



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: UM RECORTE A PARTIR DE  
PRODUÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS QUE PRIVILEGIAM AS NARRATIVAS  
INFANTIS**

**LUIZA PESSIN**

*Sob orientação da Professora*

**Rosane Braga de Melo**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, conferido pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, dentro da Área de Concentração em Psicologia

Seropédica, RJ

2020

Pessin, Luiza, 1986-

P475c A crítica à medicalização infantil: um recorte a partir de produções acadêmicas que privilegiam as narrativas infantis / Luiza Pessin. - Rio de Janeiro, 2020.

110 f.: il.

Orientadora: Rosane Braga de Melo.

Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2020.

1. Medicalização. 2. Patologização e Psicofármacos.

3. Infância. 4. Pesquisa com crianças. I. Braga de Melo, Rosane, 1965-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós Graduação em Psicologia III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.



LUIZA PESSIN

**A CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: UM RECORTE A PARTIR DE  
PRODUÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS QUE PRIVILEGIAM AS NARRATIVAS  
INFANTIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia** no curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

**Aprovado em:** \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Rosane Braga de Melo  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro- UFRRJ

---

Prof. Dra. Maria Cristina Ventura Couto  
Universidade Federal do Rio de Janeiro-IPUB/UFRRJ

---

Prof. Dra. Luna Rodrigues Freitas Silva  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro-UFRRJ

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosane Braga de Melo pela sensibilidade, parceria e paciência ao longo de todo o processo de construção desse trabalho.

Agradeço as professoras convidadas Prof<sup>a</sup>. Dra. Luna Rodrigues Freitas Silva e Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Cristina Ventura Couto pela generosidade e implicação empreendida na qualificação deste projeto e também na Banca de Defesa.

Agradeço aos meus chefes e colegas de trabalho por me incentivarem e possibilitarem a concretização deste trabalho.

Agradeço as minhas amigas Priscila, Camila, Nádia, Ketrin, Gabriele, Andréia e Tamara pela amizade, pelas risadas e conversas descontraídas.

Às minhas queridas, Linete e Tatiana, pela torcida carinhosa.

À Ligia Gomes Victora, por fazer gostar mais de mim.

À minha mãe, Marieta, por todos os incentivos, cuidados e orações.

À minha irmã, Karla, por estar sempre presente e torcer por mim.

Ao meu pai, Luiz Carlos, pelo incentivo nos estudos e, principalmente, por acreditar que eu podia seguir em frente.

Agradeço imensamente ao meu amor, Fernando, pela paciência, incentivo e compreensão em todos os momentos.

Obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta realização.

## RESUMO

O presente estudo buscou problematizar a crescente medicalização da infância e a patologização dos modos de ser criança na atualidade, pois de um ponto de vista crítico a medicalização crescente pode ser vista como um processo político e cultural. Parte-se da definição de medicalização como um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, enfatizando o deslocamento de comportamentos cotidianos e de outras esferas para a jurisdição médica. Os discursos classificatórios e patologizantes criam terapêuticas medicalizantes, além de multiplicar o uso dos psicofármacos, parecem estar comprometidas com a correção das anormalidades, transformando-se, portanto, em estratégias disciplinares de normalização das condutas consideradas desviantes. Para tanto, abordaremos os desdobramentos do conceito de medicalização e a história da psiquiatria infantil, indagando de que modo o saber médico-psiquiátrico foi respondendo, através de seus dispositivos disciplinares, às demandas sociais a ele endereçadas. Discutiremos a medicalização das aprendizagens e dos comportamentos de estudantes que não atendem ao padrão idealizado pela instituição escolar e a forma como estes supostos transtornos estão justificando o não aprender na escola. A pesquisa realizou uma revisão bibliográfica da produção acadêmica nacional de trabalhos que privilegiam as narrativas infantis como material de análise, a fim de levantar a prevalência de posicionamento crítico bem como analisar, através dos ditos infantis, os significados que as crianças atribuem ao seu processo de medicalização. Estes trabalhos permitiram revelar a necessidade da realização de mais pesquisas com crianças de caráter crítico, que fundamentem suas reflexões em elementos de base histórica e social, embora consideremos relevante sua proporcionalidade frente ao total de pesquisas analisadas. As pesquisas mostraram também que os ditos infantis estão atravessados pelo discurso da medicalização contemporânea e, os trabalhos críticos analisados possibilitaram vislumbrar outras formas de cuidado infantil tanto pedagógico quanto médico diferentes dos preconizados pela lógica medicalizante a saber, a individualização e a biologização das problemáticas humanas.

**Palavras-chave:** Medicalização. Infância. Patologização e Psicofármacos. Pesquisa com crianças.

---

## ABSTRACT

The study to be carried out seeks to problematize the increasing medicalization of childhood and the pathologization of ways of being a child today, because from a critical point of view, increasing medicalization can be seen as a political and cultural process. It starts from the definition of medicalization as a process by which non-medical problems are defined and treated as medical problems, emphasizing the displacement of daily behaviors and other spheres to medical jurisdiction. Classification and pathologizing discourses create medicalizing therapies, besides multiplying the use of psychotropic drugs, seem to be committed to the correction of abnormalities, thus becoming disciplinary strategies of normalisation of conducts considered deviant. To this end, we will address the unfolding of the concept of medicalization and the history of child psychiatry, asking how medical-psychiatric knowledge was responding, through its disciplinary devices, to the social demands addressed to it. We will discuss the medicalization of learning and behaviors of students who do not meet the standard conceived by the school institution and how these supposed disorders are justifying not learning at school. The research conducted a literature review of the national academic production of studies that favor children's narratives as an analysis material, in order to raise the prevalence of critical positioning as well as to analyze, through so-called children, the meanings that children attribute to their medicalization process. These studies have revealed the need for further research with critical ly, who based their reflections on historical and social elements, although we consider their proportionality to the total analyzed research. The research also showed that children's said are crossed by the discourse of contemporary medicalization and, the critical works analyzed made it possible to glimpse other forms of child care both pedagogical and medical different from the recommended by the medicalizing logic namely the individualization and biologization of human problems.

**Keywords:** Medicalization. Childhood. Pathologization and Psychotropic drugs. Research with children.

## LISTA DE ABREVIACES

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

ENEM- Edital do Exame Nacional do Ensino Médio

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais)

CID- Código Internacional de Doenças

LCM- Lesão Cerebral Mínima

DCM- Disfuno Cerebral Mínima

---

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 9  |
| <b>1. CAPÍTULO 1- Panorama do conceito de Medicalização a partir de Ivan Illich e Peter Conrad</b>                                    | 13 |
| 1.1 A medicalização e a Indústria Farmacêutica  | 17 |
| 1.2 O conceito de medicalização segundo Peter Conrad  | 19 |
| 1.3 A medicalização como instrumento de Controle Social   | 21 |
| <b>2. CAPÍTULO 2- A nova era diagnóstica a partir do DSM III</b>  | 25 |
| 2.1 Reflexões sobre o DSM: a universalização, a biologização e o enquadramento da infância  | 30 |
| <b>3. CAPÍTULO 3- O nascimento da Psiquiatria infantil e o Movimento de Higiene Mental</b>  | 33 |
| 3.1 A criança brasileira e a história da saúde mental infantil  | 36 |
| 3.2 Panorama histórico da clínica psiquiátrica infantil   | 38 |
| <b>4. CAPÍTULO 4- Reflexões acerca da medicalização da aprendizagem: de criança problema a criança transtorno</b>                     | 42 |
| <b>5. MÉTODO</b>  | 51 |
| <b>6. ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>  | 55 |
| 6.1 Os significados e sentidos atribuídos pelas crianças aos seus sintomas  | 55 |
| 6.2 Como os sentidos construídos sobre o diagnóstico repercutem na vida escolar, na socialização e na aprendizagem escolar da criança | 64 |
| 6.3 Cenário das pesquisas analisadas no Eixo 1 e Eixo 2   | 89 |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 94 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | 98 |

