa pela forma como a ciência vem se conformando, cada vez mais, em um mecanismo de controle e configuração social, considerando as relações das pessoas com outras pessoas, com não-humanos e, também, com si próprias. (p.9).

As inovações não só interferem, mas também modificam, transformam e, na atualidade competitiva, onde o mais importante é alcançar o sucesso, as associações ocorrem para que os padrões ideais sejam atingidos. Melhorar a performance pode ser interpretado como uma forma de escapar do processo de enquadramento em algum transtorno psiquiátrico. É uma evitação, uma fuga do rótulo, uma vez que os meios para atingir esse objetivo são os mesmos para se tratar um transtorno, ou seja, a utilização de medicação.

Este é um ponto preciso que justifica os trabalhos que orientam a Psiquiatria do desenvolvimento e que Caponi (2016) problematiza, ao afirmar que a identificação precoce dos transtornos mentais passa a direcionar seu olhar à idade pré-escolar.

Mesmo com esta interferência da Medicina do Desenvolvimento, na primeira infância, na tentativa higienista de evitar o surgimento de transtornos em nome de uma vida mais saudável e produtiva, a escola ainda exerce um papel importante neste aspecto. Em vários depoimentos existentes no site da Associação Brasileira do Deficit de Atenção<sup>28</sup>, podemos observar uma grande demanda das escolas, na figura de seus profissionais, no encaminhamento inicial aos serviços médicos de crianças, cujo comportamento é considerado inadequado para a evolução da aquisição da aprendizagem. Desta forma, a escola pode ser considerada um local privilegiado para moldar a criança dentro dos padrões exigidos pela sociedade. Portanto, torna-

<sup>27</sup>Título em português: Tome suas pílulas, recuperado a partir de <https://www.netflix.com/br/title/80117831>.

<sup>28</sup><https://tdah.org.br/>



se impossível não ouvir a escola ao articularmos o assunto da patologização e medicalização infantil e é este o rastro que seguiremos a partir de agora.

### *Intermitências*

A corda como instrumento pedagógico. Para conter as crianças que, em sua classe, não realizam seu desejo de ordem, obediência e eficiência, uma professora de segunda série vale-se de uma corda que passa em torno da carteira do infrator, aprisionando-o durante o tempo que lhe parece adequado. Nas entrevistas domiciliares, algumas mães queixam-se de que esta professora “amarra meu filho na carteira”. Quando comentamos o fato com a diretora, ela defende a professora, a quem considera das mais eficientes e comprometidas da escola, alegando o caráter de “brincadeira” dessa prática e defendendo sua legitimidade a partir do efeito que tem sobre os alunos: quando passam para outra classe, eles mesmos instituem o uso da corda e passam a “amarrar” colegas. (Patto, 1993, p. 210).

#### 4 A ESCOLA COMO LEITO DE PROCUSTO

Neste capítulo trabalharemos com as questões que envolvem a escola na trama da patologização e medicalização infantil. É importante situarmos suas origens históricas para alcançarmos a magnitude das críticas que assolam seu percurso atual como um lugar de rastreamento de patologias.

O leito de Procusto é uma lenda da mitologia grega muitas vezes usada para ilustrar discussões a respeito das normas e padrões socialmente impostos a que todos devem se adequar e obedecer. Reza a lenda que Procusto seria um guardião, de prontidão nos portões de uma determinada cidade e que permitiria a entrada dos viajantes após os mesmos se deitarem em uma cama para terem sua altura verificada. Era considerado o tamanho ideal aquele que possuísse o tamanho exato da medida, ou seja, que fossem do tamanho da cama cujo padrão era o próprio Procusto. Entretanto, os viajantes que apresentavam medidas inferiores a este modelo tinham que passar por um procedimento que consistia em esticar seus membros inferiores até que seu tamanho se adequasse ao modelo exigido. Com relação aos viajantes que extrapolavam o tamanho da cama, ou seja, eram maiores, sofriam a amputação de parte dos membros com o mesmo objetivo. Com esse procedimento, só era permitido entrar na cidade os que aceitavam as regras e os padrões impostos por Procusto que considerava o seu próprio tamanho como o correto e o aceitável. Entrar na cidade possuindo tamanhos diferentes era simplesmente inaceitável e improvável uma vez que para usufruir de todos os benefícios e de todas as regalias que a cidade poderia oferecer aos viajantes, o tamanho ideal era o de Procusto, fato que poderia ser corrigido e resolvido com alguns ajustes que pudessem conformar os corpos dos que nasceram com alguma alteração neste quesito.

Um dos sinônimos da palavra adequação e que melhor define todo o processo de ingresso e permanência da criança na escola é a palavra adaptação. Adaptação significa “ato ou efeito de acomodar (-se), ajustamento. Processo pelo qual os indivíduos ou espécies passam a possuir caracteres adequados para viver em determinado ambiente”<sup>29</sup>. Adaptar ou ajustar-se ao ambiente em que está inserido é um dos pressupostos também para ser considerado adequado ao que lhe é exigido dentro de um modelo rigidamente pré-estabelecido. Para pensarmos a escola como leito de Procusto, teremos que seguir sua construção dentro desta rede onde conceitos como eugenia e higienização são apontados como importantes rastros de ações passadas onde se buscava o modelo ideal de ser na sociedade. Para Lemos (2013), os rastros

---

<sup>29</sup> Significado extraído do dicionário online: [michaelis.uol.com.br/busca?id=mpDw](http://michaelis.uol.com.br/busca?id=mpDw).

são marcas que foram produzidas pela percepção e pela inscrição. Estas marcas, esses registros, são frutos de ações, portanto se configuram em produtos. Mapear essas ações, esses rastros nos direcionam às diversas conexões que se estabeleceram e que sofreram e produziram diversas mudanças e que estão constantemente sendo alteradas à medida que novas relações vão sendo estabelecidas.

#### **4.1 – Seguindo os rastros da eugenia e do higienismo**

A eugenia no Brasil está intimamente e inicialmente ligada aos intelectuais, como nos aponta Costa (1980), influenciados pelos europeus e pelos norte-americanos, que buscavam estudar as consequências sociais das miscigenações das raças. Nas primeiras duas décadas do século XX, com as profundas mudanças ocorridas no Brasil após a abolição da escravatura, a imigração europeia, a migração dos camponeses e dos escravos libertos para as cidades e o início da industrialização, as tensões sociais se agravaram e favoreceram explicações ligadas ao conceito eugênico que enxergava como causa dos problemas, a mistura de raças, negando influências históricas. Já o higienismo surgiu no meio médico e sanitário, em decorrência da preocupação com os surtos de doenças como tifo, tuberculose e varíola. Este conceito possui forte base na higiene como prevenção e encontrou posteriormente, a escola como uma aliada importante na implantação e manutenção destas práticas.

Na leitura, principalmente do trabalho de Luengo (2010), encontramos um histórico do surgimento da escola como uma instituição importante na formação e superação de “falhas” no desenvolvimento do indivíduo. A partir do século XVII (século da razão), a família inicia um processo de delegar a uma instituição a tarefa de ensinar as crianças, o que antes era unicamente de sua responsabilidade, como resposta a uma crescente preocupação com o desenvolvimento físico-emocional dos filhos cuja exigência partia de uma sociedade que sofria com profundas mudanças em suas bases. Assim, inicia-se um período longo de enclausuramento das *infâncias* dentro dos muros das escolas. As ideias eugênicas do século XVIII, que possuíam como principais objetivos eliminar erros e defeitos apresentados ao longo do desenvolvimento humano, responsabilizavam a condição da pobreza e a desordem social como fatores que deveriam ser urgentemente, em nome de um futuro promissor, corrigidos. Para combater as consequências indesejadas como a promiscuidade e desordem atribuídos à pobreza, as crianças que pertenciam a essa classe social eram encaminhadas para a escola com o objetivo de adquirir hábitos e comportamentos adequados, fato que conferiu à escola o estatuto de modeladora de comportamentos. Desta forma, a escola, em seu primeiro momento, foi criada para disciplinar,

impor controle e ordem social aos que se encontravam em situação econômica desfavorável e que fossem de origem familiar de poucos recursos. Os higienistas acreditavam que, se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado: um adulto perfeitamente higiênico.

Esta prática abrangeu ainda mais a população e com as modificações com relação às exigências higiênicas da elite, os profissionais de saúde começaram a ser mais requisitados no sentido de contribuir para o controle das doenças e melhora da qualidade de vida das pessoas. Com isso, a Medicina começou a perceber que a escola poderia ser uma grande aliada, uma vez que este seria o lugar ideal, o espaço perfeito para que o comportamento fosse moldado ainda na infância, implantando hábitos com a intenção já de uma prevenção para a construção de pessoas mais saudáveis. Assim, a disciplina passou a ser uma forte aliada da saúde pública uma vez que, para se conseguir implantar hábitos, ela era o caminho.

#### **4.2 O papel da medicina e da biologização no controle dos corpos**

Infiltrada nas escolas através da implantação de hábitos saudáveis, aliada do poder público para a busca do progresso, a Medicina também ganhou espaço na família. Seu trabalho é observado pelos lares como o saber e como padrão regulador do comportamento. Assim, ela não só buscou exercer um saber a respeito dos comportamentos sociais como também começou a se infiltrar no seio da educação. Mesmo tendo sido criada com a intenção de eliminar comportamentos indesejados das classes mais pobres, aos poucos a escola foi sendo reconhecida como lugar que poderia se ocupar de cuidar das crianças com a intenção de proteger o futuro através da construção de adultos mais preparados que poderiam, com isso, garantir o progresso, o que lhe permitiu abrir suas portas, ainda que em outros espaços, para as crianças das classes mais abastadas, o que foi também uma exigência da era da industrialização. A escola se tornou então uma passagem obrigatória na experiência de todas as crianças.

Como exemplo das práticas higiênicas, Rocha (2003) nos apresenta uma série de medidas educativas para uma boa regulamentação de corpos saudáveis como: revista pelos sanitaristas das instalações escolares, medidas da altura das crianças, peso e força física bem como averiguação de unhas, mãos, cabelos, roupas quase que diariamente reforçando o asseio como um requisito indispensável para a saúde e bem-estar de todos. Ainda seria necessário também indagações da vida doméstica com o objetivo de corrigir possíveis falhas na higiene dos corpos que poderiam colocar em risco o andamento do desenvolvimento de adultos produtivos. Estas práticas de inspeção também envolviam os alunos que eram encorajados a

percorrer a escola procedendo com as vistorias de higiene em todos os locais como sanitários, cozinha, salas, de maneira bem minuciosa. Assim, além de terem seus corpos vigiados e controlados através do olhar dos professores, as crianças se tornariam também multiplicadoras dessas verdades em suas residências.

Ainda articulando com Luengo (2010), além dessa preocupação higienista e sanitarista da Medicina, tendo a família como um dos alvos, a preocupação com a raça passou a ocupar um lugar de destaque em suas práticas e métodos. Ao observarem que somente a modificação do meio, dos hábitos e costumes não seria suficiente para garantir o avanço do progresso, perceberam que a hereditariedade era um fator de extrema importância e que a raça branca seria o melhor exemplo de saúde e de moralidade o que, conseqüentemente, manteve o negro ocupando um lugar de inferioridade, cuja cor seria responsável pelos piores resultados em questão de cognição, de saúde, de bons costumes. Portanto, além de monitorar as questões de higiene nas famílias, a sua constituição também era alvo das lentes da ciência biológica.

Se antes a criança era manipulada pela Igreja e pela família, agora passa a ser objeto de manipulação da ciência e o seu corpo torna-se alvo de mais um mecanismo de poder. A escola passou a ser vista como o meio e a criança como o fim dos alvos das ações de prevenção e saneamento, e a educação e saúde se uniram para normalizá-la, enquanto o educador passou a representar um 'identificador de anormalidades'. (p.39).

Assim, a escola foi cada vez mais incorporando, em seu sistema, a ideia geneticista que tomava a hereditariedade como um fator determinista para a conquista e o sucesso. Aquele corpo que não se adaptasse, que não se conformasse aos aspectos impostos sofreria as devidas correções que inicialmente eram voltados mais aos castigos físicos e posteriormente aos exames médico e psicológico para identificar os desvios. Na história da origem da instituição educacional, podemos observar o estabelecimento de conceitos normativos e da criação dos aspectos patológicos importantes dentro de sistemas baseados na eugenia e no higienismo. A disciplina seria a base para o estabelecimento do controle que via sua durabilidade quando implantados nos primeiros anos de vida, o que contribuiu para fazer desse espaço uma rede de saberes e poderes. Lemos (2013) esclarece que os atores buscam estabilizar redes através de organizações, instituições, hábitos, normas, padrões, ou seja, buscam, com muito esforço um consenso entre os envolvidos nesta trama. Latour (2012) afirma que a cultura não age clandestinamente, às escondidas, mas é "manufaturada" nas instituições, portanto com a participação dos atores. A escola então se transformou em uma mediadora rigorosa, espaço de transformação e transmissão de padrões e modelos que acredita serem ideais para uma formação de um adulto devidamente moldado para o progresso. Considerada como uma sociedade disciplinar que alcançou seu apogeu no século XX, a escola, segundo Deleuze (1990), como

também outras instituições de confinamento como a prisão, o hospital, a fábrica e a família está vivendo uma verdadeira e profunda crise. Considera que as sociedades disciplinares estão sendo substituídas pelas sociedades de controle que não mais necessitam de exercer seus objetivos em locais de confinamento, mas podem ser observados ao ar livre, em qualquer espaço. Pontua que, no caso da escola, sua substituição são as formações permanentes que estão obedecendo às exigências de um mercado profissional cuja base é a competição em que os indivíduos rivalizam entre si, buscando, a todo momento, a excelência, o máximo de produção para atingir as metas pré-estabelecidas dentro das empresas, substitutas das antigas fábricas.

O princípio modulador do ‘salário por mérito’ tenta a própria Educação nacional: com efeito, assim como a empresa substitui a fábrica, a *formação permanente* tende a substituir a *escola*, e o controle contínuo substitui o exame. Este é o meio mais garantido de entregar a escola à empresa. (p.221).