## INTRODUÇÃO

A medicalização refere-se a um processo bastante complexo e tornou-se um recurso utilizado para transformar questões de origem eminentemente sociais e políticas em demandas médicas, isto é, utiliza-se do modelo biomédico, sustentado no método clínico, para abordar problemas de ordem socioeconômica e cultural (COLLARES; MOYSÉS, 1994). Quando aplicado à compreensão do comportamento humano, este fenômeno conduz a um discurso individualizante que converte demandas sociais em biológicas. A essência desse discurso, consiste em naturalizar as desigualdades socialmente produzidas, sem levar em conta a história de vida dos sujeitos e as disputas sociais, buscando explicações para as desigualdades (tanto as diferenças individuais, quanto as sociais) no substrato biológico, como se elas fossem exclusivas de cada indivíduo.

A justificativa pela escolha desse tema se baseia na minha observação clínica de discursos supostamente científicos que elegem a criança como alvo de práticas medicalizantes. Observa-se que vem sendo cada vez mais aceita, no Brasil, a ideia de que qualquer pequena dificuldade de uma criança é causada por problemas de ordem médica. No entendimento deste trabalho, tais práticas serão vistas como discursos envolvidos de saber e de poder que buscam reger o cotidiano dos indivíduos.

Portanto, este trabalho busca analisar as demandas contemporâneas endereçadas à clínica psicológica infantil e sua relação com a cultura de medicalização da vida. Atualmente, há uma tendência à patologização dos modos de ser criança, vinculando singularidades a patologias, o que tem aumentado o número de crianças diagnosticadas com algum tipo de transtorno. Assim posto, o fenômeno da medicalização tem como uma de suas características o fato do diagnóstico ser orientado por pressupostos de normalidade e padrões de comportamento considerados típicos, regulares e previsíveis.

Entendemos essa medicalização crescente como um processo político e cultural, onde questões inerentes ao cotidiano da vida de uma criança vêm se transformando em problemas médicos. Pela lógica da medicalização, a criança possuidora de uma diversidade humana é vista como portadora de uma doença e assim, cada vez mais as experiências, que, normalmente, eram administradas no interior das famílias, estão passando para a arena de atuação externa e trazendo um futuro promissor ao processo de medicalização. Institui-se, dessa forma, o que é ser uma criança normal, saudável e com o máximo de aproveitamento de suas capacidades cognitivas.

Um ponto importante para o entendimento do trabalho, e para não cairmos em um discurso moralizante desse processo, é a diferenciação entre os conceitos de medicação e medicalização. Cabe dizer que a medicação responsável de psicotrópicos pode ser benéfica para os pacientes;

diferentemente da medicalização, que produz um uso imprudente de medicamentos. Assim, entende-se a medicalização como uma estratégia que transcende o ato de prescrever remédio. Também não se trata de negar as bases neurológicas ou genéticas de algumas doenças, nem o benefício que os avanços médicos trouxeram para muitos dos sofrimentos humanos.

Salienta-se ainda que a infância é um fenômeno social, segundo Ariés (1981), historicamente datado, e que se modifica culturalmente e historicamente. Ela pode ser compreendida, por alguns autores, também como um tempo de imaturidade física e psíquica e no qual a estruturação psíquica encontra-se em processo, o que lhe caracteriza como não decidida. Assim, questiona-se a pertinência desse viés classificatório, que induz à medicalização, para sujeitos que se encontram em processo de constituição. A infância, contemporaneamente, se tornou um tempo particular da constituição humana que necessita de preparo e de um trabalho de prevenção para produzir indivíduos capazes para o trabalho e saudáveis.

Segundo Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013), o Brasil, depois dos Estados Unidos, é o segundo maior consumidor mundial de Ritalina, droga indicada para crianças diagnosticadas com algum distúrbio no aprendizado escolar. Foram 70 mil caixas vendidas em 2000, nove anos depois, o consumo chega a 1,700 milhões de caixas (DECOTELLI et al., 2013). Percebe-se, assim, o crescente consumo de psicofármacos pela população e infere-se um alto índice de crianças consumidoras, afinal, a demanda de obediência escolar perpassa prioritariamente o universo infantil. Cabe perguntar se a escola, em vez de olhar cada aluno a partir da sua história e de sua singularidade, está sendo um dos agentes de um processo de homogeneização e silenciamento de crianças consideradas “diferentes”?

No terreno da educação escolar, algumas análises superficiais também têm reduzido a problemática do ensinar e do aprender a questões de natureza individual e biológica. Esse entendimento acarreta a visão de que o fracasso escolar é consequência da incapacidade das crianças de aprender. É nessa conjuntura, que os especialistas recebem cada vez mais encaminhamentos provenientes das escolas e cujas queixas são, normalmente, dificuldades nas aprendizagens, hiperatividade e déficit de atenção. Estabelece-se, assim, a verdade de que alunos que não aprendem na escola têm um problema médico e essa certeza abre espaço para profissionais da saúde, diagnósticos e remédios, todos voltados a legitimá-lo e a transformar crianças em crianças-problema. As intervenções dirigidas às escolas e às famílias tiveram origem, de maneira geral, nas teorias higienistas e no desenvolvimento de técnicas da Psicologia do desenvolvimento (GUARIDO, 2010).

De qualquer modo, em decorrência dessa dinâmica que emerge da interação entre professores, especialistas, alunos e famílias, as crianças são apontadas como portadoras de possíveis

falhas nas conexões neurológicas ou de algum tipo de transtorno psicológico. Essa verdade oculta dois aspectos fundamentais, o primeiro é a falta de implicação da escola para avaliar sua participação no não aprendizado da criança. O segundo consiste no fato de que, apesar da ampla divulgação e aceitação, as supostas doenças às quais vem sendo atribuída a dificuldade de aprender não são cientificamente comprovadas. Desde o início do estudo, foi possível entender que o que está em jogo é um violento processo de medicalização de crianças cujo desempenho na escola e/ou na vida não corresponde exatamente ao padrão esperado.

No campo dos estudos sobre a medicalização, encontramos muitas pesquisas realizadas em diversos campos: escolar, assistencial e clínico, por exemplo. Porém, percebe-se uma escassez de trabalhos que incluam as narrativas de crianças em processo de medicalização. Em alguns destes estudos que privilegiam as narrativas infantis (BARBARINI, 2016; RIBEIRO, 2015; SIGNOR, BERBERIAN, SANTANA, 2017:), os autores assumem um posicionamento crítico em relação às dificuldades enfrentadas pelas crianças no processo educacional e no fenômeno da medicalização. Já outras pesquisas também realizadas a partir das falas de crianças, reforçam a culpabilização individual em detrimento de fatores históricos e sociais na produção dos fenômenos.

Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) fazem uma crítica a excessiva generalidade do termo medicalização que ocorre desde a década de 2000. Essa abrangência do uso da palavra faz-nos questionar a respeito do apuro das análises de alguns desses discursos. Alertamos para a necessidade de estudos que sejam capazes de avançar da simplificação em direção à complexificação dos fenômenos, superando a naturalização das condições de vida e de educação.

Entende-se que a superação de práticas medicalizantes que permanecem entranhadas no discurso científico requer um contínuo debate a fim de superar os processos de patologização da vida infantil que tem se fortalecido e expandido no interior da escola e fora dela. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a repercussão da crítica à medicalização através de trabalhos, principalmente nas áreas de Psicologia e Educação, que escutam as narrativas infantis, buscando levantar a prevalência de manifestações críticas e os significados que as crianças atribuem ao seu próprio processo de medicalização. Entendemos que a biologização da vida, e podemos incluir aqui o TDAH, é uma das expressões da medicalização contemporânea. No campo dos estudos críticos sobre a medicalização, encontramos muitas pesquisas realizadas em diferentes áreas - escolar, assistencial e clínico, por exemplo - que trazem a enunciação de educadores, psicólogos, médicos. Porém, percebe-se uma escassez de trabalhos que incluam as narrativas de crianças em processo de medicalização. A fim de analisar a repercussão da crítica à medicalização através de trabalhos nas áreas de Psicologia e Educação, que incluíram a escuta das narrativas infantis, empreendemos uma pesquisa teórica no Capítulo 5. Nos perguntamos em que medida os trabalhos que privilegiam as

narrativas infantis e suas manifestações singulares sobre o processo de medicalização podem contribuir para que tais manifestações não sejam tomadas como um fenômeno exclusivamente individual, mas como um processo que é atravessado por discursos de poder, pela história e pela cultura? Como as pesquisas analisam as narrativas das crianças sobre o processo de medicalização?

A fim de situar o tema em estudo, o Capítulo I fornece os conceitos e ideias básicas utilizados como parâmetros do objeto desta dissertação. Apresentamos uma revisão histórica do conceito de medicalização a partir de dois autores basilares: Ivan Illich (1975), Peter Conrad (2007, 1992). Adotou-se esses autores por entender que eles fomentaram, ao longo de sua obra, um importante desenvolvimento da abordagem crítica referente ao tema. O segundo Capítulo explora brevemente a história do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e a mudança paradigmática ocorrida após sua terceira versão, realizando também uma discussão crítica frente as consequências da medicalização infantil. No Capítulo III faremos uma breve revisão histórica para compreender como foram se constituindo ideias que depositam na criança as causas de suas dificuldades escolares. Apresentamos uma articulação entre os campos discursivos da educação, da medicina e da psiquiatria/psicologia. Torna-se importante analisar como o discurso psiquiátrico e psicológico, através de seus agentes e de seus aparelhos, ofereceu seu poder científico para detectar o entrave que a criança pode representar ao projeto social. No quarto Capítulo, realizamos uma crítica atual à medicalização da aprendizagem e apresentamos como foram sendo construídos os supostos distúrbios neurobiológicos de aprendizagem e do comportamento.

Por fim, consideramos que este trabalho possa contribuir com pistas metodológicas de um fazer que resista aos discursos adultocêntricos, médico-psiquiátricos, psicologizantes e, portanto, de enfrentamento ao modelo medicalizante. Pretendemos considerar os trabalhos que privilegiam as narrativas infantis e suas manifestações singulares sobre o processo de medicalização a fim de contribuir que elas não sejam tomadas como um fenômeno exclusivamente individual, mas como um processo complexo que é atravessado por discursos de poder, pela história e pela cultura.

## 1 PANORAMA DO CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DE IVAN ILLICH E PETER CONRAD

Neste capítulo, discutiremos o conceito de medicalização que assume especial relevância a partir dos anos 60 e 70 e que se refere à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que “se tornou médico”, a maioria dos autores o utiliza no contexto de crítica negativa ao fenômeno (CONRAD, 2007). Um primeiro problema que se coloca é que há diferentes conceitos de medicalização, nem sempre compatíveis entre si, vinculados a diferentes modos de compreender as complexas relações entre saúde e sociedade.

Para os limites deste trabalho, serão ressaltados, inicialmente, alguns posicionamentos feitos por Illich (1975) e as reflexões feitas por Conrad (1992, 2007). A tese de Illich (1975) apresenta um tom mais radical e de condenação à medicina, e aponta não existir um lugar legítimo a ser ocupado por ela no cuidado das pessoas (CAMARGO JR., 2013). O conceito proposto por Illich (1975), além de sua importância histórica e considerável reflexão realizada sobre o efeito de redução da autonomia dos sujeitos no âmbito da medicalização, traz um tom que transformou o significado íntimo e pessoal da dor em um problema técnico e médico. Consideramos a definição de Conrad (1992, 2007) mais precisa e mais facilmente utilizável num contexto empírico. A escolha por esses autores se justifica também pelo fato deles ultrapassarem a barreira da crítica pautada exclusivamente na ação e controle da medicina sobre a sociedade, acrescentando o papel de outras dimensões, como a social e cultural.

Illich (1975), com seu livro *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, fez uma crítica radical ao processo de medicalização e ao controle médico sobre a sociedade. Com ele, o autor causou um grande impacto na sociologia da saúde, introduzindo pela primeira vez o conceito de medicalização (ZORZANELLI et al., 2014). O pensador, nessa obra, trata o fenômeno como de responsabilidade prioritariamente do sistema médico, escrevendo que “a empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento” (ILLICH, 1975, p. 6). Entretanto, Illich revisitou suas críticas anos mais tarde, ressaltando ter ocorrido uma mudança simbólica do conceito de saúde e apontando para um processo de declínio do poder médico (ZORZANELLI et al., 2014). Neste novo momento, o autor refere-se à iatrogênese do corpo, cujo agente patogênico seria a busca pelo corpo sadio, em que a saúde transformou-se num objeto de busca obsessiva para realização pessoal; deslocando, assim, o foco dos médicos para as grandes indústrias, os meios de comunicação e outros agentes terapêuticos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Conrad (2007), desde a metade da década de 1970, trabalha criticando esse reducionismo do conceito, e escreve que a medicalização é mais complexa que a inclusão, somente pela medicina, de novas problemáticas e adverte que tratá-la como imperialismo médico é cativante porém, enganoso. Reafirmamos, assim, baseadas em Conrad (2007), que a medicalização é uma forma de ação coletiva, não linear e complexa. A seguir, abordaremos como pacientes, profissionais e grupos de defesa de pacientes contribuem para estabelecer diagnósticos e para expandí-los. O termo "expansão de diagnóstico", citado por Conrad (2007), refere-se à ampliação do conceito diagnóstico para além de seus limites originais, incluindo problemas novos ou incorporando populações adicionais além do que foi designado na sua original formulação. Portanto, a expansão do diagnóstico está associada a um claro incentivo à medicalização. Como alerta Conrad (2007, p. 48), "é provável que as atividades dos defensores e credores [dos movimentos sociais] sejam críticas para a expansão dos limites de definição".

No Brasil, representantes desta perspectiva crítica, Collares e Moysés (2014, p. 53) apontam que "existem instituições e profissionais que podem ser considerados autênticas fábricas de etiquetas". A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) pode ser considerada uma delas. Ela recomenda como tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) "uma combinação de medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador. A medicação, na maioria dos casos, faz parte do tratamento"<sup>1</sup>. Após essa indicação, a instituição fornece uma tabela com os principais medicamentos utilizados para o transtorno, indicando a dosagem e o tempo de duração do efeito de cada um deles<sup>1</sup>. Assim, percebe-se como uma associação de pacientes e/ou responsáveis pode ser um importante defensor da medicalização, inclusive a infantil, sendo ela também um refúgio para aqueles que acreditam ter o transtorno. Como veremos, este refúgio integra o conceito de biossociabilidade (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Adiante, a ABDA afirma não haver tratamento para o TDAH que não inclua medicamentos e que 70% das crianças tratadas com psicoestimulantes demonstram melhoras<sup>1</sup>. Ela assegura ainda que pesquisa recente demonstrou uma prevalência significativamente maior de dependência de drogas em adolescentes com TDAH que não foram tratados com estimulantes quando comparados a jovens tratados<sup>1</sup>. Esses não seriam dados do seu claro incentivo à medicalização infantil?