### **4.3 O papel da psicologia na padronização dos comportamentos**

Mesmo se deslocando paulatinamente da disciplina para o controle, a escola continua a se ocupar em moldar corpos de acordo com o que se espera dela na formação de suas crianças - futuros adultos – como argumenta também Guarido (2015), quando afirma que a infância é entendida como um tempo de preparo para indivíduos capazes e saudáveis para o exercício do trabalho. De acordo com Moysés (2017), estamos vivendo um momento de reinvenção do higienismo dentro do ambiente escolar. Se antes o mesmo era supervisionado pelo que a autora chama de “polícia médica”, agora, na transição do século XX para o XXI, a responsabilidade desse policiamento é dividida com outras áreas afins, a saber, a Psicologia, a Fonoaudiologia e até a Pedagogia cuja raiz epistemológica está fundamentada em um paradigma positivista com atuação sistematizada nas escolas. Um dos meios de se verificar a adequação da criança e sua adaptação às exigências das grades curriculares são os chamados testes de prontidão escolar que padronizam comportamentos e enquadram os sujeitos dentro de uma escala criada através de graus de objetividade e de normalidade. Qualquer deslocamento dessa escala pode levar à sinalização da existência de uma patologia que deverá ser levada em consideração com relação às habilidades e capacidades de aprendizagem que foram colocadas em dúvida. Esta argumentação atinge profundamente nosso narcisismo enquanto profissionais da Psicologia. Uma vez que os testes psicológicos se constituem como instrumentos de trabalho de exclusividade do psicólogo, sua utilização para verificar condições adequadas para a aprendizagem pode gerar equívocos quanto a questões fundamentadas em identificação e explicação dos chamados distúrbios de aprendizagem e, conseqüentemente, podem ser também

instrumentos justificadores da patologização e da medicalização. Patto (1993) já havia sinalizado como o discurso psicológico foi utilizado para culpar crianças e familiares pelo fracasso escolar, bem como para as divisões de classe baseado na capacidade e habilidade do aluno, o que Fernández (2001) reforça ao afirmar que a utilização dos testes nas escolas são cada vez mais discriminatórios. Outros meios de investigação e rastreamento dessas supostas dificuldades são os protocolos que devem ser preenchidos pelos professores e pela família. Quanto a eles, Moysés (2017) traz como exemplo o questionário Snap IV que possui 18 questões, utilizado para diagnosticar o TDAH e coloca em xeque a cientificidade de questões que chama de “frouxas, imprecisas e mal formuladas” (p.59). Esteban (2017) apoia essa afirmação quando coloca em evidência o processo de avaliação escolar mais como um processo para classificar e nomear de acordo com o desempenho apresentado do que o de compreensão de como se dá o processo de aprendizagem. A partir do momento em que essa criança, que apresenta uma avaliação inferior e cujos testes de prontidão colocam em relevo alguma dificuldade, for identificada, as principais explicações sugeridas referem-se à situação familiar e econômica onde este aluno está inserido e não ao processo pedagógico ou sistema de ensino empregados. As condições desfavoráveis são de responsabilidade exclusiva do aluno e a ele cabe todo o ônus do problema. Em face dessa situação, a autora alerta para a existência de um vínculo estreito entre diferença e desigualdade. Sabe-se e trabalha-se com a existência da diferença, mas esta é explicada pela desigualdade. Souza (2015) reafirma a hipótese da desigualdade como o argumento utilizado para explicar as dificuldades apresentadas pelo aluno que não aprende. Segundo ela, o preconceito a respeito da pobreza no Brasil fez recair sobre a criança todo o ônus do fracasso escolar.

A partir do momento em que se considera e aceita determinado aluno como o que não aprende, assim ele será tratado e tudo o que puder ser feito em nome da medicalização desse personagem será disponibilizado ou indicado. O objetivo é ajustá-lo no leito de Procusto, conformá-lo ao modelo e mesmo que isso não leve à aprendizagem, pelo menos responderá as deficiências com uma explicação biologizada da dificuldade apresentada.

É importante ainda colocar em relevo a maneira como normas e padrões se consolidam e se tornam caixas-pretas dos coletivos. Voltando a mencionar Moysés (2017), com relação a origem das normas e como são fabricadas, a mesma coloca que, pela força de sua imposição e pelo poder que exercem nos sujeitos, as normas “caem, como se caíssem de um objeto não identificado..., cai de um cosmos divino, ou quase divino, porque são impregnadas de um *cientificismo divino*” (p.58). Para a Teoria Ator-Rede, nada cai do céu ou tem uma origem divina inexplicável, mas sim depende de um trabalho árduo de diversos atores para que



determinados efeitos sejam construídos e mantidos. Para que uma norma, bem como padrões, leis, conceitos sejam criados e difundidos, necessita-se do envolvimento de vários atores que podem ser tanto humanos quanto não-humanos que se unem em torno deste evento. Existe um interesse que faz com que essa associação seja estabelecida. Uma vez estabilizada, a norma, o padrão passa a ser obedecido como uma verdade, até que novos problemas possam surgir e coloquem em dúvida essa verdade, fazendo com que a caixa-preta seja novamente aberta e novas associações possam ser estabelecidas em torno deste novo evento. É sempre um movimento, mesmo que haja estabilização, porque, para mantê-lo, muitos investimentos são necessários. Enquanto fazemos estas articulações, podemos pensar nos testes psicológicos como exemplo. Para que um único teste seja produzido e seja aceito como instrumento psicológico, o mesmo passa por várias etapas que envolvem muito trabalho e muitos atores para, posteriormente, ser considerado um instrumento técnico e científico.

Collares e Moyses (1994) fazem uma separação interessante entre períodos ao tratar da biologização da educação. Segundo as autoras, existem dois momentos desta prática nas escolas: a primeira, de responsabilidade apenas dos médicos que atuavam tanto na rede pública de saúde quanto nos consultórios particulares e nas faculdades, dando origem ao termo medicalização. Nos dias atuais, esta responsabilidade tem sido dividida com outros profissionais, ampliando o campo de conhecimento para áreas como Psicologia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Enfermagem, necessitando substituir o termo medicalização para o de patologização, pois não se trata mais do domínio da Medicina, mas de vários outros em plena atuação. Desta forma, vários profissionais atuam junto a instituição escolar na identificação do fracasso escolar e conseqüentemente no encaminhamento aos serviços terapêuticos disponíveis. Segundo Lima (2017), as crianças chegam aos consultórios para avaliação, principalmente pela queixa inicial de que algo não está indo bem em seu desempenho escolar, o que converge com o que observávamos na atuação clínica de atendimento infantil. A maioria das crianças que chegavam para avaliação traziam junto a si a marca do fracasso escolar gravada nos laudos preliminares expedidos pela colega de profissão que trabalhava no interior da instituição, ou pelo relatório da professora da classe. Raramente a demanda era dos familiares. A declaração a seguir exemplifica este fato:

Tenho uma filha de 7 anos e está no 3ºano (E.Fundamental) e descobrimos através da escola pouco mais de 3 meses que ela tem o TDAH. No início fiquei muito assustada pela coordenadora da escola estar encaminhando minha filha para uma Neuropediatra, fizemos alguns exames e foi constatado sim.. No Ano passado tive muita dificuldade porque a professora não facilitou nem um pouco e me pressionava pois dizia que minha filha era a única que não tirava nota 90 na sala de aula. foi um ano letivo muito difícil. eu sofri muito que fiquei com trauma, queria tirar ela dessa escola. Várias vezes pensei em tirar da escola por completo e deixar em casa para descansar a cabeçinha dela...mas conversando com a neuro ela disse que eu não deveria fugir do problema. e sim enfrentar junto com minha filhota e vencer junto

com ela na mesma escola que ela apresentou dificuldade...Ela é uma criança normal. corre, brinca, tem os amigos. mas na escola não consegue se concentrar nas atividades...Eu estava mais tranquila pois ela irá começar o tratamento agora no próximo mês junto com o início das aulas, estava muito confiante..Mas lendo aqui alguns depoimentos fiquei assustada.. será que isso tem como reverter?VÍ que tem alguns pais com filhos já adolescentes com o mesmo problema... será que isso vai acompanhar minha filha até a adolescência?<sup>30</sup>

Nestes encaminhamentos, podíamos perceber um discurso hegemônico por parte da escola, ao sinalizar o que Guarido (2015) chamou de funcionamento cerebral que despreza por completo a interferência relacional no âmbito da aprendizagem. Entendendo a aprendizagem como uma prontidão do cérebro, a criança que apresentasse resultados contrários, estaria apresentando na verdade um mal funcionamento desse órgão, portanto algo do privado que deve ser tratado. No depoimento acima, ainda chama a nossa atenção o fato que, para esta professora a nota 90 (noventa) seria o sinalizador de normalidade e quem não conseguisse deveria ser avaliado.

Collares e Moysés (1992) estimulam nossa visão crítica a respeito do que seja fracasso escolar e como se articula este conceito no âmbito da criança que não aprende. Aliás, essa justificativa sempre foi muito evidenciada nos encaminhamentos realizados pelos profissionais das escolas que chegaram até à nossa clínica. Entretanto, ao receber as crianças e dar-lhes espaço para falar de si, a grande maioria delas, em atividade de brincar, não apresentou quaisquer problemas para aprender um novo jogo, uma nova regra ou mesmo alguma restrição no ato de criar uma nova e original maneira de jogar o mesmo jogo. Então, do que tratam os distúrbios de aprendizagem? As autoras sinalizam que pela etimologia da palavra distúrbio (que significa alteração violenta na ordem natural), podemos entender que distúrbio de aprendizagem se refere a alterações do âmbito individual cujas causas estão centradas no sujeito e não no processo e nem na relação que este ato pressupõe. De origem médica, os distúrbios de aprendizagem são de cunho biológico, atribuídos à disfunção do sistema nervoso central. Baseando-se em estudos com pouca comprovação científica e buscando explicações em observações apenas do comportamento, não levando em consideração os aspectos ambientais e sociais da criança, os distúrbios de aprendizagem foram ganhando destaque e cada vez mais crianças foram sendo diagnosticadas justificando os diversos tratamentos e o crescente aumento no uso de medicações. Luengo (2010) afirma que, atualmente, o que leva mais as crianças aos consultórios é a indisciplina – a principal queixa dos profissionais que trabalham em instituições escolares – o que justifica o aumento assustador do número de diagnósticos de TDAH cujo principal sintoma é a inquietação. Esta afirmação está de acordo com o que nos demonstra Lima

---

<sup>30</sup> Depoimento da página da ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção), [www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br).

(2017), ao colocar o TDAH como um transtorno quase que estritamente das *infâncias* em fase escolar, mas apresenta também um crescente aumento de comorbidades como o TOD (transtorno opositivo desafiador) e o transtorno bipolar do humor. Evidencia ainda que outros transtornos tiveram seu diagnóstico ampliado como o do TEA (transtorno do espectro autista) e o do transtorno bipolar o que equivale também ao aumento dos encaminhamentos e, conseqüentemente, do tratamento medicamentoso. Alerta ainda que, com o DSM-5 (2013), um novo transtorno poderá ser também bastante disseminado entre as crianças que é o TDDH (Transtorno disruptivo de regulação do humor) relacionado a explosões de raiva, agressões físicas e verbais com humor irritável, triste ou raivoso. Segundo Fernández (2012),

Os ‘parâmetros de normalidade’ estabelecidos pelos manuais psiquiátricos, difundidos e banalizados pelas *mídias*, incidindo nas práticas educativas, nas avaliações pedagógicas e nos diagnósticos psicológicos, intervindo como um elemento propiciador da exclusão escolar, excluem muitas crianças através de seus diagnósticos, para logo em seguida, proporem que a escola as ‘inclua’”. (p.26).

São diversas as classificações, as padronizações dispensadas para direcionar os trabalhos dos diversos profissionais da educação e que serviram de modelo para um processo considerado adequado à aprendizagem. Para que isso ocorresse, exigia-se uma adaptação, uma conformação que, caso não fosse observada no comportamento ou nos resultados alcançados de algum dos diversos usuários do serviço, algo deveria ser feito para que tal problema fosse corrigido. Isso, correção seria a melhor palavra para descrever as ações disponibilizadas para alcançar os objetivos propostos dentro de um espaço-tempo previamente estipulado. Entretanto, essas ações corretivas eram mais facilmente disponibilizadas se pudessem manter o processo de ensino livre de qualquer responsabilidade no fracasso em alcançar os resultados, o que justifica, de acordo com Luengo (2010), a escola continuar sendo um espaço selecionador e punitivo que busca a homogeneização dos comportamentos, patologizando os que não se enquadram. Como nos diz Voltolini (2016), a escola é um recurso importante para o rastreamento e controle dos transtornos mentais assumindo um papel de colaboradora das instituições médicas com o objetivo de alcançar a saúde mental das crianças. Entretanto, essa colaboração, essa complementariedade entre as duas instituições não alcança os objetivos propostos, fracassando em seus resultados por empregar em toda e qualquer problemática um pensamento hegemônico que despreza aspectos políticos, culturais e sociais, que envolvem os problemas encontrados. Este autor também traz, como Moysés (2017), uma crítica ao papel padronizador da Psicologia com seus parâmetros e com suas delimitações de espaço-tempo em que demarca o como, o quando e os limites do desenvolvimento infantil. O casamento da Psicologia e da educação tem um papel de rastreamento de doenças mentais baseado nos parâmetros estabelecidos dentro de seus limites. Definidos os padrões e rastreados os

problemas, os encaminhamentos são direcionados às instituições médicas que se tornam responsáveis pela decisão do tratamento mais adequado.

Monteiro (2015) enfatiza que inúmeras escolas investem em capacitação de professores em técnicas de inspiração psicológica, criando um olhar voltado para identificação, cada vez mais precoce, dos alunos que poderão apresentar algum tipo de problema psicológico. Este aspecto da educação reforça a posição de que a aprendizagem se dá mediante o desenvolvimento adequado de um conjunto de habilidades e competências individuais tornando o sucesso do processo subordinado apenas a uma de suas partes, ou seja, a responsabilidade de alcançar os objetivos propostos pela aprendizagem é unilateral. A entrada da criança na escola parte de um pressuposto da existência de uma prontidão para a aquisição da aprendizagem baseada em teorias de desenvolvimento com categorias bem demarcadas em suas escalas propostas pela Psicologia da Educação, disciplina importante na Pedagogia e nos cursos de formação de professores. Segundo o autor, associando-se aos pressupostos biológicos, a Psicologia da educação desenvolveu um saber baseado na mensuração, na repetição, na comprovação através da psicometria, tornando o processo ensino-aprendizagem da ordem do previsível dentro da aptidão individual. Assim, os alunos passam a ser avaliados dentro da condição de aptos e não aptos para aprender, tornando a Psicologia uma aliada das queixas escolares e da oficialização dos encaminhamentos. Nas palavras da autora: “Um exemplo desse processo de mensuração dos alunos pode ser visto no já mencionado teste ABC, produzido por Lourenço Filho e utilizado até hoje em algumas de nossas escolas”. (p.130).