Ainda segundo a associação, o TDAH é um transtorno médico verdadeiro (palavra que desmascara a existência atual de transtornos médicos falsos), neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e que frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida<sup>1</sup>. O site ratifica que o transtorno não é secundário a fatores culturais, ao modo como os pais educam os

---

<sup>1</sup> Ver site <https://tdah.org.br/>, acesso em 09 de maio de 2018.

filhos ou a resultado de conflitos psicológicos, finalizando que as dificuldades familiares podem ser consequência e não a causa do TDAH.

Em 2012, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) publicou o Edital do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) que passa a reconhecer necessidades educativas especiais também aos estudantes com Transtorno Global do Desenvolvimento. Com um laudo comprobatório da doença, o participante tem direito a leitor, transcritor e tempo adicional de uma hora para realizar as provas, além da correção da redação pelas características linguísticas da dislexia. Destaca-se aqui que os sintomas dos transtornos mencionados não foram apresentados no Edital.

Percebe-se, assim, o papel ativo dos indivíduos, dos movimentos sociais e das organizações dos pacientes como atores ativos no próprio processo da medicalização. Este fato ainda é pouco abordado na maioria dos estudos sobre o tema, os mesmos permanecem com o foco nas consequências do poder médico sobre o indivíduo (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Segundo estes autores, a reivindicação do estatuto de doença para determinadas condições é reflexo de uma nova forma de sociabilidade – a biossociabilidade –, em que indivíduos partilham a mesma identidade, reivindicam o estatuto de doença para determinadas condições como forma de luta para a garantia de seus direitos ao tratamento e envolvem-se em um ativismo em face do desenvolvimento da biomedicina (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Entretanto, na contra-mão destas reivindicações, presenciam-se também movimentos no campo da saúde que consideram que seu estado não é uma doença a ser tratada, mas, sim, uma especificidade humana que deve ser respeitada como qualquer outra ( GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Conrad e Barker (2011) referem que, graças a internet, a doença está se tornando uma experiência cada vez mais pública, o que vem criando novos caminhos para o compartilhamento de conhecimento leigo sobre as doenças, além do aumento de demandas dos movimentos sociais por medicalização ou desmedicalização.

Gurgel (2014) aponta para os benefícios secundários dos pacientes e familiares medicalizados, pois “considerar que o problema é bioquímico, que é cerebral e necessita de um psicofármaco para controlar, exime o sujeito de responsabilidade, [...] tranquilizando assim o paciente, a família e- por que não? - o médico.” (PUNDIK, 2007, p.69). A medicalização reduziria também a culpa individual frente ao problema, o que contribui para tornar o sujeito um defensor da medicalização (CONRAD, 2007). Pelo que nos lembra Illich (1975), a dor do homem, primeiramente, significava a manifestação de um universo imperfeito, e não uma disfunção mecânica do organismo, “o significado da dor era cósmico e mítico, e não individual e técnico” (ILLICH, 1975, p. 114). Frente a essa diversidade de explicações, Gaudenzi e Ortega (2012) alertam que a reivindicação ou o repúdio do diagnóstico não tem um sentido único para o “ser

medicalizado” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 30), eles podem adquirir diversos significados psicológicos, existenciais, morais, políticos e sociais, irreduzíveis a uma única forma de vida.

A ampliação e maior divulgação de categorias diagnósticas por entidades públicas e privadas apontam também para o aumento do número dos problemas da vida definidos como médicos (CONRAD, 2007). Ou como escrevem Moysés e Collares (2010, p. 71), há um “deslocamento de problemas inerentes à vida para o campo médico, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas”. Isso significa que os problemas cotidianos das pessoas estão sendo diagnosticados e tratados como pertencentes a esfera médica, embasados, muitas vezes, em duvidosas doutrinas científicas.

A maior divulgação de categorias diagnósticas no nosso país, vem sendo acompanhada de Projetos de Lei sobre o tema. Podemos citar aqui, o Projeto de Lei Federal 7081/10<sup>2</sup> e a Lei Municipal do Rio de Janeiro 5416<sup>3</sup>. Associações de pacientes, como a supracitada se vale da ampliação da jurisdição médica para diagnosticar um número cada vez maior de pessoas.

Conrad (1992) aponta para o importante papel do coletivo no processo de medicalização, afirmando que quando definições concorrentes ao fenômeno são apresentadas por grupos de interesse fortes é menos provável que estes problemas sejam medicalizados ou totalmente medicalizados.

Illich (1975) afirma que a medicalização da vida é uma ameaça à saúde, pois retira do indivíduo a sua autonomia, ou seja, sua capacidade de pensar sobre si mesmo. O autor aborda amplamente as doenças causadas como consequências de tratamentos médicos e desmembra-as em iatrogênia clínica, social e cultural, afirmando que não há intervenção médica que não produza um efeito colateral. A iatrogênese clínica refere-se desde os efeitos negativos do uso descontrolado de remédios até a postura negligente dos profissionais de saúde; já a iatrogênese social corresponde à produção de dependência dos postulados médicos pela sociedade, repercutindo no posicionamento de passividade e perda de autonomia frente à situação de saúde ou doença (ILLICH, 1975).

Numa sociedade mórbida, o ambiente é recomposto de tal modo que a maior parte das pessoas perde, em frequentes circunstâncias, o poder e a vontade de ser autossuficiente, e afinal acaba acreditando que a ação autônoma é impraticável. Pessoas que não estão doentes vão submeter-se à instituição médica para o bem de sua saúde futura. Resultado: uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbididade universal. (ILLICH, 1975, p. 59).

---

<sup>2</sup> Ver site <http://www2.camara.leg.br>, acesso em 13 de março de 2018. Projeto elaborado em conjunto com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) e tem por objetivo instituir, no âmbito da educação básica, a obrigatoriedade de um programa oficial de diagnóstico e tratamento do TDAH e da Dislexia.

<sup>3</sup> Ver site <http://www.camara.rj.gov.br>, acesso em 13 de março de 2018. Dispõem sobre diretrizes para orientar pais e professores sobre as características do Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), a fim de que possíveis portadores do transtorno sejam identificados entre alunos do ensino fundamental.

Nesta passagem, percebe-se a ampliação do conceito de iatrogenia do nível individual para o coletivo produzindo uma cultura e uma sociedade marcada pela dominação de terceiros sobre o cuidado do corpo. Assim, o conceito de iatrogênese social pode ser entendido como medicalização em seu contexto cultural e social, porque amplia o poder médico sobre o cotidiano das pessoas e diminui a responsabilidade que cada indivíduo tem sobre sua vida e seu sofrimento. Em síntese, trata-se, portanto, de uma crescente dependência da população das prescrições médicas, ampliando os efeitos da ação técnica individual da medicina - como é o caso da iatrogênese clínica- para os efeitos sociais danosos (GAUDEZI; ORTEGA, 2012). Portanto, é sobretudo a produção de dependência, mais do que a produção de doenças, que, segundo Illich, caracteriza o maior dano provocado pela proliferação dos profissionais de saúde e da ideologia médica (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

### **1.1 A Medicalização e a Indústria Farmacêutica**

Nos primeiros capítulos do livro supracitado, Illich (1975) aponta para o histórico do desenvolvimento de algumas doenças, como a tuberculose e a difteria, e como estas enfermidades desapareceram antes mesmo de uma possível intervenção do saber médico. Para o autor, o que possibilitou a redução da mortalidade causada por essas doenças, especialmente na era moderna, não foi a atuação da medicina e sim uma melhoria nos hábitos nutricionais da população. Outra relação apresentada por Illich (1975), compartilhada por nós, é a associação entre a medicina e a indústria farmacêutica. De acordo com ele, a incorporação da lógica farmacêutica no cotidiano dos indivíduos bloqueia suas possibilidades de resistência ao medicamento e retira suas possibilidades de avaliarem a necessidade e a eficácia de um determinado medicamento.

Portanto, a indústria farmacêutica de remédios está intimamente associada à medicalização e seu crescimento em larga escala tornou-se um elemento indissociável para o exercício do poder médico (GUARIDO, 2007). Aguiar (2003) refere que a indústria farmacêutica é hoje a principal força econômica relacionada à saúde, movimentando anualmente 350 bilhões de dólares e crescendo a uma taxa de 14% ao ano. Pereira (2010) refere que no Brasil, em 2007, foram movimentados 11 bilhões de dólares, segundo o Sindicato dos Químicos Unificados – Campinas e Osasco.

Camargo Jr. (2013) defende a ideia de que há processos que escapam a conceituação estrita e “clássica” de medicalização. Na visão de Williams, Martin e Gabe (2011) é necessário pensar também na “farmacologização” contemporânea, ou seja, na tradução ou na transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções

farmacológicas. Camargo Jr. (2013) aponta que apesar da superposição deste conceito com a medicalização, a farmacologização se distinguiria por não estar necessariamente ligada a algum tipo de diagnóstico médico, como se vê no fenômeno, cada vez mais presente, da utilização de medicamentos sem indicação terapêutica que objetiva atingir uma certa “supernormalidade” por meio do aperfeiçoamento farmacológico.

[...]A farmacologização cria identidades em torno do uso de determinados fármacos, além de reforçar a ideia de que “para cada mal há um comprimido”, levando à expansão do mercado farmacêutico para além das áreas tradicionais, incluindo o uso por indivíduos saudáveis, ao enfraquecimento da predominância da profissão médica criando relações diretas da indústria com “consumidores” e a colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos. (CAMARGO JR., 2013, p. 845).

Guarido (2008) contribui para o entendimento da associação entre medicamentos e a lógica da medicalização referindo, no artigo *O sujeito refêem do orgânico*, que existem dois discursos presentes neste fenômeno: o discurso científico e o discurso capitalista. Pela via da produção científica, acredita-se que o humano funcione cada vez mais próximo a performace de uma máquina, portanto a “supernormalidade” apontada por Camargo Jr. (2013); pelo discurso capitalista, há sempre um objeto pronto, o medicamento, para atender as necessidades de cada um (GUARIDO, 2008). O que a autora nos diz, fortalece a ideia trazida por Illich (1975), de que o discurso sobre o homem e seu sofrimento está hoje dado pela ideia de que o que interessa é um organismo com 100% de funcionamento e os resultantes dessas técnicas são vendidos como bens necessários à manutenção, correção e enriquecimento da vida e de qualquer imperfeição do sujeito.

Outro ponto que podemos destacar é a expansão e a criação de categorias nosológicas pelos manuais classificatórios que recomendam o uso de medicamentos como tratamento (assunto tratado no capítulo 2), aliada a crescente intromissão da lógica de consumo na abordagem dos processos de saúde (CAMARGO JR., 2013). Nogueira (2003), no mesmo sentido que Camargo Jr. (2013), afirma que o autocuidado se tornou um produto a ser vendido. Portanto, um importante e fundamental impulso para a crescente medicalização é a indústria farmacêutica de remédios, que vende a promessa de aliviar os mais variados sofrimentos psíquicos com medicamentos (CAMARGO JR., 2013; GUARIDO, 2007; NOGUEIRA, 2003). Porém, apesar de seu importante papel no fenômeno em questão, por ultrapassar os limites desse trabalho, a indústria farmacêutica não será amplamente discutida, caberão apenas apontamentos e correlações feitas no decorrer da escrita.

Em síntese, Illich (1975) descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, voltando seus estudos especialmente para a sociedade, em um enfoque que se poderia chamar de “macrossociológico” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22). O autor concentra

sua crítica nas tecnologias médicas ao afirmar a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna e propõe o resgate ou reinvenção da autonomia das pessoas no processo de cuidado da própria saúde, o que poderia se dar através da luta política pelo direito do ato produtivo pessoal (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

## **1.2 O conceito de medicalização segundo Peter Conrad**

Até agora foi realizado um recorte no estudo da medicalização principalmente na perspectiva de Illich (1975). A seguir, apresentamos o conceito medular desse trabalho através das palavras de Conrad (2007, p. 19): “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos”. Camargo (2010) aponta algumas características no conceito de medicalização de Conrad que merecem ser destacadas: o termo não é valorativo, e sim descritivo, ou seja: processos de medicalização podem ser negativos ou positivos; medicalização não se confunde com imperialismo médico – trata-se de um processo complexo com múltiplos agentes; a utilização de práticas terapêuticas alternativas ou complementares não é sinônimo de desmedicalização.

Dessa forma, o conceito de medicalização de Conrad (2007, 1992) aponta para um aspecto fundamental do fenômeno em questão: o surgimento de definições médicas para problemas anteriormente considerados não médicos. Na perspectiva do autor, a ênfase do conceito de medicalização está no deslocamento de comportamentos cotidianos e de outras esferas para a jurisdição médica. A retirada da homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) é um exemplo contrário desse fenômeno portanto, de desmedicalização, cuja problemática não é mais definida em termos médicos, e os tratamentos médicos não são mais considerados intervenções adequadas.

A desmedicalização, assim, refere-se a um problema que não mais mantém sua definição em termos médicos. Conrad (1992) refere que, no final do século XIX, a masturbação era considerada uma doença e foi objeto de muitas intervenções médicas para, no século XX, já não ser definida como um problema médico, nem ser seu objeto de tratamento. Desse modo, a desmedicalização não ocorre até que um problema não seja mais definido em termos médicos e os tratamentos médicos não sejam mais considerados soluções adequadas. Conrad (1992) escreve também que a desmedicalização normalmente só é alcançada depois que algum tipo de movimento organizado desafie as definições médicas e seu controle. Percebe-se a importância dos movimentos sociais e coletivos no contrafluxo desse fenômeno.

Citamos a passagem que segue para deixar ainda mais evidente o ponto-chave do conceito de medicalização, a saber, quando um problema passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica e tratado por intervenções médicas. Portanto, para Conrad (1992), o poder da medicalização está, justamente, em definir certos comportamentos, pessoas e coisas, precedendo, portanto, ao controle social médico, ponto que será abordado adiante. Na passagem, Conrad (1992) esclarece que há outras profissões, além da medicina, se servindo desse fenômeno, como a psicologia, a fonoaudiologia, entre outras. Na definição do termo fica claro também a não dependência do fenômeno da profissão médica, assim a medicalização:

consiste em definir um problema em termos médicos, usando linguagem médica para descrevê-lo, adotando um quadro médico para compreendê-lo, ou ainda usando uma intervenção médica para tratá-lo. Trata-se de um processo sócio-cultural que pode ou não envolver a medicina como profissão, levando a um controle social ou a um tratamento médico, ou ainda ser resultado da expansão intencional da profissão médica. (CONRAD, 1992, p. 211).