Patto (1993) já havia trabalhado a respeito da relação bem estabelecida entre a Psicologia e a Pedagogia, acentuando que a Psicologia exercia um papel fundamental sobre a Pedagogia uma vez que buscava explicar os fenômenos que interferiam no sucesso da aprendizagem, em aspectos que excluía categoricamente a responsabilidade do corpo escolar. De acordo com Viégas e Freire (2015), outras teorias disputam com a explicação biologizante do fracasso escolar, como as que priorizam ou trabalham com a influência do ambiente neste processo. Esta ideia traz diversas teorias, mas a que ainda exerce enorme influência seria a que busca explicação na “carência cultural” reforçando o aspecto de que as classes mais pobres são consideradas inferiores, ou seja, a pobreza fabricaria o fracasso na aprendizagem, a defasagem na prontidão escolar e a dificuldade de adquirir conhecimento robustecendo pressupostos preconceituosos.

Esse olhar desenvolvido pela lente da Psicologia, de acordo com Monteiro (2015), produziu efeitos na leitura medicalizante do comportamento e do desenvolvimento através da construção de verdades, baseadas em evidências científicas, que, atualmente, vem

demonstrando estar sob a influência da Psicologia Evolutiva, principalmente das ideias de Cesar Coll. Este ramo da Psicologia se baseia na normatividade ou seminormatividade dos processos de desenvolvimento e de aprendizagem, ou seja, os mesmos são aplicáveis a todos os seres humanos ou a maioria deles. “A centralidade dos subsídios derivados da Psicologia, proposta por Coll advém de sua crença na utilidade da seleção de objetivos e conteúdos, no estabelecimento de sequências de aprendizagem, de definições metodológicas e, ainda, nas avaliações dos resultados obtidos.” (p.127).

Mais uma vez podemos observar que diversas teorias, do passado ou do presente, servem de base para uma leitura normativa dos resultados que devem ser atingidos. Isto nos faz lembrar de um texto de Latour (1992) onde ele afirma que os sociólogos estão sempre buscando por leis morais, normas rígidas ou por elos sociais fortes, capazes de nos fazer adquirir comportamentos apropriados. Sempre a ideia do normal e várias teorias são produzidas para que esta normatividade seja observada e seja alcançada, caso contrário algo deverá ser corrigido, tratado. Ainda de acordo com Latour (2012), vivemos em um mundo de relações, onde ninguém domina ou é dominado, ninguém age por agir. Vivemos em constante relação e essas relações nos afetam e são afetadas por nós. Essa ideia tira o sujeito do lugar de sujeição, de passividade, de alienação pura. Mesmo para criança que “não aprende” (com base no olhar da lógica patologizante), algo está sendo produzido, uma modificação está sendo operada no meio em que ela está, questões estão sendo levantadas porque está havendo uma resistência, uma desobediência, uma recalcitrância. Para Latour (1997), podemos encontrar melhores resultados quando encontramos resistência, algo que escape ao controle, que fogue à regra e que coloca em xeque as certezas da ciência. Nas palavras de Latour (1992): “A sociedade que eles tentam recompor, com corpos e normas, constantemente se desmantela.” (p.152)<sup>31</sup>, e mesmo desmantelada, produz efeitos. Mas é necessário ouvir a recalcitrância para que outros caminhos sejam percorridos e para que novas questões sejam abordadas. A patologização impede esse fluxo, impede a busca por esses melhores resultados porque silencia e cala a voz daquele que resiste. E, de acordo com Melo e Barros (2015), desde seu histórico passado, a escola tem em seu objetivo - mesmo que implícito em um discurso de construção e transmissão de conhecimento - produzir corpos sadios através de sua dominação e sua constante observação com as lentes dos diagnósticos; como um leito de Procusto. E entendendo que bases ditas científicas necessitam estar entre os atores, passaremos a discutir a busca da universalização de seus modelos e padrões.

---

<sup>31</sup> The society they try to recompose with bodies and norms constantly crumbles.

### *Intermitências*

Seja como for, qualquer organização psicológica depende do ethos cultural para ser definida como atipia idealmente normativa ou atipia patológica. Dito de outro modo, as culturas sempre estipulam a) quais atipias serão vistas como variantes identitárias compatíveis com os ideais normativos e b) quais delas serão descritas como estados deficitários. (Costa, 2014, p.178).

## 5 OS ATORES E SUAS ARTICULAÇÕES

Para iniciarmos as questões relativas à formação de grupo entre a indústria farmacêutica e a Psiquiatria, temos que primeiro fixar nossa lente sobre o conceito de normalidade que norteia todo o processo do adoecer psíquico. Não se trata de um conceito universal; ele também é sujeito a inúmeras controvérsias e discussões, mas foi baseado em sua discutível existência que os padrões foram estipulados e criados, ou seja, em torno de sua suposta isenção de influência da cultura, foram criados padrões que são divulgados por todos os lugares afim de homogeneizar o pensamento quanto ao que é ou não é patológico. Aqui, podemos, como muitos outros autores já o fizeram, mencionar o brilhante e impressionante trabalho de Canguilhem (2012). Em sua obra, coloca a importância de se conceitualizar claramente o que é normal e o que é patológico para que o trabalho do médico seja realizado de maneira compreensível e objetiva, mas ressalta que os aspectos biológicos não devem ser priorizados em detrimento aos aspectos sociais e existenciais. Pontua que o normal carrega em si ambiguidades por ora apontar na direção de uma estatística, capaz de descrições objetivas e ora para um ideal a ser alcançado. Aqui, neste ponto, reside a importância do sentido relacional nos aspectos sociais, existenciais e biológicos que configuram o indivíduo. Apesar do tipo ideal proposto pela natureza se constituir em fato, alcançá-lo, para o autor, não é possível em nome de uma individualidade. Então, se a normalidade é algo inatingível, o anormal constitui-se no diferente, no desvio. Ele coloca ainda a importância da relação entre os seres e o ambiente e que é do resultado dessa interação que podemos verificar o que é considerado normal de um em relação ao outro. Segundo Lima (2017), é esta relação que está sendo desprezada no pensar psicopatológico nos dias de hoje, principalmente no pensar psicopatológico infantil. Se levarmos em conta apenas a criança no seu individual, sem levarmos em conta seu contexto, iremos encontrar apenas desvios, erros, anormalidades. Considerar a criança isolada de suas relações, descontextualiza a mesma, arranca-lhe sua história e torna-a portadora de sintomas sem sentido.

Ainda segundo este mesmo autor (2005), as explicações para os problemas do cotidiano, os sofrimentos e tristezas que podem ser experimentados e que envolvem afetos e sentimentos estão sendo direcionados ao corpo, ao biológico e o campo psiquiátrico é o que mais tem se apresentado como promissor neste aspecto, principalmente na promessa de um tratamento eficaz baseado nas suas prescrições. Segundo Aguiar (2004), Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017), a história da Psiquiatria está atravessada pela Farmacologia e por essa foi influenciada e modificada na sua forma de entender o tratamento do sofrimento mental. Mas

antes de entendermos a Psiquiatria como uma especialização a parte, ela é um fazer da Medicina e foi por esta via que buscou se organizar e se firmar como uma das mais buscadas e procuradas na área do conhecimento a respeito do homem e de suas vicissitudes.

Para alcançarmos as proporções da interação entre Psiquiatria e Farmacologia, duas formas distintas do fazer científico, conseguindo produzir poder, fama, superando resistências vindas do interior de suas redes, alcançando uma certa estabilização, será necessário seguir esta rede deixando falar seus atores. De acordo Latour (2012), o melhor é começar pelo meio, ouvir os envolvidos e cartografar como as redes fazem emergir grupos e como fazem para que se dissolvam.

Ao nos valermos das diversas inscrições relativas aos diversos estudos feitos a respeito desta interação, não teremos dúvidas das várias tentativas que foram empreendidas para explicar o fenômeno da Farmacologia e do seu já consolidado lugar entre as diversas especialidades médicas. Em determinado momento da história ela se apresenta mesmo como uma forte mediadora, que faz com que a história da saúde sofra uma profunda e consistente mudança em todo o mundo. A bem da verdade, na contemporaneidade é quase impossível não se ter em mãos e de fácil acesso diversos medicamentos para as mais variadas dores e males. Assim, ao seguirmos estes rastros, podemos descrever o mecanismo da fabricação desta aliança.

Conforme Latour (2012), não existem grupos, mas formação de grupos. Por grupo, não conseguimos vislumbrar nem tamanho nem importância, por isso eles não conseguem descrever o social. O que existe são formações de grupos que se caracterizam pela mutabilidade, heterogeneidade, que devem ser tratados de forma simétrica. Precisam de um trabalho árduo e constante para sua sobrevivência, não são estáveis, são dotados de movimento e de mudanças, caso contrário, deixam de existir. Necessitam de porta-vozes que falem por eles, que os representem e são estes porta-vozes que podem conferir durabilidade a esse agrupamento. É importante lembrar que os porta-vozes não são necessariamente ou primordialmente humanos, pois os não-humanos também podem assumir este papel. Há necessidade que sejam erguidas barreiras, que se delimitem fronteiras, ou seja, existe um fator de comparação com os outros agrupamentos, sendo estes considerados *antigrupos*. É uma forma também de defender o grupo da ameaça de uma provável dissolução, maneira de sobreviver às pressões de grupos adversos, antagônicos.

Dentro da formação de grupos, o que podemos observar são os vínculos e principalmente os efeitos destes vínculos, as associações, o que resulta dessas associações e então, conhecermos como o poder é gerado. Este, o poder, também é entendido pela TAR como



resultado das associações. De acordo com Latour (2015), os vínculos não se caracterizam por antagonismo onde temos de um lado os dominados e por outro os dominantes, ou ainda de vinculamentos ou desvinculamentos, mas de se encontrar em uma situação de bons ou maus vínculos. Os vínculos não terminam, não são abandonados a ponto de se alcançar uma pretensa liberdade, mas são substituídos por outros e são esses laços que fazem/fazer, ou seja, nas palavras do autor, “não que a língua me fale, mas que é a linguagem que me faz falar” (p.134). Para se compreender as emoções, os sentimentos, as paixões das pessoas, é necessário compreender seus movimentos e a que estão vinculadas.

Conhecer um pouco da história dos protagonistas desta formação, poderá elucidar como se deu a estruturação desses vínculos.

### **5.1 A ascensão da Psiquiatria e suas alianças**

A Psiquiatria, segundo Whitaker (2017), teve seu início marcado pela criação da Associação de Superintendentes Médicos de Instituições Norte-Americanas para Doentes Mentais que ocorreu em 1844. Nesta época, os médicos que trabalhavam em hospícios, ofereciam uma forma de tratamento denominada de terapia moral<sup>32</sup>. Tal tratamento obtinha bons resultados com os pacientes até que, a partir de 1800, os hospitais começaram a receber pacientes com outros distúrbios como sífilis, senilidade, doenças neurológicas para os quais o tratamento moral não apresentava resultados satisfatórios.

Em virtude desse fato, outras formas de tratamento foram sendo introduzidas e no final da década de 1930 e início da de 1940, os mesmos se reduziam basicamente ao coma insulínico<sup>33</sup> em um primeiro momento, surgindo depois as terapias convulsivas com venenos ou eletrochoque<sup>34</sup> e por último e considerado o tratamento mais inovador, a lobotomia frontal<sup>35</sup>. Podemos inferir que a necessidade por buscar novos tratamentos mais eficazes, levou os profissionais a recorrerem ao desenvolvimento de recursos que permitiam uma efetiva intervenção física dos pacientes. Já não se tratava mais de pacientes em sofrimento mental, mas de transtornos biológicos que requeriam tratamentos também biológicos. Com o passar do tempo, os hospícios foram sendo usados cada vez mais como recurso voltado a resolver

---

<sup>32</sup> Movimento iniciado no século XVIII em prol de um tratamento mais humano do doente mental.

<sup>33</sup> Era realizado com a aplicação de uma dose alta de insulina para provocar o coma hipoglicêmico e logo após, eram trazidos a vida pela aplicação de glicose.

<sup>34</sup> O veneno era conhecido como metrazol e o eletrochoque destinava-se a provocar convulsões nos pacientes.

<sup>35</sup> Também denominada como tratamento da alma, consistia na destruição dos lobos frontais, tornando o paciente totalmente alienado, sem reação alguma.

questões sociais e políticas e não somente dos assuntos de ordem médica. Com isso, passaram a ser apontados como “depósitos” de pessoas consideradas desajustadas socialmente, como o caso das mulheres que, por um motivo ou outro, não eram consideradas moralmente adequadas, as queixosas, as domésticas que engravidavam de seus patrões e que por questões morais não poderiam continuar vivendo em sociedade uma vez que colocariam em risco à reputação dos progenitores. Outros tipos de pacientes internados nestes asilos eram os portadores de deficiência física e os que apresentavam problemas de conduta. Ou seja, qualquer aspecto que pudesse colocar em risco a reputação de toda uma sociedade, de uma comunidade e que pudesse confrontá-la com suas mazelas, era motivo suficiente para a internação. O confinamento passou a ser visto como uma solução social e não uma alternativa médica de tratamento (Arbex, 2013), como os cegos isolados de Saramago (1995), abandonados à própria sorte.

Entretanto, como disse Costa (1980), este movimento possibilitou à Psiquiatria uma abrangência no terreno social. Ela estaria assim transpondo os muros da Medicina e alcançando representatividade entre as pessoas, podendo com este movimento ditar normas e regras de conduta que assegurariam a saúde tanto física quanto mental das pessoas. A hospitalização ajudava a sociedade, retirando dela os “indesejados”, assim como auxiliava também a Psiquiatria, tirando-a de seu anonimato. Temos aqui os primórdios da eugenia.

No Brasil, segundo este mesmo autor, a origem da eugenia está vinculada aos intelectuais da época que sofreram influência dos meios europeus. Posteriormente, este conceito passa a ser apropriado pela Medicina o que lhe proporcionou um crescimento cada vez maior nos programas de saúde mental tornando-se seu principal objetivo, ou seja, a higiene social da raça e a higiene mental passam a ser entendidas como uma questão de princípios. De acordo com Costa (1980),

A pessoa humana, na ética eugênica, devia ser considerada, exclusivamente, como uma entidade zoológica que nasce, cresce, multiplica-se e morre. O homem era um animal e por isso mesmo não deveria beneficiar-se de nenhuma medida que o ajudasse a escapar das leis naturais de sua espécie. Seu valor era dado única e exclusivamente em função de sua atuação biológica. Os mais fortes deveriam sobreviver; os mais fracos, desaparecer. A tarefa primordial do eugenista consistia em evitar os desvios desta evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais. (p.41).

Ainda de acordo com este autor, a atuação biológica aqui se referia a um conceito de raça superior que foi estabelecida em primeiro lugar pela cor da pele (os brancos) e posteriormente ou concomitantemente aos princípios morais previamente estabelecidos. Assim, os hospícios sob a direção da Psiquiatria, foram sendo cooptados cada vez mais para os serviços de uma pureza arbitrária onde os negros, os alcoolistas, os desajustados, os criminosos, os portadores de doenças neurológicas, os rebeldes, as mulheres que se tornaram mães solteiras, que não casavam, que sofriam de algum problema de saúde “dos nervos”, que queriam

trabalhar, que queriam estudar e eram afastados do convívio com a sociedade e do convívio com seus familiares. O programa de eugenia e higienização da sociedade chegou a ser comparado com os programas teóricos nazistas e as semelhanças eram muito profundas. Além da necessidade de “livrar” a sociedade do convívio com os indesejados, era necessário também encontrar um controle no nascimento de novos descendentes. Era preciso criar uma forma de inibir a procriação.

Na contramão, as demais especialidades médicas ganharam cada vez mais destaque com as descobertas de medicamentos, como os antibióticos por exemplo. Segundo Aguiar (2004), os avanços nas pesquisas fizeram modificar o olhar da origem da doença. Surge o modelo da doença específica que deixa para traz o modelo do desequilíbrio ou desarmonia que acometia o organismo como um todo. A Psiquiatria necessitava também desse reconhecimento dentro da Medicina. Aqui, podemos seguir um outro actante importante nesta cadeia, a indústria farmacológica e como ela começou seu trabalho com a fabricação dos psicotrópicos. De acordo com Whitaker (2017), a indústria farmacêutica Rhône-Poulenc estava tentando sintetizar fenotiazinas para combater os micro-organismos responsáveis pela malária, pela doença africana do sono e outras doenças provenientes de outros vermes. Tais estudos levaram os pesquisadores a descoberta de outras ações importantes tanto da prometazina com sua ação de relaxamento e sonolência, além de sua propriedade anti-histamínica, quanto da clorpromazina cuja ação tranquilizadora resistente foi além das propriedades de um simples composto de auxílio anestésico. Deste composto e destas vias de pesquisa, surge o Thorazine (clorpromazina).

Considerada como um marco que separa a Psiquiatria de antes e depois, o Thorazine, foi ministrado em 1952 no hospital Sainte-Anne em Paris a pacientes psicóticos e a reação dos mesmos foi descrita como, apatia, quietude, falta de reação, sem euforia, demora na resposta a estímulos, indiferença, sem desejos ou preocupações, tornando o hospital mais tranquilo, uma vez que o comportamento dos pacientes estava sendo controlado. A reação era algo desejado, mas já se tinha consciência e conhecimento de que não se tratava de um tratamento e sim de uma mudança de comportamento. Temos aqui o início de uma interação, mediada pelas medicações onde, de um lado, temos a instituição psiquiátrica e, de outro, as empresas de laboratório, interação esta mediada pelas medicações. (Whitaker (2017).

A Psiquiatria conheceu deste momento em diante um lugar de destaque que era reservado às outras especialidades. Tinha em suas mãos aquilo que poderia resolver os problemas de uma sociedade sedenta de hegemonia racial e comportamental e que só a biologização da saúde poderia fornecer. O coma insulínico, a convulsoterapia, o eletrochoque

e a lobotomia foram as bases para se entender as doenças mentais como originadas de aspectos biológicos e as soluções deveriam ser também intervenções biológicas.

Em um curto espaço de três anos, de 1954 a 1957, a Psiquiatria ganhou novas drogas para administrar a agitação de seus pacientes hospitalizados e para a ansiedade e depressão. Entretanto, nenhuma delas foi desenvolvida após uma pesquisa a respeito dos processos patológicos que pudessem ser responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade, depressão, psicose. Elas vieram após os cientistas desenvolverem pesquisas para encontrar pílulas contra as infecções. Foi por acaso. “Os testes de clorpromazina, do meprobamato e do clordiazepóxido com animais revelaram que esses agentes cerceavam acentuadamente as repostas físicas e afetivas normais, porém faziam sem causar perda da consciência” (Whitaker, 2017, p. 69). O que se observou e não se contou era que essas drogas causavam uma falta de reação e ação ao meio e também às situações adversas. Causava um torpor, uma aceitação inclusive ao que causava dor.

Sem dúvida, podemos observar aqui a ação de um mediador poderoso na história da origem da associação entre a Psiquiatria e a Farmacologia: a medicação. Nas palavras de Latour (2012),

Os *mediadores*, [. . .], não podem ser contados como apenas um, eles podem valer por um, por nenhuma, por várias ou uma infinidade. O que entra neles nunca define exatamente o que sai, sua especificidade precisa ser levada em conta todas as vezes. Os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado dos elementos que supostamente veiculam. Não importa quão *complicado* seja um intermediário, ele deve, para todos os propósitos práticos, ser considerado como uma unidade – ou nada, pois é fácil esquecê-lo. Um mediador, apesar de sua aparência simples, pode se revelar *complexo* e arrastar-nos em muitas direções que modificarão os relatos contraditórios atribuídos a seu papel. (p.65).

A medicação transformou o *status* da Psiquiatria enquanto especialidade antes considerada inferior. Entretanto, toda essa revolução e essa ascensão da Psiquiatria estava com os dias contados. Ainda de acordo com Whitaker (2017), um livro, *O Mito da Doença Mental* publicado em 1961, de Thomas Szasz, psiquiatra da Universidade Estadual de Nova York, lançou dúvidas e críticas contundentes não só com relação a existência das doenças mentais como também com a sua correlação a um dano cerebral, como ocorria com as demais doenças que eram explicadas biologicamente e recebiam tratamentos voltados para o corpo.

Seus argumentos expressos nesta obra convenceu um número razoável de outros profissionais e outras instituições, colocando em dúvida a sustentabilidade da Psiquiatria em um modelo biológico das doenças mentais. O desastre não poderia ser maior.

Embora a classe se houvesse voltado para a Psiquiatria biológica desde a chegada do thorazine, com a maioria dos psiquiatras ansiando por falar bem dos medicamentos, os freudianos, que dominavam muitas faculdades de Medicina nos anos 1950, nunca haviam entrado completamente nessa onda. Apesar de acharem que os remédios tinham alguma utilidade, eles ainda concebiam a maioria dos distúrbios como de natureza patológica. Assim, durante a década de 1970, houve uma profunda cisão filosófica entre os freudianos e os que abraçavam o ‘modelo médico’ dos transtornos psiquiátricos. Além disso, havia uma

terceira facção no campo, composta por ‘psiquiatras sociais’. Esse grupo achava que a psicose e as angústias afetivas provinham, com frequência, do conflito do indivíduo com seu meio. Se assim fosse, alterar esse meio, ou criar um novo ambiente fornecedor de apoio – como fizera Lorem Mosher com seu Projeto Soteria -, seria uma boa maneira de ajudar a pessoas a se curar. Como os freudianos, os psiquiatras sociais não viam os fármacos como a peça principal do tratamento, e sim como agentes que ora eram úteis, ora não. Com essas três abordagens em conflito, o campo estava sofrendo uma ‘crise de identidade’, no dizer de Sabschin. (p.273)

A medicação, antes considerada como um milagre, foi apontada como a principal responsável pelo ataque a esta especialidade médica. Seus resultados nos tratamentos das doenças não eram satisfatórios, portanto havia falhado no papel que lhe havia sido confiado que era o de mudar a história da Psiquiatria e lhe conferir um papel de destaque dentro das especialidades médicas. Ao ser o alvo dos ataques, passou a ter uma figuração negativa diante da sociedade o que promoveu um retrocesso no papel da Psiquiatria.

De 1970 a 1980, a indústria farmacêutica também sofre com os resultados e suas vendas despencam. A aliança estabelecida entre a Psiquiatria e a Farmacologia tem sua estrutura enfraquecida em decorrência dos movimentos que colocam em questão o resultado de seu principal recurso – a medicação - e sofreram com um futuro incerto e duvidoso.

O ataque, apesar de certo, serviu apenas para que a Psiquiatria promovesse uma profunda revisão de seus conceitos para garantir sua sobrevivência e em resposta as abaladoras críticas que estava sofrendo. Um grupo de psiquiatras foi formado, iniciando uma verdadeira revolução para trazer de volta o crescimento e a posição privilegiada que havia experimentado com a descoberta das pílulas milagrosas.

De acordo com Whitaker (2017), para manter a estabilização da aliança antes firmada entre a Psiquiatria e a Farmacologia, vários recursos foram empreendidos. O primeiro deles provocou uma verdadeira reviravolta na principal tarefa da Psiquiatria que foi o estabelecimento de um diagnóstico. Mesmo já utilizando de recursos medicamentosos que a indústria farmacêutica não parava de fornecer, necessitava de algo que a colocasse em pé de igualdade com as outras especialidades, principalmente em se tratando de uma comprovação mais científica de seus diagnósticos. Algo mais claro, mais biomédico. Havia uma incoerência entre seu Manual de diagnósticos (de orientação psicanalítica) e sua prática biológica, cujo tratamento estava sendo desenvolvido a passos largos. A Psiquiatria entendeu o recado. Surge o DSM-III<sup>36</sup> e o movimento de remodelização, possibilitando uma confirmação na integração com a Farmacologia que já era consolidada com as outras especialidades da Medicina.

---

<sup>36</sup> Esse assunto será explorado mais adiante.

Mas isso não bastava. Faltava uma maior visibilidade no meio social e outros recursos e investimentos foram necessários para que isso ocorresse. Para Whitaker (2017), medidas mais comerciais foram tomadas como: criação de uma editora pela APA<sup>37</sup> com o objetivo de transmitir os conhecimentos atuais ao maior número de pessoas; criação de uma comissão para avaliação das publicações com o objetivo de observar se os autores estariam permanecendo fieis às novas concepções do grupo; preparação de profissionais que pudessem utilizar os meios de comunicação e divulgar os trabalhos e conhecimentos adquiridos. Programas de televisão e de rádio foram criados<sup>38</sup> propagandas da eficácia dos medicamentos eram veiculadas e todos os esforços de marketing tiveram retorno mais que satisfatório e a Psiquiatria biológica, com todos os esforços que até hoje não deixaram de serem investidos, passou a ter lugar de destaque entre as especialidades médicas. Mesmo que até os dias atuais não tenha ficado clara a origem dos transtornos mentais, que a Medicina não tenha conseguido comprovar sua biologicidade, os movimentos e esforços para manter a integração com a indústria farmacêutica têm se mostrado eficazes. E cada vez mais aquele ator que entra em cena para dar suporte teórico e técnico aos procedimentos médicos, continua sofrendo alterações e sendo investido pelos grupos interessados, os DSMs.

Para Latour (2017, p. 118), os estudos científicos precisam percorrer esses circuitos para a produção e circulação de fatos demonstrando que não é apenas no final que podemos observar o resultado da ciência, mas que todo o circuito demonstra o seu movimento, ao que ele chamou de “ciência em ação”. A Psiquiatria fez esse movimento para garantir o lugar de destaque que havia conseguido e que estava ameaçado. Em primeiro lugar, é necessário o que ele chamou de “Mobilização do mundo” que seria o levantamento, através de equipamentos, de tudo o que será necessário para que se inicie o seu trabalho. O DSM III (1980), assumiu este papel. Ele garantiu uma referência biológica dos distúrbios mentais tão necessária para que a Psiquiatria não sofresse mais com as constantes dúvidas a respeito das doenças sobre as quais se debruçava. Em segundo lugar necessitaria da “autonomização” que seria formar seu grupo, arregimentar seus pares. Ninguém consegue trabalhar sozinho, precisa convencer a outros profissionais a respeito daquilo que ele quer estudar, produzir, para que se formem equipes. Todos os profissionais de dentro da Psiquiatria como ainda os que faziam parte de outras especialidades,

---

<sup>37</sup> American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)

<sup>38</sup> Muito comuns no Brasil principalmente no horário da manhã onde as emissoras abertas sempre trazem médicos, como entrevistados, para falar de algum transtorno. Os programas mais comuns com este quadro são: *Mais você*, apresentado por Ana Maria Braga; *Bem Estar*, apresentado por Fernando Rocha e Mariana Ferrão, que funciona muito como mediador entre especialistas da Medicina e público para esclarecimento a respeito das mais diversas doenças; *Encontro com Fátima Bernardes*, apresentado pela jornalista Fátima Bernardes, também funcionando como espaço para encontros com especialistas da Medicina para esclarecimento de doenças e transtornos.

como os meios acadêmicos, as revistas científicas, outros pesquisadores, etc, precisariam ser atraídos e convencidos deste novo projeto. Em terceiro, seriam as “alianças”, nas quais se uniriam instituições, grupos que antes não se relacionavam, que funcionavam em separado por não possuírem os objetivos e interesses comuns, como os meios midiáticos, os profissionais de marketing, os financiadores, as indústrias farmacêuticas, etc. É importante assinalar como se dá a popularização da medicação psicotrópica no Brasil. De acordo com a ANVISA<sup>39</sup>, a legislação brasileira veta a propaganda de medicamentos que necessitam de prescrição médica, o que inclui todos os psicotrópicos (remédios de tarja preta ou vermelha) em quaisquer veículos de publicidade, salvo as publicações científicas direcionadas a profissionais médicos, farmacêuticos e odontólogos. Entretanto, mesmo com todo esse cuidado, as estatísticas evidenciam um constante aumento no consumo dessas medicações no país. Podemos entender que além das associações com instituições como a escola e seus profissionais através de uma inserção nos currículos de matérias que se ocupam dos assuntos médicos voltados para explicar a ocorrência das dificuldades de aprendizagem, também podemos observar um movimento de *boca a boca*, onde circulam diagnósticos e tratamentos de forma bastante informal como exemplifica Esteban (2017),

Eu estou me lembrando de uma situação que me contaram recentemente. A mãe de uma criança pequena, de dois anos e pouco, que usa fralda para dormir, foi à farmácia comprar fralda, e a vendedora perguntou: ‘Ah, e seu filho?’ e começaram a conversar porque as duas tinham filhos na mesma idade, eram duas mães conversando enquanto uma comprava fralda. A vendedora pergunta: “mas ele é muito levado?” e a mãe diz: ‘É, pois é, não para quieto.’ Então, a vendedora diz assim: ‘Você dá um remedinho prá ele.’ A conversa começa com duas mães de crianças que usam fralda, para vermos a idade das crianças. ‘Não, mas tem que dar um remedinho, porque olha, dando remedinho ninguém aguenta, se não der então, não tem quem fique com ele.’ (p.40).