Avançando na discussão, em seu livro, *The Medicalization of Society*, Conrad (2007) analisa a ampliação da categoria do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de crianças para adultos, alertando sobre a diminuição da tolerância das pessoas por sintomas leves, estados corporais desconfortáveis e problemas benignos, os quais estimulam uma medicalização progressiva e a reclassificação das doenças. No seu artigo, *Medicalization e social control*, Conrad (1992) escreve sobre a expansão da hiperatividade que inicialmente aplicava-se apenas a crianças hiperativas, impulsivas e distraídas e agora incluiu a problemática da desatenção, aumentando, assim, o número de diagnósticos e de tratamentos médicos. Outro caso interessante, exposto por ele, é a doença de *Alzheimer*, em que o critério da “idade” foi removido, tornando o declínio cognitivo resultado de uma doença específica e não como um aspecto inevitável do envelhecimento, reduzindo o alcance do que é considerado um envelhecimento normal e questionando até que ponto o declínio cognitivo pode ser socialmente produzido. Com efeito, a medicalização transforma aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o que é considerado normal ou aceitável.

Assim, tanto Conrad (2007), quanto Illich (1975) discutem em seus trabalhos os motivos para a busca cada vez maior de novos diagnósticos médicos. Brzozowski e Caponi (2013), nesse mesmo sentido, referem ter ocorrido uma mudança de postura frente ao indivíduo medicalizado: de malvados, irresponsáveis, preguiçosos, mal-educados, dentre outros atributos, os indivíduos passaram a ser considerados doentes, não mais culpados por seu comportamento. Os desvios e tudo aquilo que foge ao ideal estabelecido socialmente, quando transformados em transtornos mentais, diminuem o peso moral pelos atos que advém deles. Assim, os garotos indisciplinados das classes

escolares, por exemplo, passam a ser considerados crianças que necessitam de cuidado médico, podendo ser diagnosticados com TDAH ou Transtorno Opositor Desafiador (TOD), e a tolerância de professores, diretores, colegas e, até, dos pais, se modifica, diante dessa nova descrição. Portanto, a busca de novos diagnósticos e os benefícios do padecimento de uma doença diminuem o peso moral e desresponsabilizam os adultos envolvidos nesse processo.

### **1.3 A medicalização com instrumento de Controle Social**

Conrad (1992) cita alguns exemplos de processos naturais da vida que passaram a ser medicalizados contemporaneamente, como a sexualidade, o nascimento, a tensão pré-menstrual (TPM), a menopausa e o processo de morrer. Já na categoria dos desvios, por onde se iniciou o caminho da medicalização, o autor cita a loucura, o alcoolismo, a hiperatividade, as dificuldades de aprendizagem, os problemas alimentares (obesidade e anorexia), dentre outros. Este trabalho propõe uma discussão sobre a medicalização dos desvios de comportamento da infância a partir da análise de pesquisas sobre o tema, buscando compreender se elas apresentam um posicionamento crítico em relação ao fenômeno da medicalização; se há uma crítica as classificações diagnósticas dos distúrbios de aprendizagem e ao TDAH como entidades nosológicas e os significados atribuídos pelas crianças ao seu processo de medicalização.

Zola (1972) acrescenta nessa discussão quatro problemas humanos específicos- o envelhecimento, a toxicodependência, o alcoolismo e a gravidez- que passaram do terreno dos processos naturais e das fraquezas humanas para a arena médica. Zola (1972) entende que a medicina vem se tornando uma grande instituição de controle social, em que o conceito de prevenção primária leva o médico a intervir cada vez com mais antecedência, antes mesmo que a doença se instale. A crença na onipresença da desordem é reforçada por uma leitura da população leiga da literatura científica, farmacológica e médica, em que praticamente qualquer coisa pode levar a certos problemas médicos (ZOLA, 1972). Expande-se, assim, o envolvimento da medicina não apenas por um período mais longo da existência humana, mas abrindo a possibilidade de serviços para cada vez mais pessoas e problemas.

De acordo com Conrad (1992), a principal crítica à medicalização repousa sobre como o modelo médico descontextualiza problemas sociais e os coloca paralelamente sob o controle médico, o que provoca uma individualização daquilo que poderia ser de outra forma visto como um problema coletivo. Desse modo, toda e qualquer questão como, por exemplo, o desempenho no trabalho, na vida social, o crescimento e o envelhecimento, tornam-se problemas de ajustes ‘fisiológicos’, recaindo, assim, sobre o reducionismo biológico, o imperialismo e a normatividade dos diagnósticos que tomam o lugar de controle sobre a vida. Esse processo individualiza o que

pode ser visto de outra forma como problemas coletivos e tem implicações para a justiça social (CONRAD, 1992).

Assim, segundo Zola (1972) e Conrad (1992), a medicalização é um processo pelo qual mais e mais da vida cotidiana está sob domínio, influência e supervisão médica. Conrad (2007) e Illich (1975) ao abordarem a ampliação da jurisdição médica sobre a vida também apontam para o aumento de controle social médico sobre o comportamento humano. Brzozowski e Caponi (2013) contribuem para a discussão, escrevendo que o controle social, conceitua-se, normalmente, como as formas pelas quais a sociedade minimiza, elimina ou normaliza o comportamento desviante. Para Conrad e Schneider (1992), os desvios consistem em categorias de julgamentos sociais negativos que são construídos e aplicados socialmente, geralmente de alguns grupos de uma comunidade para outros. Portanto, o lugar dado para o que é considerado desvio é um fenômeno comum a diversas culturas, onde grupos sociais criam regras e impõem suas definições para os outros membros por meio do julgamento e da aprovação social; por isso, o desvio é contextual e a definição e a aprovação do desvio envolvem relações de poder (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Segundo Conrad e Schneider (1992), a reflexão que se coloca não é acerca do comportamento tido como desviante, mas de como ele chega a ser assim classificado e quais as consequências dessa classificação. Indo além, interessa saber como comportamentos anteriormente tidos como imorais passaram a ser definidos como médicos. A premissa, portanto, é a de que a definição de um comportamento ou ação como desviante seja, essencialmente, um assunto político, sendo importante responder a que interesses serve o rótulo de desviante. Assim, Conrad (1992, 2007) defende que analisemos sempre a dimensão social na construção das síndromes e das doenças emergentes na atualidade, buscando o que está por traz de seu surgimento. Em uma das suas obras, ele analisa, por exemplo, como a pediatria resistiu a uma crise profissional mudando o foco de suas práticas e incluindo, cada vez mais, o comportamento problemático das crianças em seus domínios (CONRAD, 1992). A medicalização infantil contemporânea, segundo ele, é em parte um subproduto de questões intraprofissionais que fundamentam o crescimento da pediatria comportamental e que criaram uma variedade de problemas psicossociais nas crianças e os casos de hiperatividade e dificuldades de aprendizagem. Assim, interessa-nos saber, se as pesquisas que privilegiam asinfantis têm contribuído para que suas problemáticas não sejam tomadas como um fenômeno exclusivamente individual, mas como um processo que é atravessado por discursos de poder, pela história e pela cultura.

O conceito de construcionismo social busca enfatizar os aspectos culturais e históricos dos fenômenos, especialmente aqueles considerados naturais (CONRAD; BARKER, 2011). Portanto, a ênfase é dada ao modo como os significados dos fenômenos não estão necessariamente inerentes a eles, e sim como se desenvolvem através de interações dentro de um contexto social. Assim Conrad

e Barker (2011, p. 197) afirmam que “não só a doença, mas também a experiência de uma doença é construída socialmente”. À luz do que é proposto por Conrad (2007) e Conrad e Barker (2011), é possível compreender que as doenças são produtos de uma tensão entre as diferentes perspectivas médicas e científicas, as quais são também influenciadas pela dimensão social e cultural. Diferentemente do construcionismo social, a medicalização busca a naturalização do que é social e assume a posição de que as doenças são universais e invariantes no tempo e no espaço. Nessa concepção, os distúrbios de aprendizagem e o Transtorno de Atenção e Hiperatividade, por exemplo, são entendidas como expressões de anormalidade, portanto, tem origem médica e estão localizadas no indivíduo.