Para a autora, a naturalização da doença promove a naturalização dos tratamentos e da medicalização. Mas se é proibida a divulgação dos medicamentos psicotrópicos pelos meios midiáticos, a venda da doença ou transtorno ou distúrbio não está vetada e como nos coloca Lima (2017), uma busca ativa dos consumidores para explicar e tratar biologicamente seus sofrimentos através de respostas rápidas, configuram o outro lado da explicação do que está por traz do processo de medicalização. Conforme Whitaker (2017), os profissionais, preparados para atuar nas mídias, elucidam e explicam os diversos sintomas dos diversos transtornos listados nos manuais médicos e de forma indireta, mas não menos eficaz, divulgam esses diagnósticos que só podem ser tratados com medicações.

Essas alianças unem grupos distintos que podem ter interesses também distintos, mas que em algum ponto encontrarão vantagens semelhantes por um deslocamento de interesses. O

---

<sup>39</sup> Recuperado a partir de <http://portal.anvisa.gov.br/regras-basicas-de-propaganda>.

quarto circuito, seria a “representação pública” cuja principal característica seria a mobilização de pessoas comuns para a construção de uma imagem pública que reforçasse os benefícios da utilização dos fármacos. Essa representação pública reforçaria os outros circuitos, dando-lhes legitimidade e fazendo surgir financiamentos. E é claro que aqui também podemos pontuar interesses múltiplos para que este financiamento seja liberado. O quinto circuito, que Latour denominou de “vínculos e nós”, se caracteriza pela estabilização das controvérsias, pela conservação dos materiais, profissionais, colegas, instituições, pessoas, que estão envolvidos e o público. Aqui o trabalho será de manter a estabilização das controvérsias através desses nós.

Este é o trabalho que a Psiquiatria vem tentando ao longo da sua história: tornar-se uma ciência universal, cujos parâmetros também sejam respeitados universalmente. Os DSMs possuem o objetivo de globalizar os transtornos e distúrbios através de uma listagem de sintomas que se modificam a cada publicação de um novo volume aquém de qualquer cultura ou momento histórico.

## 5.2 Os manuais e a construção social das doenças

Segundo o *Manifesto de São João Del Rei, em prol de uma psicopatologia clínica* (2012)<sup>40</sup>, a modificação no modo de pensar a psicopatologia, imposta pela publicação do DSM-III (1980), produziu um forte impacto político e facilitou o retorno da Psiquiatria biológica. O diagnóstico e o tratamento das doenças mentais tiveram como pilar as disfunções bioquímicas e as lesões cerebrais. A subjetividade não teve mais lugar. A justificativa foi por um manual atóxico, ou seja, sem se respaldar em nenhuma teoria uma vez que teria que ser considerado universal e ser utilizado por diversos profissionais que poderiam trabalhar sob qualquer orientação teórica. Mas isso não o isentou de influências políticas e ideológicas na sua elaboração. Zorzanelli (2014) afirma que vários autores consideram as diversas versões dos manuais psiquiátricos como objetos ou documentos culturais cada vez mais influenciados pelo contexto e refletindo cada vez menos a noção de descobertas de novas doenças. Para Costa (2014), alguns pontos devem ser levados em consideração no momento de se observar as diversas influências que a Psiquiatria sofreu ao longo de sua história que a fez modificar sua percepção a respeito das doenças mentais. Essas influências se devem às informações vindas da neurologia, das novas tecnologias com relação aos exames de imagens cerebrais, as

---

<sup>40</sup> Versão integral pode ser lida no livro *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (2012) – Etapa Brasileira do movimento internacional STOP-DSM, escrito pelos professores da UFSJ Fuad Kyrillos Neto e Roberto Calazans.



pesquisas no campo da Farmacologia e os interesses econômicos da indústria farmacêutica. Esses pontos culminaram em um pensamento hegemônico de que a Psiquiatria poderia trabalhar também com evidências como as outras especialidades médicas. Momento importante que por si só já justifica as influências que sofreram os vários manuais uma vez que são elaborados por profissionais da Psiquiatria. Segundo o pensamento deste autor, o mesmo nos coloca que, por exemplo, para a vida psíquica, o normal é algo do ideal imaginado que está subordinado aos nossos “desejos, crenças e julgamentos” e que, por sua vez, podem sofrer modificações de acordo com o que o sujeito assume. Se, no momento atual, o “ideal de autorrealização tornou-se o equivalente a ser competitivo, eternamente jovem, esbelto, rico, esportivo, enfim fruidor de grandes prazeres e possuidor de bens que ostentam opulência” (p. 176), a não realização pode levar a insatisfações que poderão ser entendidas, dentro dos manuais psiquiátricos, como transtornos. “O sujeito que não consegue narrar de modo convincente as razões de suas condutas, ou seja, não consegue se exprimir no vocabulário motivacional da cultura hegemônica, é percebido como alguém cuja autorreflexividade é deficiente.” (p. 181). Dessa forma, a cultura ensina, influencia a pessoa nos seus desejos, nas suas crenças, nas suas aspirações, como também, nas suas dores e nos seus sofrimentos.

Conrad e Barker (2011) enfatizam um ponto importante no que se refere a construção social da doença afirmando que o construcionismo social<sup>41</sup> leva em consideração e evidencia os aspectos históricos e sociais dos fenômenos considerados exclusivamente naturais contrapondo com o modelo médico que trabalha com o princípio da universalização das enfermidades bem como com o caráter invariável das mesmas uma vez que trabalham com o pressuposto de que resultariam de alterações biofisiológicas e, portanto, seriam consideradas estritamente naturais, desprezando assim as influências da cultura, dos interesses que envolvem as relações e do espaço e tempo em que estão inseridas. Haraway (1995), coloca que os adeptos do construcionismo social levantam a questão de que o movimento do conhecimento é em direção ao poder e não da verdade e que a objetividade e o método científico são apenas conceitos e discursos para leigos, mas desprezados pelos cientistas em sua prática.

Assim, as versões, a partir do DSM-III (1980), inaugural, de uma dita revolução psiquiátrica, iniciaram um abandono progressivo da tentativa de estabelecer um estudo e classificação das doenças. Essa versão marcou também uma cisão, uma ruptura com a psicanálise cuja psicopatologia influenciou as versões anteriores. Nesta, a preocupação foi a de

---

<sup>41</sup> Trata-se de uma corrente de pensamento tendo como principal referência teórica Kenneth Gergen. Constitui-se como um momento de crítica à Psicologia Social modernista e considera que o conhecimento está situado no intercâmbio, nas trocas sociais.

fazer a Psiquiatria retomar ao seu lugar e se reintegrar às ciências médicas. Aquilo que a descoberta das medicações não havia conseguido manter, esperavam os psiquiatras que a nova revisão do manual que marcaria uma nova maneira de olhar o sofrimento mental, conseguisse. Esse deslocamento não só pretendeu modificar essa maneira que vai da subjetividade à biologização, mas também reafirmou a importância da padronização de ferramentas diagnósticas, o que possibilitou estudos mais confiáveis. A indústria farmacêutica percebeu aí sua principal oportunidade. Segundo Aguiar (2004),

O fato de as empresas farmacêuticas internacionais buscarem quase sempre o registro de seus medicamentos no mercado americano levou à adoção dos critérios diagnósticos do DSM-III em diversos países. Só com o uso dos diagnósticos padronizados oficialmente nos Estados Unidos, seria possível obter licença da FDA para comercializar um medicamento no mercado americano. (p.61).

E assim foi feito. Com esta padronização que possibilitou uma universalização da classificação das doenças, a Psiquiatria não só conseguiu retomar sua posição ascendente dentro da Medicina como também possibilitou estudos e permissão de comercialização para a indústria farmacêutica de novas medicações.

Mas o que modificou o DSM-III (1980) que lhe conferiu tamanho poder? Sem dúvida alguma ele pode ser considerado um consistente mediador o que podemos observar no futuro que se configurou após sua publicação. A história da Psiquiatria não foi mais a mesma. A sua principal característica está na mudança do olhar dirigido ao sujeito que sofre e o olhar dirigido à origem da doença mental. Nas versões anteriores a esta, a base teórica era psicanalítica, mas alguns profissionais não a consideravam uma teoria cientificamente confiável, uma vez que não havia comprovação que pudesse lhe conferir este estatuto. A Psiquiatria necessitava de uma nova orientação, que fosse mais aceita e que fosse considerada mais científica como suas outras colegas especialidades médicas. Continuar usando parâmetros psicanalíticos para seus diagnósticos afastaria mais ainda a Psiquiatria da Medicina, o que não lhe seria mais viável caso quisesse sair do lamaçal de críticas que vinha sofrendo. Desta forma, lembrar que a base da Medicina era a ciência biológica, daria um novo rumo à história da origem dos distúrbios. Conferir importância maior ao biologicismo e à bioquímica aproximaria a Psiquiatria da ciência. Era também algo mais palpável para se esclarecer e promover debates, fóruns, entrevistas, artigos, novos estudos do que trabalhar com a subjetividade do sujeito, além de poder facilmente, com a forma biologizante de perceber a doença mental, justificar sua adesão aos psicofármacos (Aguiar, 2004), (Freitas & Amarante, 2015) e (Whitaker, 2017).

Podemos observar aqui o que Latour (2012) afirma a respeito da durabilidade da formação dos grupos. Segundo o mesmo, os agrupamentos são passageiros, mutáveis, os vínculos são transitórios, mudam quando os interesses não são mais atendidos. Os interesses

estão entre os atores e seus objetivos. Aquilo que fez com que atores se associassem e o que pretendiam com essa interação, envolve seus interesses. São eles, os interesses que fazem com que determinados caminhos sejam priorizados em detrimento a tantas outras possibilidades. São eles que fornecem a base que irá promover novos agrupamentos. Com esta nova maneira de olhar o sofrimento mental e com novos interesses em jogo, a Psiquiatria colocou de vez para fora do circuito os freudianos e os psiquiatras sociais. A nova versão do DSM levou à reabilitação das drogas e entra em cena uma nova categoria aliada dos médicos psiquiatras, a indústria farmacêutica.

Mesmo tendo sido considerada extremamente importante para a Psiquiatria desde o aparecimento da primeira medicação, a Farmacologia adquiriu um estatuto de aliada quando teve sua atuação justificada cientificamente pelo DSM-III (1980). A partir deste advento, seu trabalho passou a ser considerado de suma importância e indispensável para a saúde de todos. Todos os investimentos para que novas drogas entrassem no mercado foram considerados como avanços e progressos da Medicina. Mesmo sendo um trabalho empresarial de produção de mercado, a indústria farmacêutica passou a se misturar às ciências médicas e não se sabe onde inicia um e termina o outro. (Whitaker, 2017).

Aqui temos, como disse Latour (2017), a construção de um fato que se reforça através dos circuitos percorridos. E um fato se constrói coletivamente. São vários os atores envolvidos em uma rede de associações, de interações, se estendendo em diversas direções, passando de ator para ator, se transformando, se modificando à medida que buscam uma estabilização. O objetivo é a estabilização, mas para se alcançar tamanho feito e fechar a caixa-preta, vários movimentos e esforços são necessários para mantê-lo. Um fato pode ter estatuto de verdade, mas para que isso se solidifique necessita convencer um maior número de pessoas.

A APA, com o DSM-III (1980) procurou justamente convencer um maior número possível de pessoas de que as drogas usadas na Psiquiatria tinham realmente um valor de tratamento e de que esta especialidade era tão ou mais importante do que as demais. Mesmo que esta revolução no mercado tenha ocorrido e que o trabalho tenha tido grande progresso, os movimentos não podiam parar. Após o DSM-III (1980), outras versões surgiram para aplacar as dúvidas que iam sendo colocadas e que poderiam ameaçar o futuro promissor de todos os envolvidos.

Outra obra, *O Cérebro avariado*, publicado em 1984 de Nancy Andreasen consolidou a crença no pensamento popular de uma biopsiquiatria. Esta obra exerceu um papel importantíssimo de influência, de mudança, de transformação de um pensamento, diferindo do

papel do livro de Thomas Szasz que anteriormente havia colocado em dúvida os novos tratamentos. Nancy Andreasen confere credibilidade aos novos manejos das ciências médicas.

Mesmo que tenha justificado o novo momento da Psiquiatria, ainda afirmava a não confirmação científica da localização cerebral das doenças mentais, deixando assim uma brecha, um espaço onde se poderiam ainda, valer os opositores para continuarem alimentando as controvérsias.

E é ainda assim na contemporaneidade, pois nada evoluiu para se mapear no cérebro as doenças psiquiátricas. Conforme Whitaker (2017), o marketing da indústria dos sintomas está alicerçado numa ilusão e mesmo que as coisas sejam transitórias, é nesta aposta que esse agrupamento se movimenta, obtém sucesso e tem novamente seu objetivo alcançado: a remedicalização proposta pela Psiquiatria.

De acordo com Freitas e Amarantes (2015), as várias revisões não surgiram a partir de avanços científicos de novas descobertas ou de novas abordagens, mas sim a partir de interesses de ordem política uma vez que eram muitos os envolvidos nestas disputas como as próprias indústrias farmacêuticas e as organizações dos pacientes psiquiátricos, para exemplificar. Para Teixeira (2011)<sup>42</sup>, os protestos servem para manter os discursos. Isto pode explicar as constantes mudanças nos manuais cujas alterações se originaram dos diferentes protestos que circularam em torno deles, sempre que uma nova versão era publicada. Essas modificações tinham como objetivo manter esses manuais despercebidos, cumprindo um papel apenas de intermediário, não provocando os *antigrupos* que poderiam colocar em risco sua existência e consequentemente ameaçar os interesses das alianças. Segundo Latour (2012),

Um *intermediário*, em meu léxico, é aquilo que transporta significado ou força sem transformá-los: definir o que entra já define o que sai. Para todos os propósitos práticos, um intermediário pode ser considerado não apenas como uma caixa-preta, mas uma caixa-preta que funciona como uma unidade, embora internamente seja feita de várias partes [...]. Não importa quão *complicado* seja um intermediário, ele deve, para todos os propósitos práticos, ser considerado como uma unidade – ou nada, pois é fácil esquecê-lo. (p.65).

Dentro da ótica da TAR, podemos inferir que o DSM-III (1980) foi articulado exatamente com o propósito de evitar e neutralizar as discussões e os movimentos em torno das causas das enfermidades mentais. Sua visibilidade deveria ser quase que insignificante, uma vez que a ele caberia a responsabilidade de manter os interesses de todo um grupo.