Conrad e Barker (2011) referem que as raízes da abordagem construcionista estão organizadas sob três temas: o significado cultural da doença, a experiência da doença como socialmente construída e o saber médico como socialmente construído. Desse modo, o construcionismo social fornece um importante contraponto às abordagens médicas, em grande parte deterministas das doenças e enfermidades. A concepção de “doença” – e, portanto, também a “saúde” – é culturalmente configurada e socialmente sustentada (GAUDEZI; ORTEGA, 2012).

Esse é, portanto, um primeiro desafio que o conceito de medicalização, tal como proposto por Conrad (2007), nos lança: examinar em casos concretos como se dá a (re)construção ou expansão de categorias diagnósticas, explicitando os processos subjacentes e expondo a contribuição de interesses desconectados do ou mesmo contrários ao bem-estar das populações. (CAMARGO JR., 2013, p. 845)

Portanto, pesquisadores têm apontado para os fatores sociais, históricos e culturais que favorecem o desenvolvimento do processo de medicalização. A obra de Conrad (1992) aponta para dois importantes aspectos contextuais que afetam a medicalização, a saber: a secularização, que refere-se a substituição da religião pela medicina como ideologia moral dominante e instituição de controle na sociedade moderna e, a mudança do status da profissão médica. Moysés (2001) também fala sobre a diminuição do papel da religião, por muito tempo a principal responsável pela legitimação da segregação dos que se desviavam das normas estabelecidas. Com o estabelecimento do estatuto de ciência das ciências biológicas, os critérios religiosos passaram a ser substituídos por critérios oriundos da área médica. Conrad (1992) alerta que embora seja verdade que a medicina está, de maneira importante, afastando a religião como nosso pilar moral, a interface da medicina e da religião é bastante complexa, porém mantém sua afirmação de que a secularização é um dos fatores da crescente medicalização.

Portanto, como categoria central da análise está o conceito de poder, ligado intimamente às formas de controle social e suas históricas instituições reguladoras: a Igreja, o Estado e, mais

recentemente, o discurso médico. Delas advêm as vertentes de interpretação do comportamento desviante: como pecado, como crime ou como doença. Esse processo histórico de interpretação e mudanças na interpretação de comportamentos desenha-se em função das relações de poder no interior da sociedade. Ao contrário, essas mudanças têm, em si, função e efeito social (PEREIRA, 2010).

A partir do que foi exposto, pode-se observar quão complexo é o conceito de medicalização. Ele é atravessado por momentos históricos distintos, todos com o seu grau de importância para o desenvolvimento não só do conceito, mas das pesquisas sobre o tema. Podemos entender também que vários fatores estão envolvidos no fenômeno, a expansão/ a divulgação dos diagnósticos e a indústria farmacêutica são um claro incentivo à medicalização. A era individualista em que vivemos, próprio do discurso capitalista, em que as imperfeições da vida recaem sobre o indivíduo (seu corpo/cérebro), contribuem, gerando uma dependência de medicamentos e diagnósticos e desresponsabilizando a todos: sociedade, instituições, família e sujeito. Cabe agora analisarmos o Manual Diagnóstico e Estatístico do Transtornos Mentais (DSM), instrumento importante no fenômeno da medicalização contemporânea.

## 2 A NOVA ERA DIAGNÓSTICA A PARTIR DO DSM III

A expansão e a divulgação das categorias diagnósticas ocorrem, prioritariamente, através do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Este capítulo tem como objetivo abordar historicamente o surgimento deste Manual, bem como realizar algumas reflexões críticas sobre seus principais pressupostos estabelecidos, principalmente, a partir do DSM III.

O século XX configura-se como um palco de transformações significativas no campo da medicina, especificamente da psiquiatria, com o aparecimento da psicofarmacologia e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), na década de 1950. Explorando a história da medicina classificatória, Fendrik (2011) aponta que, até a primeira metade do século XX, a psiquiatria americana não tinha um sistema de classificação de comportamentos sob o nome de “transtornos mentais”, seus diagnósticos seguiam os critérios da psiquiatria clássica e da psicanálise. Russo e Venâncio (2006), em seu artigo *“Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III”*, expõem que havia entre os psiquiatras, neste período, uma hegemonia de duas vertentes “morais” e não fisicalistas: de um lado a psicanálise, com sua visão eminentemente psíquica da doença mental; de outro, o movimento “antipsiquiátrico”, com sua visão psico-política-social. Nos dois casos, o afastamento da doença mental como um quadro que pressupõem uma causa biológica era total.

Respondendo à necessidade de estabelecer novos diagnósticos e novos tratamentos, após a Segunda Guerra Mundial, a Associação Americana de Psiquiatria propõe a construção de uma ferramenta confiável de referências compartilhadas pelos profissionais de saúde mental, o DSM, segundo Fendrik (2011). Portanto, a primeira versão do DSM surge a partir da necessidade de consensos diagnósticos, “devido à grande disparidade dos critérios usados pela medicina nos diversos países” (LEITE, 1998, p. 22). Russo e Venâncio (2006) referem ter ocorrido neste momento uma espécie de “revolução” silenciosa no campo da psicofarmacologia, citam como marco inicial dessa revolução a sintetização da clorpromazina:

[...] o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina [...] Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid ( IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranqüilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobomato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranqüilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o diazepam (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos. (RUSSO ; VENÂNCIO, 2006, p. 463).

O DSM-I, publicado em 1952, teve grande influência do sistema diagnóstico de Meyer (1866-1950) com predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose, “[...] quadros de etiologia biológica e condições responsivas a contextos sociais específicos encontravam-se representados. O conjunto não refletia clara separação entre normal e patológico; a obra pretendia estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 613 e 614). Em 1968, a segunda edição do manual, o DSM II, é publicada com 185 categorias nosológicas (COSER, 2010) e algumas modificações em sua lógica de categorização. O termo “reação” foi abandonado, mas a palavra “neurose” foi mantida e, assim, como na versão anterior, predominava a psicodinâmica psiquiátrica, embora com a nova inclusão das perspectivas biológicas e genéticas de classificação (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Desse modo, até 1980, quando se publica a versão DSM-III, os fundamentos diagnósticos propostos por esses manuais expressavam influências da psicanálise e da psiquiatria social, ainda que pouco a pouco ganhasse ênfase a objetivação dos critérios diagnósticos baseados na biologia e na genética, os quais afastavam cada vez mais a dimensão de sentido (AGUIAR, 2004). Ainda segundo este autor, cumpriram importante papel nessas modificações teóricas do manual as questões econômicas envolvidas no incentivo de pesquisas americanas na área da psiquiatria:

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico e surgiu como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O autor aponta que o Congresso americano, que desacreditava o National Institute of Mental Health (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o congresso foi persuadido a declarar os anos 1990 como ‘a década do cérebro’ (AGUIAR, 2004, p. 42).