---

<sup>42</sup>Este programa interinstitucional de atividades acadêmicas se inseriu em um movimento internacional denominado STOP DSM (stopdsm.blogspot.com) de manifestações críticas em relação à metodologia e estrutura de construção do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. Esta apresentação foi feita na segunda mesa redonda preparatória para o evento "Psicopatologia: um tema sempre em debate", que foi realizado em maio de 2012 na UFSJ - Universidade Federal de São João Del Rei. Recuperado a partir de [www.youtube.com/watch?v=ietSXCK2g1Q&t=162s](http://www.youtube.com/watch?v=ietSXCK2g1Q&t=162s).

Estas repostas deixam claro que, apesar de existirem vários fatores em jogo, nenhum deles se remeteu ao estatuto da melhora ou da cura das doenças ou transtornos mesmo que este seja o discurso usado nas diversas facetas do marketing corporativista do comércio da saúde mental e da medicação. Aqui, o que está em jogo é a manutenção da aliança que se formou em torno da existência de uma Medicina dos transtornos mentais e essa só poderia subsistir com um modelo mais codificador desses transtornos. A própria mudança na nomenclatura, de doença para transtorno, deixa claro que o que interessa para o manual são as classificações e as codificações que não precisarão de teoria como base metodológica

Após o DSM-III (1980), ocorreu uma revisão em 1987 surgindo a publicação do DSM-III-R e anos depois, em 1994, assistimos à publicação do DSM-IV com várias modificações onde diversos transtornos foram excluídos e outros tantos foram acrescentados. É nesta versão, inclusive, que ocorre finalmente uma padronização com o CID-10<sup>43</sup>. De acordo com Pessotti (1999), nas edições do CID-10 o objetivo foi disciplinar e uniformizar os diagnósticos clínicos e ainda possibilitar que fossem feitas hipóteses diagnósticas provisórias, permitindo que o clínico pudesse fazer mais de um diagnóstico, “explicitando qual é o diagnóstico *principal*, quais são *secundários* e quais são adjuntivos *ou complementares*.” (p. 179).

Em cada uma dessas versões, o que podemos observar é um aumento substancial de diagnósticos identificáveis e neste fato recai o ponto de acordo entre elas. Mesmo que alguns sejam retirados, outros surgem em substituição perfazendo um total de quase 200% de aumento entre o DSM-I (1952) e o DSM-IV (1994). Para vários profissionais da área, este fato gera muito desconforto e insatisfação. O DSM é acusado, e aqui podemos observar a força desse híbrido, de fabricar transtornos e de psicopatologizar a vida cotidiana. De acordo com o manual, dificilmente qualquer queixa não se enquadraria em uma de suas classificações e não seria passível de ser resolvido mediante medicação. Quase ninguém escapa de ser enquadrado em algum transtorno.

Em 2013 surgiu uma nova versão, o DSM-V, mais robusta que sofreu uma modificação de 12% de acréscimo em seus quadros classificatórios e seu discurso sintomatológico. Os trabalhos para a sua elaboração iniciaram-se em 1999 quando a APA promoveu a realização de diversas pesquisas para encontrar o que poderia estar falho no DSM-IV (1994), que já havia sofrido uma revisão algum tempo antes. Com isso, recursos, mobilização de cerca de 1.500 profissionais e mais de 10 anos de trabalho são investidos. Mas estas mobilizações não se restringiram apenas na elaboração do manual, várias outras se formaram em torno de críticas,

---

<sup>43</sup> Código Internacional de Doenças.

protestos, encontros, pesquisas, seminários e outras tantas manifestações que vieram trazer novas controvérsias a respeito da maneira de direcionar tratamento aos sofrimentos mentais. Mas, apesar desses avanços no que se refere às resistências, o DSM-V é publicado e apresentado pela APA (órgão responsável pelo estabelecimento dos critérios diagnósticos para as doenças mentais) em 18 de maio de 2013 em seu encontro anual. Em entrevista ao site da VEJA, David Kupfer, chefe do grupo que revisou o novo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, declara que a presente versão do Manual se apresenta como um verdadeiro avanço e, em defesa do mesmo, declara que o “DSM-5 representa a melhor possibilidade de aplicação clínica dessa ciência para os seus diagnósticos”. O mesmo ainda confirma que a nova versão se baseia em “*sintomas e comportamentos*” e que o foco “na atenção à idade, gênero e cultura em todo o manual terá um impacto positivo no atendimento ao paciente.”<sup>44</sup> No entanto, o manual permanece duramente criticado pelo seu aspecto psicopatologizante e por justificar, através de sua classificação e codificação, o uso de medicamentos já desenvolvidos.<sup>45</sup>

Com relação aos transtornos mentais da infância, Caponi (2016) faz uma comparação interessante entre as diferentes versões, que vai do aparecimento de novos transtornos até à manutenção das mesmas categorias classificatórias. Entretanto, a consolidação da dissolução de uma fronteira, antes evidente até o DSM-IV (1994), é abandonada, dissolvida, com o DSM-V (2013), legitimando a indistinção entre os diagnósticos próprios da infância daqueles antes reservados a vida adulta. Além de priorizar a identificação nos primeiros anos de vida dando prioridade a vida pré-escolar, promove mecanismos de prevenção em nome de uma vida saudável nos primeiros anos de vida. Não é somente patologizar as *infâncias*, mas também prevenir patologias graves que poderão surgir na vida adulta. “O DSM-5 inaugura, a partir dos postulados defendidos pela Psiquiatria do desenvolvimento, um processo pelo qual todos e qualquer transtorno mental deverá ser diagnosticado nos primeiros anos de vida.” (p.36). Outro fator importante que faz parte do novo manual, é que os diagnósticos não precisam ser determinados a partir de comportamentos associados ao sofrimento dos indivíduos. Basta que o comportamento produza mal-estar nos pares como escola, família, colegas, para que seja considerado passível de tratamento. A criança passa a não mais ter um sofrimento a apresentar em suas dificuldades ficando completamente alienado de seu adoecer que fica a cargo dos

---

<sup>44</sup> Entrevista completa, acessar <https://veja.abril.com.br/saude/o-dsm-5-e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais/>

<sup>45</sup> Podemos acompanhar mais detalhes a respeito da elaboração do DSM no documentário: Manual de diagnóstico e estatístico: a farsa mais mortífera da Psiquiatria, recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=-vROSadz530&pbjreload=10>

efeitos que possa produzir nos outros a seu redor e que passa a provocar incômodo. Persistência e frequência são as estratégias para se definir os diagnósticos que podem ser tratados prioritariamente com as diversas medicações ofertadas no mercado.

### 5.3 O controverso diagnóstico do TDAH

Lima (2005) aponta que, com relação ao principal diagnóstico infantil, o TDAH, historicamente costumam atribuir o pediatra inglês George Frederic Still como precursor em transformar os comportamentos considerados “maus” das crianças em uma condição médica. Este pontapé inicial teria sido apresentado em palestras proferidas por ele em 1902. A descrição feita por ele ganhou terreno fértil. Ao longo do caminho nesta corrida por enquadrar as crianças ditas desajustadas em alguma nosologia, culminou com a criação de uma categoria que respondia a essas demandas. Assim surgiu, em uma apresentação de simpósio em 1962, a denominação “disfunção cerebral mínima” – DCM, que abrigava em sua descrição, comportamentos como conduta antissocial, desatenção, hiperatividade, problemas de aprendizagem, trazendo então para a ciência médica, os problemas que a sociedade da época estava enfrentando com relação a esses comportamentos. Patto (1993) argumenta que nesta mesma época, no Brasil, além da Psiquiatria e Psicologia se ocuparem da institucionalização da noção de dificuldade de aprendizagem, surgiu a especialização *Psicopedagogia* como uma opção para o tratamento dessa nova abordagem diagnóstica. A partir deste momento histórico, em 1968, a APA incluiu nos seu segundo manual de diagnósticos, o DSM-II, a primeira referência ao diagnóstico que nominaram como *reação hipercinética da infância* para oficializar o que os médicos já estavam realizando em seus consultórios. No DSM-III (1980), após novas apresentações e pesquisas realizadas por outros profissionais, ocorreu uma mudança nesta descrição, passando para *Distúrbio de Déficit de Atenção* – o DDA com subtipo de com ou sem hiperatividade. Assim, DSMs e CIDs buscam garantir uma categoria diagnóstica que possa ser considerada homogênea e universal, desprezando completamente a relação da criança com o seu ambiente promovedor de diversas formas de afetação. No atual manual, o DSM-V (2013), o TDAH é apresentado da seguinte forma:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar - sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados "de extremalização", tais como o

transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (p.73).

Ainda, de acordo com Lima (2005), com a crescente detecção do transtorno em um número cada vez mais elevando de crianças, proporcionalmente crescem as prescrições de tratamento que não se limitam aos atendimentos por outros profissionais, mas primordialmente com o medicamento como recurso terapêutico. Portanto, salientamos a importância deste outro aliado, que independente de fazer parte de várias controvérsias, tornou-se um actante de grande robustez, mediador significativo na mudança do olhar para os sofrimentos e as dores do cotidiano, para as diversas formas de expressar as afetações.

#### **5.4 Os psicotrópicos e a biologização da doença mental: medicar é preciso.**

É importante salientar que, de acordo com Latour (2012), a TAR sinaliza para o papel dos objetos – que na verdade são elementos híbridos pois são mesclas do engenho humano e da materialidade das coisas – que também participam da ação e são importantes nas associações que são estabelecidas. Ela trabalha com a ideia de que um objeto, por exemplo, carrega em si uma rede que pode funcionar na ação tanto como um intermediário quanto como um mediador, portanto desprezando a famosa dicotomia objeto/sujeito. As pílulas de medicamentos são trabalhadas aqui como actantes, ou seja, como resultados de redes e que em algum momento, no curso da ação, podem ser ouvidos como porta-vozes dessas associações. Os objetos são multiplicadores de possibilidades, desempenham papéis e estão intimamente relacionados com a durabilidade dos vínculos.

Segundo Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017), a história das drogas psicoativas elucidada o papel de destaque que hoje observamos na Psiquiatria em relação às demais especialidades. Após a descoberta da Thorazina, (clorpromazina), no início da década de 1940, e sua administração em pacientes hospitalizados em 1952, em 1955, a Psiquiatria passa a contar também com uma nova droga, o meprobamato, vendido no mercado pela Wallace Laboratories como Milttown, indicado para a ansiedade.

No ano de 1957, em tratamento para tuberculosos, foi administrado aos pacientes internos do hospital Sea View, em Staten Island, entre outros compostos, a ipromiazida, que além de eficaz no tratamento da doença, provocou neles um estado de euforia, levando os profissionais a sugerirem sua utilização na Psiquiatria.

Para Whitaker (2017), o sucesso de tais descobertas provocou outras empresas farmacêuticas a investir esforços para lançarem novas drogas no mercado. Surgiu assim, nesta



atmosfera de lucros e de sucesso comercial, o clordiazepóxido, vendido como Librium em 1960 da Hoffmann - La Roche. Assim, a cabo de um curto período de tempo, a Psiquiatria começou a contar com novos medicamentos para o tratamento de seus pacientes.

Entretanto, não se divulgavam os efeitos colaterais dessas drogas e nem o que poderia ocorrer com sua utilização a longo prazo ou a respeito de seus efeitos para fins de contenção. O que se observava efetivamente com a administração de tais medicamentos era uma mudança de comportamento e não um efetivo tratamento das doenças psiquiátricas.

Ainda, segundo o mesmo autor, as descobertas dessas drogas não partiram de uma investigação da origem das doenças como acontecia com as outras especialidades, mas de efeitos colaterais observados na sua administração para outros tipos de doenças. Mesmo assim, ao público, a história contada e publicada foi outra. Reforçaram os efeitos “milagrosos” de tais pílulas e, para dar-lhes credibilidade, o marketing foi ostensivo em reafirmar os benefícios de seus efeitos. Por trás do seu sucesso, os lucros obtidos pelos médicos psiquiatras que passaram a deter para si o controle de suas receitas e para as empresas farmacêuticas por sua fabricação, fizeram desta situação um mercado promissor, lucrativo e revolucionário, cujos efeitos podemos observar até os dias atuais.

A partir desse momento, com a ajuda de uma propaganda agressiva e de uma incansável batalha de todos os envolvidos, a história da Medicina das doenças mentais sofre uma profunda reviravolta que não levará em conta a preocupação com pesquisas e com o desenvolvimento de tratamentos eficazes para uma vida satisfatória de seus pacientes. Essas alianças não mediram esforços para garantir que seus resultados financeiros fossem cada vez maiores. Dessa maneira entraram em cena os desequilíbrios químicos do cérebro para dar suporte científico ao então tratamento químico desenvolvido pelas empresas farmacêuticas. Desequilíbrio químico exigia tratamento químico. Nas palavras de Whitaker (2017),

Haviam sido desenvolvidas drogas psiquiátricas que eram antídotos para transtornos biológicos, e os pesquisadores acreditavam que estas funcionavam corrigindo desequilíbrios químicos no cérebro. Os terríveis hospitais psiquiátricos que tanto haviam envergonhado a nação, no fim da Segunda Guerra Mundial, poderiam agora ser fechados, já que os esquizofrênicos, graças às novas drogas, poderiam ser tratados em suas comunidades. Os que sofriam de distúrbios mais brandos, como depressão ou ansiedade, simplesmente precisariam buscar alívio em seus armários de remédios. Em 1967, um em cada três adultos norte-americanos recebeu uma receita de um medicamento “psicoativo”, e o total de vendas dessas drogas atingiu 692 milhões de dólares. (p.78).

Mas nem tudo estava tão bem assim. Muitas críticas foram surgindo com relação a esse modo novo de tratar as doenças mentais e, mesmo tendo um trabalho intenso de apoio, os psicofármacos foram acusados de criarem dependência e de não ajudarem efetivamente a seus usuários. Quando deixados, provocavam violenta crise de abstinência e os sintomas retornavam

muito mais fortes. As reações adversas como tonturas, enjoos, constipação, confusão, psicose, também eram relatados.

As benzodiazepinas<sup>46</sup>, de ação rápida, observada já na primeira semana de uso, demonstraram em testes com placebo que, após este período, seu resultado apresentava uma queda acentuada demonstrando uma ação muito passageira para ser considerada eficaz para tratamento, e mesmo neste curto e breve período de bons resultados, acarretavam prejuízos preocupantes como: problemas psicomotores e cognitivos e relatos de amnésia. O que os pesquisadores alertavam é que medicamentos à base de benzodiazepinas causavam danos severos ao cérebro.

Todos esses problemas apresentados com o uso dos psicofármacos levaram a questionamentos com relação aos seus resultados e o lado negativo começou a ser divulgado. Os medicamentos começaram a falhar no mercado e provocaram retrocesso nas conquistas dessa aliança promissora. Eram necessárias novas políticas para recuperar a credibilidade no tratamento medicamentoso. Outros atores precisavam entrar em cena para que ocorresse o que eles chamaram de “remedicalização da Psiquiatria”.

Assim, a biologização da doença mental com seus desequilíbrios químicos, conseguiu que seus sintomas fossem mais objetivamente listados, catalogados e descritos nos Manuais de Psiquiatria, o medicamento ganhou referência científica e, apesar dos problemas que poderiam acarretar em seus usuários, seu uso tornou-se inevitável, uma vez que esse era o tratamento mais indicado dentre os demais que por ventura eram oferecidos. Aliás, os demais passaram a ser coadjuvantes e poderiam ser facilmente desprezados, já a medicação não. Esta consistia no tratamento principal e não poderia ser abandonada.

Entretanto, para Gotzche (2016),

A história do desequilíbrio químico, que está sendo contada sobre todos os medicamentos psicotrópicos, até mesmo para benzodiazepínicos (comprimidos para os ‘nervos’ ou para dormir), é uma grande mentira. Nunca foi documentado que qualquer uma das grandes doenças psiquiátricas seja causada por um defeito bioquímico e não há qualquer teste biológico que consiga nos dizer se alguém tem determinado transtorno mental. Como exemplo, a ideia de que os pacientes deprimidos têm carência de serotonina foi convincentemente rejeitada. (p.308).

Ainda de acordo com Gotzche (2016) e Whitaker (2017), com os avanços na popularização da Psiquiatria e com as novas doenças oficialmente catalogadas, novamente a indústria farmacêutica voltou à cena com um novo campeão de vendas, o Prozac (fluoxetina). A história da fluoxetina demonstra o quanto eram perigosos os efeitos colaterais dos

---

<sup>46</sup>Psicofármacos com efeitos depressores, indicado no tratamento da ansiedade e insônia. Comercializado através dos nomes Artane, Buprex, Librium, Mandrax, Rohipnol, Temesta, Valijm, Xanax. O nome mais comum no Brasil é o Lorazepan.

psicotrópicos. Em relação a este, foi apontado um alto risco de suicídio e de comportamento de violência levando a Eli Lilly, empresa responsável pela sua fabricação, a indicar o uso das benzodiazepinas para aliviar os sintomas. Mesmo isso não resolveu o problema do medicamento que chegou a ser considerado inapropriado na Alemanha. Nos estudos realizados neste país, detectou-se que, além de não melhorar os sintomas da depressão, causaram psicose e alucinações com tentativas de suicídio. As consequências foram alarmantes, mas não para a empresa e sim para os usuários. Para continuar no mercado estas reações adversas foram atribuídas à doença e não à medicação. E, mesmo na Alemanha, onde os estudos foram realizados e divulgados, a liberação da comercialização da fluoxetina foi concedida mediante a única exigência de conter em seu rótulo a mensagem do risco de suicídio que seu uso poderia provocar.

Mas o que era contado pelos psiquiatras pagos pelas empresas a respeito do Prozac? Uma história muito diferente. Além de atribuir os efeitos adversos como eventos suicidas e homicidas à doença, iniciaram uma divulgação ostensiva e em diferentes frentes a respeito dos sinais e sintomas da doença e o perigo em não se medicar a depressão, com a intenção de mobilizar a opinião pública a favor da medicação. O alvo foi atingido. As investigações pelos órgãos responsáveis pelo controle da comercialização dos medicamentos, não conseguiram interesse de seus membros que eram constituídos em sua maioria por médicos com vínculos com as empresas farmacêuticas. Como resultado, o Prozac (fluoxetina) novamente ocupou seu lugar como a pílula milagrosa e mantém seguro e duradouro o lugar de destaque da Psiquiatria.

Várias outras drogas já foram colocadas no mercado e atualmente a Psiquiatria conta com uma vasta lista de medicações como também com uma vasta lista de transtornos que necessitam ser tratados e que justificam a utilização dessas drogas pelos mais diversos públicos. Se, por um lado, as drogas tratam das doenças infecciosas com relatos de curas, como exemplo os antibióticos, por outro, no caso das doenças mentais, estão no centro de um verdadeiro comércio, um verdadeiro empreendimento, possibilitando aos aliados (médicos e indústria farmacêutica), elevados lucros e inegável poder e controle social. Mediadora que revolucionou e modificou a história da Medicina, seu aparecimento precede a nomeação do transtorno, ou seja, o remédio “participa da nomeação do transtorno.” (Guarido, 2007).

Para a TAR, os objetos possuem a mesma importância que os humanos dentro da rede e, como tal, também agem e a importância destes na esteira das redes não é menor e menos importante do que a dos humanos. Os objetos mediam, estão no espaço entre os humanos e multiplicam as possibilidades. Não existe associação sem a mediação dos objetos e muitas vezes eles assumem a manutenção e a formação dos agrupamentos, fazem agir. As interações

transcendem o presente e o local e os objetos contribuem para isso. Retirá-los da ação é como relegar à mesma uma finitude proporcionalmente na sua ocorrência. Eles, os objetos não determinam a ação, mas permitem, autorizam, estimulam, influenciam, possibilitam ações e modificam funcionando como mediadores.

A concretude não é sinônimo de imutabilidade, a existência dos objetos faz-se sentir em todas as associações, interações, nos novos cursos da história ou na manutenção de velhos poderes. Mesmo funcionando como intermediário em dado momento, quando necessário se destacam na sua ação e novamente funcionam como mediadores.

Latour (2012), com relação à sua discussão sobre a ação, postula que a ação é assumida e dividida com o restante dos atores. A grande questão é: quem age quando agimos? As forças que impulsionam a ação se originam de actantes que estão envolvidos em torno de determinada controvérsia e que vão deixando rastros na rede influenciando outros atores. Elas geram transformações, deixam traços, estão presentes nos relatos e são incessantemente debatidas. As ações também são delegadas e transferidas a diferentes atores caminhando adiante, assumindo novos caminhos e cada vez mais distantes, modificando-se e exercendo outros tipos de forças. Segundo Despret (2013),

‘Força’ é para ser entendida em termos do seu poder de afectar as outras forças a que ela se relaciona, e para ser afectada por outras forças por sua vez. Incitar, provocar, produzir, induzir, despertar, evocar, instigar, envolver, inspirar, e assim por diante são exemplos de afectos ativos dentro de um *agenciamento*; um afecto reativo é entendido em termos da sua capacidade de ser estimulado, inspirado, contratado, ou provocado, ou em ser induzido a produzir – ou mesmo em termos de poder de dar a outro ser o poder de afetar a você: o que Latour designou como o ‘faire’, que significa em francês ‘para fazer um fazer’ e ‘causando a ser feito’. (p. 38, tradução nossa).<sup>47</sup>

A agência, não é entendida apenas como aquela que faz agir, mas a que provoca, inspira a ação do outro. A autora traz um assunto interessante para esta discussão porque tira da situação extremamente passiva o outro da ação. Agir, ou reagir é uma ação que permite com que o outro continue provocando agenciamento, ou seja, quem toca também é tocado. A agência pressupõe interagência e os objetos também estão implicados nesta dinâmica.

Latour (2012), não estuda os objetos em envolvimento com os humanos como meros substitutos destes ou como apenas facilitadores na comunicação de um humano ou grupo de

---

<sup>47</sup> ‘Force’ is to be understood in terms of its power to affect other forces to which it is related, and to be affected by other forces in turn. Inciting, provoking, producing, inducing, arousing, sparking, evoking, instigating, engaging, inspiring, and so on are examples of active affects inside an agencement; a reactive affect is understood in terms of the capacity to be incited, inspired, engaged, or provoked, or in being induced to produce—or even in terms of the power to give another being the power to affect you: what Latour has designed as the “faire faire,” meaning in French ‘to make one do’ and ‘causing to be done’. (p.38).

humanos com outros. Os objetos e os humanos não existem separadamente, são híbridos, e estão em constante interação nas redes. Portanto, são tratados simetricamente pela TAR.

Nessa controvérsia, a medicação é um actante importante e possui papel central na determinação dos papéis assumidos tanto pelas alianças que se formaram em torno de si, quanto por aqueles que delas fazem uso e que, notadamente, sofrem efeitos de suas ações.

De acordo com Domitrovic (2014), o metilfenidato constitui-se como a base do tratamento do TDAH. Comercializado sob os nomes de Ritalina e Concerta, é um derivado da anfetamina (classe de drogas sintéticas) estimulante do sistema nervoso central, considerado pela ONU (2011) como o psicoestimulante mais utilizado no mundo, incluindo o Brasil, onde sua utilização cresce a um ritmo assustador, chegando a 775% em dez anos. Entretanto, o mecanismo de ação deste medicamento é pouco conhecido e a comprovação biológica do transtorno não foi comprovada. Tanto um quanto o outro podem ser percebidos em controvérsias que fomentam as discussões a respeito da comprovação biológica do transtorno e da eficácia de seu tratamento. Esta discussão nos provoca uma forte associação com o “soma” de Admirável Mundo Novo, que era ministrado com o único propósito de eliminar as inquietações, de entorpecer os efeitos das relações com os pares. O metilfenidato também é um agente de aquietação dos estímulos, provocando robotização e adequação às normas de uma atenção acorrentada nas carteiras escolares.

Outros medicamentos como antipsicóticos e antidepressivos, também se tornaram comuns nas receitas para crianças. Este número está crescendo a cada dia através da porta aberta no DSM-III (1980) e reafirmada no DSM-V (2013) com seu discurso preventivo. O futuro que *Admirável Mundo Novo* previa nas palavras de seu autor,

Haverá, na próxima geração, um método farmacológico de fazer as pessoas amarem sua servidão e produzirem ditadura sem lágrimas, por assim dizer, produzindo um tipo de campo de concentração indolor para sociedades inteiras, de modo que as pessoas terão de fato suas liberdades tiradas delas, mas preferirão apreciar isso, porque elas estarão distraídas de qualquer desejo de se rebelar por propaganda ou lavagem cerebral, ou lavagem cerebral aprimorada por métodos farmacológicos. E esta parece ser a revolução final. (Aldous Huxley, Grupo Tavistock, California Medical School, 1961)<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> <https://archive.org/details/AldousHuxley--TheUltimateRevolution--ABlueprintToEnslaveTheMasses>

### ***Intermitências***

Havia a levíssima embriaguez de andarem juntos, a alegria como quando se sente a garganta um pouco seca e se vê que por admiração se estava de boca entreaberta: eles respiravam de antemão o ar que estava à frente, e ter esta sede era a própria água deles. Andavam por ruas e ruas falando e rindo, falavam e riam para dar matéria peso à levíssima embriaguez que era a alegria da sede deles. Por causa de carros e pessoas, às vezes eles se tocavam, e ao toque - a sede é a graça, mas as águas são uma beleza de escuras - e ao toque brilhava o brilho da água deles, a boca ficando um pouco mais seca de admiração. Como eles admiravam estarem juntos! Até que tudo se transformou em não. Tudo se transformou em não quando eles quiseram essa mesma alegria deles. Então a grande dança dos erros. O cerimonial das palavras desacertadas. Ele procurava e não via, ela não via que ele não vira, ela que, estava ali, no entanto. No entanto ele que estava ali. Tudo errou, e havia a grande poeira das ruas, e quanto mais erravam, mais com aspereza queriam, sem um sorriso. Tudo só porque tinham prestado atenção, só porque não estavam bastante distraídos. Só porque, de súbito exigentes e duros, quiseram ter o que já tinham. Tudo porque quiseram dar um nome; porque quiseram ser, eles que eram. Foram então aprender que, não se estando distraído, o telefone não toca, e é preciso sair de casa para que a carta chegue, e quando o telefone finalmente toca, o deserto da espera já cortou os fios. Tudo, tudo por não estarem mais distraídos. (Lispector, 2004)<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> <https://claricelispector.blogspot.com/2007/12/por-no-estarem-distrados.html>

## 6 UMA REDE QUE NÃO SE ESGOTA NELA MESMA

No percurso que realizamos ao longo destes dois anos de pesquisa, caminhamos com vários autores que nos apresentaram as diversas articulações que foram estabelecidas em torno do processo de patologização e medicalização infantil, demonstrando como são intensas as discordâncias e as disputas entre seus atores.

A medicalização e patologização se constituem em atos de prescrições cujo objetivo principal se baseia em ajustamento e adaptação, ou seja, em conformação a regras e normas pré-estabelecidas como adequadas em determinado limite de tempo e espaço. A lógica médica, que busca explicar através do biológico os possíveis desvios do comportamento, também apresenta soluções para resolver os impasses através de suas prescrições tendo a medicação como seu principal instrumento.

O grande aumento que estamos assistindo no consumo dos medicamentos psicotrópicos pelas crianças é apontado por alguns autores como Luengo (2010) e Moysés (2017) como decorrência de uma exigência do higienismo que busca uma padronização do comportamento cujo desvio é entendido como anormal. Com uma fronteira frágil que separa os conceitos de normal e patológico, a denúncia principal é a de que desigualdades estão sendo entendidas como patologias e de que fatores sociais e econômicos estão sendo levados em consideração na triagem para a detecção precoce de futuros distúrbios.

A escola, tomada até o momento como um espaço natural das crianças, é ainda apontada como cenário de investigação da presença dos mais diversos e variados distúrbios, sendo responsável pelos constantes encaminhamentos e pela produção de laudos com pré-diagnósticos que deverão ser devidamente tratados por diferentes especialistas que se articulam em torno de todo esse processo.

As alianças que se estabelecem entre a indústria farmacêutica, a medicina, as instituições escolares e seus apoiadores, são fortalecidas pelos manuais como DSMs e CIDs que se apresentam como verdadeiros porta-vozes da ciência, com a pretensão de garantir precisão aos diagnósticos.

Atualmente, no tocante aos discursos clínicos, a prevenção precoce tem antecipado o limite da faixa etária para o estabelecimento do diagnóstico. Do rastreamento escolar passa-se para o rastreamento da pediatria, pois, de acordo com o DSM-V (2013), todo e qualquer transtorno que acomete o adulto pode ser detectado logo na primeira infância e, conseqüentemente, poderá ser tratado o quanto antes. A criança transforma-se em um

instrumento facilmente manipulado da indústria da normalização que se preocupa em domar corpos para se obter cidadãos perfeitamente sadios em nome do progresso.

Qualquer fracasso é entendido e tratado como uma incapacidade do sujeito e não como uma vulnerabilidade do sistema. A culpa é da vítima que fica aprisionada em um diagnóstico que a acompanhará como rótulo, mas que, por outro lado, isenta as instâncias de poder de alguma participação neste processo, uma vez que políticas públicas ou educacionais não são discutidas. No exemplo de Caliman (2016),

Sim, é claro que eu também acho que é bom pra ele praticar esporte, fazer outros tratamentos, mas na escolinha de futebol e na APAE só aceitam se ele estiver medicado. E em muitos casos, pouca coisa se tenta na escola antes que a gente tenha um laudo, antes que ele esteja medicado. (p.58).

A exigência de que a criança, apontada e encaminhada para tratamento, esteja medicada para que possa participar das atividades ou mesmo frequentar a escola não é raro. Segundo Patto (1993), os profissionais de apoio que fazem parte da equipe escolar também contribuem com seus pareceres para que a situação se torne ainda mais estigmatizadora. Luengo (2010) aponta a origem da instituição escolar como lugar de superação de supostas “falhas” relacionadas, principalmente, às origens étnicas, raciais e econômicas, com o objetivo de desenvolver adultos em corpos sadios. Verdadeiro leito de Procusto. Estas crianças apontadas como fracassadas ou doentes passam a se constituir no público dos consultórios tanto dos neurologistas, psiquiatras como dos nossos, os consultórios psicológicos, com a lista de sintomas e o número de suas patologias fornecidos pelos manuais de classificação. Sempre existem justificativas para assumir este tratamento, tornando-se indispensável e fortemente defendido tanto pelos especialistas quanto pela própria família que já foi convencida pelos profissionais.

De acordo com Latour (2015), na relação com os objetos não somos nem ativos nem passivos, mas estamos em interação, estamos vinculados, ou seja, é a qualidade dos laços que são firmados e como eles nos afetam que devem ser levados em consideração. É o que observamos neste estudo, que apontam para o estabelecimento de diversos vínculos com a medicação, esse híbrido que assume um papel terapêutico importante cujo objetivo principal é a adequação de comportamentos, melhora na performance e uma forma de ser inserido em um meio que assim o exige. É uma maneira de ser aceito socialmente e fazer parte de um grupo. Tal como em Huxley (1931), ao destacar que o hábito de ingerir o “soma” não se constituía em uma dependência, mas em um ato político. Tomar a pílula garantia que comportamentos subversivos, de desobediência, de desajustamento pessoal não fossem observados na sociedade e permitisse sua permanência no coletivo. Com os alertas do autor podemos inferir que os muros de Saramago (1995), erguidos para isolar os cegos, já não seriam mais necessários, uma vez



que, com o “soma” conseguiríamos induzir comportamentos convenientes ao sistema. E, como postula o DSM-V (2013), se todo o transtorno tem sua origem nas *infâncias*, então todos os tratamentos dispensados aos adultos também poderiam ser prescritos por antecipação para as crianças.

Por que foi que cegámos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que estamos cegos, Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem. (Saramago, 1995, p. 183).

Para a TAR, somos atores-rede em um mundo ator-rede, fazendo conexões inesperadas, afetando e sendo afetados pelos efeitos gerados de forma nem sempre prevista. Para Latour (2008), o corpo é essa instância mediadora que a controvérsia em questão traz para o centro do debate. De acordo com a Teoria Ator-Rede, o corpo é formado a partir de relações que estabelece com o mundo, com os objetos, com as pessoas, com os fatos e acontecimentos; é uma construção que se estabelece pela desconstrução porque traz um novo posicionamento, um novo olhar, um novo ponto de vista no entrelaçamento com o mundo. Entendemos que a medicalização interrompe essa cadeia, pois tem o objetivo de apassivar esse corpo, tornando-o dócil às exigências do meio. Ao medicalizar a criança, essa cadeia de múltiplas afetações é bloqueada e, portanto, silenciada. Segundo Moysés (2017), a maneira com que nos comportamos está relacionada ao momento histórico e cultural em um corpo que está constantemente em interação com o que está a sua volta, nada determinado ou prontamente adquirido, mas onde se concretiza e onde pode ser observado uma vez que sofre influências.

A tentativa de universalização dos padrões de comportamento normal estimula a criação de instrumentos para medir esses comportamentos. Além dos testes psicológicos ou neuropsicológicos, podemos contar também com os protocolos e as listas de sintomas dos manuais psiquiátricos para confirmar a normalidade ou anormalidade do avaliado. Este é o significado da medicalização: ela se constitui em ato de transformação de corpos na tentativa de evitar que sujeitos escapem ao controle, que permaneçam ou retornem aos seus lugares. Mas eles escapam, falam com um corpo resistindo às diversas tentativas de subordinação e dominação mesmo que sobre eles recaia todo o ônus de uma política de preconceitos e segregação. Um higienismo modernizado, com novos aliados que o mantêm atuante. Um conceito que serve de suporte para as alianças que se estabeleceram em torno da medicalização e patologização infantil.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. (2004). *A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- ANVISA (2014). Boletim Brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde. *BRATIS*, 23.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração.
- Benevides, P. S. (2015). Governar através das crianças: notas sobre a indústria de normalização pela infância. In: Dantas, J. B. (org.). *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba, PR: CRV, p. 35-48.
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. N. C. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Revista Psicologia, ciência e profissão* Vol. 33. Brasília.
- Caliman, L. ((2016). Infâncias medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes. In: Caponi, Vásquez & Verdi. (orgs). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs.
- Callazans, R. & Neto, F. K. orgs. (2012). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG.
- Canguilhem, G. (2012). *O conhecimento da vida*. Ribeiro, V. L. A. (trad.), Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. N. C. (2016). Vigiar e medicar – o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In: Caponi, Vásquez & Verdi. (orgs). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes* 28, Campina: Papyrus/Cedes.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do Espaço Pedagógico em espaço clínico (A patologização da Educação). *Série ideias* 23. São Paulo: FDE.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1995). *O Cotidiano Escolar patologizado. Espaço de preconceitos e práticas cristalizadas*. (Tese para obtenção de livre Docência, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação não publicado). Campinas: SP.
- Conrad & Barker (2011). A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. Barbarini, T. A. *Ideias* 3 (2), 185-213.
- Costa, J. F. (1980). *História da psiquiatria no Brasil*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Costa, J. F. (2014). As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia. In: *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 171-187.

- Deleuze, G. (1972-1990). Post-Scriptum: sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. Pelpart, P. P. (trad.), São Paulo: Editora 34.
- Despret, V. (2001). *Ces émotions qui nous fabriquent: ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond/Le Seuil.
- Domitrovic & Caliman (2017). As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. *Psicologia & Sociedade*, 29, 1-10, Espírito Santo.
- Esteban, M. T. (2017). A quem se ensina ? Quem aprende ? A (in)visibilidade da infância no cotidiano escolar. In : *Fórum construindo vidas despatologizadas*. Neto & Ferreira (orgs.). Belo Horizonte: Casa da Educação Física, p. 34-47.
- Fernández, Alicia (2001). *Os idiomas do aprendente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernández, Alicia (2012). *A atenção aprisionada: psicopedagogia da capacidade atencional*. Porto Alegre: Penso.
- Fórum sobre medicalização da Educação e da sociedade (2015). Nota técnica: O consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional e gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014).
- Fórum sobre medicalização da Educação e da sociedade (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Grupo de Trabalho. Conselho Federal de Psicologia.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud 11* (1), 3-25, Washington, D.C.
- Freire, L. L. (2006). Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum*, 11 (26), 46-65, Rio de Janeiro.
- Freitas, F. & Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Freud, S. (1908). O escritor e a fantasia. In Paulo C. S. (trad.), *Obras completas* (Vol. 8, pp. 326-338). São Paulo: Companhia das Letras, 2015. (Publicado originalmente em 1908).
- Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Renato Z. (trad.), Porto Alegre. RS: L&PM editores, 2016. (Publicado originalmente em 1920).
- Gonçalves, C. S. & Pedro, R. M. L. R. (2015). Sobre o consumo de medicamentos para a melhoria cognitiva e do humor: primeiros passos de uma cartografia das controvérsias. *Anais da ReACT – Reunião de Antropologia da ciência e tecnologia*, 2, ST9s, Porto Alegre. Recuperado a partir de [www.ige.unicamp.br/react/content/v-reunião-de-antropologia-da-ciência-e-datecnologia-2015](http://www.ige.unicamp.br/react/content/v-reunião-de-antropologia-da-ciência-e-datecnologia-2015).
- Gotzsche, P. C. (2016). *Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica* [recurso eletrônico]. Ananyr Porto Farjardo.

- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e pesquisa*, 33 (1), 151-161, São Paulo.
- Guarido, R. (2015). A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. Conselho Regional de psicologia. Grupo interinstitucional. (orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 29-44.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu* (5), 7-41. Recuperado a partir de [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1065\\_926\\_hARAWAY](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1065_926_hARAWAY).
- Huxley, A. (1931/1979). *Admirável mundo novo*. (5ª ed.). Vidal de O. e Lino V. (trad.), Porto Alegre: Editora Globo.
- Latour, B. (1992). Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts. In: Wiebe E. Bijker; John Law (eds.). *Shaping technology/building society: studies in sociotechnical change*. Cambridge: The MIT Press, p. 151-180. Recuperado a partir de <http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/50-MISSING-MASSSES-GB.pdf>.
- Latour, B. (1997). Des sujets recalcitrants. *La Recherche* 301, 88-90, Paris.
- Latour, B. (2008). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre ciência. In: Nunes & Roque. (orgs). *Objectos impuros: experiências em estudos sobre ciência*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, p. 39-61.
- Latour, B. (2011). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. (2ª ed.). Jesus de P. A. (trad.), São Paulo: Ed. Unesp.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução à teoria Ator-Rede*. Salvador: Edufbbba.
- Latour, B. (2015). Faturas / Fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *Ilha 17* (2), 123-146, UFSC.
- Latour, B. (2017). *A esperança de pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Souza, G. C. C. (trad.), São Paulo: Editora Unesp.
- Law, John. (1992). Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia e heterogeneidade. Manso, F. (trad.). Disponível em: <http://www.necso.ufrj.br>.
- Lemos, A. (2013). *A comunicação das coisas: teoria ator-rede e cibercultura*. São Paulo: Annablume.
- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumaré.
- Lima, R. C. (2017). Sobre medicalização, normalidade, psicopatologia e infância. In: *Fórum construindo vidas despatologizadas*. Neto & Ferreira (orgs.). Belo Horizonte: Casa da Educação Física, p.74-85.

- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância* (online). São Paulo: Editora UNESP. Recuperado a partir de <http://books.scielo.org>.
- Manuel diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. (2013). Porto Alegre: Artmed.
- Melo & Barros (2015). Enlaces entre higienismo e medicalização infantil: cartografando práticas de saúde na escola. In: *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba, PR: CRV, p. 143-165.
- Monteiro, H. R. (2015). Processos de normalização, disciplinarização e medicalização: o que quer o olhar “psi” na educação? In: *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba, PR: CRV, p. 123-142.
- Moraes, Manso & Monteiro (2009). Afetar e ser afetado: corpo e cognição entre deficientes visuais.
- Moysés, M. A. A. (2017). Avaliação: instrumento de submissão ou de respeito. In: *Fórum construindo vidas despatologizadas*. Neto & Ferreira (orgs.). Belo Horizonte: Casa da Educação Física, p. 55-74.
- Organização das Nações Unidas - ONU (2011). Report of the International Narcotics Control Board for 2011. *Statistics for 2010*. Recuperado a partir de [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR\\_2011\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf).
- Organização das Nações Unidas - ONU (2015). Reporto of the international Narcotics Control Board for 2014. *United Nations: international narcotics control board*, January 2015. Recuperado a partir de <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2014.html>.
- Patto, M. H. S. (1993). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz editor.
- Pedro, R. (2010). Sobre Redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In FERREIRA, A.L.F et al. (orgs.) *Teoria Ator-Rede e Psicologia*. Rio de Janeiro: Nau, p.78-96.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Pontes & Ribetto (2013). A produção da marca-mancha (anormalidade) na escola. In: *Anais do 3 seminário internacional educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças*. São Paulo: UNIP, recuperado a partir de [http://seminario3.medicalizacao.org.br/anais/anais.html#\\_Toc368926838](http://seminario3.medicalizacao.org.br/anais/anais.html#_Toc368926838).
- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pró-Reitoria de Graduação (2016). Sistema Integrado de Biblioteca s. *Orientações para elaboração de trabalhos técnicos científicos: projeto de pesquisa, teses, dissertações, monografias entre outros trabalhos acadêmicos, conforme Associação Americana de Psicologia (APA)*. (2ª ed.). Belo Horizonte: PUC Minas. Recuperado a partir de [www.pucminas.br/biblioteca](http://www.pucminas.br/biblioteca).

- Rocha, H. H. P. (2003). Educação escolar e higienização da infância. *Caderno Cedes* 23 (59), 39-56, Campinas.
- Rodulfo, R. (1990). *O brincar e o significativo: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce*. Francisco F.S. (trad.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodulfo, R. (2004). *Desenhos fora do papel: da carícia à leitura-escrita na criança*. Pitliuk, L. (trad.), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Quarterly* 80 (2), 237-260, Nova Jersey, EUA.
- Sampaio & Medrado (2014). Hormônios como actantes: leituras a partir da teoria ator-rede. *18º Redor*. Recife, PE: UFRPE. Recuperado a partir de <http://paradoxzero.com/zero/redor/wp-content/uploads/2015/04/1964-4682-1-PB.pdf>.
- Saramago, J. *Ensaio sobre a cegueira*. (1995). São Paulo: Companhia das Letras.
- Serres, M. (1999). *Luzes. Cinco entrevistas com Bruno Latour*. São Paulo: Unimarco Editora.
- Souza, D. M. V. (2013). Ciência, política e sociologia: perspectivas no campo dos estudos sociais da ciência e tecnologia. In: *XXIX congresso latino americano de sociologia, 2013*, Santiago. Crisis y emergências sociales em América Latina. Santiago, 2013.
- Souza, M. P. R. (2015). 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*. Conselho Regional de psicologia. Grupo interinstitucional. (orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 63-76.
- Venturini, T. (2009). Mergulhando no magma: como explorar as controvérsias com a teoria ator-rede. (Grupo TAR-UFSJ, trad.).
- Viégas & Freire (2015). O debate sobre medicalização na psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica: aspectos históricos. In: *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba, PR: CRV, p. 103-122.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Vera R. (trad.), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago editora.
- Zorzanelli, R. (2014). Sobre os DSM's como objetos culturais. In: *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 55-68.