A indústria farmacêutica interessada na pesquisa sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado, passou a financiar pesadamente as pesquisas multicêntricas, que envolvem um grande número de pacientes, seguindo os parâmetros do ensaio clínico experimental e assim, os tradicionais estudos clínicos de caso – favorecidos pela lógica psicanalítica, em que se examina e discute um caso em profundidade – foram paulatinamente substituídos (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). A articulação entre os interesses dos grandes laboratórios e as exigências da agência reguladora americana, portanto, acaba por disseminar a lógica diagnóstica do DSM III e os seus critérios diagnósticos acabaram sendo adotados no resto do mundo, sobretudo nos periódicos científicos especializados que publicam os resultados das pesquisas (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Russo e Venâncio (2006) escrevem que essa articulação entre DSM e a indústria farmacêutica fica evidente quando se observa a evolução do DSM III para o DSM IV, com a

inclusão constante de novos diagnósticos ocorrendo paralelamente à produção de novos medicamentos. Nessa lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno, não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas e a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico (GUARIDO, 2007).

Conrad (2007) traz um exemplo recente e pouco conhecido sobre a promoção de novos distúrbios. Uma empresa farmacêutica, a *Avanir*, está tentando obter aprovação de seu medicamento, o *Neurodex*, para uma desordem que a empresa chama de "efeito pseudobulbar". De acordo com o site<sup>4</sup>, o efeito Pseudobulbar é uma condição caracterizada por episódios de risos e/ou choros incontroláveis que podem ser inadequados ou relacionados com a situação em questão e que também podem ser causados por uma variedade de doenças neurológicas. Conrad (2007) aponta que críticos têm questionado se esta é uma síndrome que justifica o tratamento com drogas, afinal o riso é um problema relativamente pequeno para aqueles com doenças graves e/ou que ameaçam a vida. Este é um claro exemplo de medicalização em processo e ilustra como uma empresa farmacêutica pode produzir uma doença e vender o tratamento para ela. Aguiar (2003) refere que a indústria farmacêutica tem patrocinado ativamente a difusão social do conceito de determinadas doenças supostamente “pouco diagnosticadas” e “pouco tratadas” na população e está promovendo-as tanto para os médicos como para os pacientes.

Retomando, um dos símbolos do embate pela hegemonia no campo psiquiátrico foi a batalha travada em torno do termo “neurose” e da decisão de mantê-lo ou retirá-lo do manual (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Como já exposto, a primeira versão do Manual (DSM I) era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental. A influência exercida pela psicanálise evidenciava-se pelo uso frequente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Na versão subsequente do manual, o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. Nele foram abandonados tanto o uso da noção de “reação” quanto a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais, surgindo em seu lugar um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a níveis de desorganização psicológica do indivíduo, “a perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento.” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464). O término da categoria “neurose”, no DSM III, teve como objetivo negar que este grupo tivesse de fato algo em comum e afirmar ao mesmo tempo um fator etiológico único para toda e qualquer desordem: o orgânico- “transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em

---

<sup>4</sup>Ver site [www.pseudobulbar.com](http://www.pseudobulbar.com), acesso em 15 de maio de 2018.

termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamento” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 469)

Portanto, a terceira versão do manual foi marcada pelo rompimento com a perspectiva psicodinâmica em favor da perspectiva empírica biologizante, decorrendo disso também uma ampliação no número de quadros psicopatológicos. A partir de então, com o DSM III e suas edições revisadas<sup>5</sup> estabeleceram-se critérios fenomênicos objetivos de enumeração, descrição e classificação dos quadros psicopatológicos, excluindo-se a dimensão de sentido antes presente na consideração dos sintomas, pretendendo instaurar “diagnósticos descritivos, vistos como totalmente comunicáveis e empiricamente verificáveis [...]. O caminho é o da medicalização da psiquiatria, a fim de afastá-la de vez das influências filosóficas e psicanalíticas” (CIRINO, 2001, p. 92).

O acompanhar deste histórico possibilita perceber a criação de “um número progressivamente maior de categorias psiquiátricas a cada nova classificação” (LIMA, 2005, p. 56). De fato, a cada novo lançamento do Manual ocorria um aumento exponencial do número de categorias. Passou-se de 180 categorias no DSM II, para 295 no DSM III e 350 no DSM IV (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Um movimento similar também foi observado no Código Internacional de Doenças (CID). Laurenti (1991) observa que em sua sexta edição, em 1948, houve um crescimento alarmante no número de doenças catalogadas (de 164 passa a registrar 769, um aumento de 368,9%). O mesmo ocorre em 1989, quando há a atualização do código para a décima edição (de 909 passa a registrar 1575, um aumento de 73,27%). É possível traçar um comparativo dentro de um curto espaço de tempo, desde 1948 até 1989 (40 anos), no qual há um aumento de 101% no número total de possíveis categorias diagnosticáveis, o que está em consonância com os dados do DSM trazidos anteriormente (SILVA, 2017).

Além do número de transtornos catalogados, a “arquitetura” do manual também se modificou inteiramente. No DSM III ainda encontramos o grupo dos Transtornos Mentais Orgânicos, embora a divisão tradicional não tenha sido inteiramente abandonada, os autores fazem questão de afirmar a fisicalidade (dependência de processos cerebrais) de todo e qualquer transtorno mental (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). O DSM IV fez desaparecer o grupo “Transtornos Mentais Orgânicos”, com o argumento de que sua manutenção poderia implicar a afirmação subjacente – e incorreta – de que os outros transtornos mentais não teriam uma base biológica, divisão está entre o psíquico e o orgânico antes tão cara à psiquiatria (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Portanto, a antiga problemática histórica da psiquiatria a respeito da etiologia dos transtornos mentais: “psicogênese ou organogênese?” foi abandonada. (AGUIAR, 2003).

---

<sup>5</sup> DSM-III-R, em 1987; DSM-IV, em 1994; DSM-IV-TR, em 2000 e DSM- V, em 2013.

Essa nova formulação dos quadros nosológicos ampliou a abrangência de tratamentos patologizantes e medicamentosos e colocou em cena a prevalência do organismo sobre “o estatuto do corpo-sujeito e instaurou supostas soluções universalizantes e totalitárias” (EDINGTON 2012, p. 50). Dunker e Kyrillos Neto (2011) referem que o DSM IV, em 1994, listou 297 desordens em 886 páginas, consolidando a supremacia do orgânico e a queda da interpretação pelo sentido dos sintomas.

Prosseguindo na reflexão, segundo Russo e Venâncio (2006), o DSM III foi proclamado como um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos. Os autores indicam que o Manual fundamenta-se numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa etiologia dos transtornos mentais, que são inferidos pelo clínico, e não passíveis de uma observação rigorosa.

Como afirmam Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 619), “o DSM foi constituído a partir de uma perspectiva ateórica e operacional. O DSM tem como objetivo constituir-se num sistema de classificação sobre dados diretamente observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos”. Como o próprio nome indica, trata-se de um Manual **estatístico** que carece de uma rede conceitual e simplifica a descrição da sintomatologia. Aguiar (2003) alerta que embora seja declarado como ateórico, o Manual é também tomado como um dos principais fatores responsáveis pela supremacia do modelo médico na psiquiatria contemporânea. Dunker e Kyrillos Neto (2011) refletem acerca da possibilidade de um discurso dito científico estabelecer uma prática diagnóstica e terapêutica desconectada de um aporte teórico que a fundamente. Já Pereira (1996) faz críticas ao caráter falsamente ateórico do DSM e de adesão implícita às teses empiristas. Concluimos que a posição “ateórica” do Manual, e por assim dizer objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão physicalista da perturbação mental correspondendo à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial (RUSSO; VENÂNCIO, 2006; DUNKER; KYRILLOS, 2011).

Complementando o entendimento sobre os critérios classificatórios do Manual, no DSM I e no DSM II utilizava-se o que Allan Young (1995) citado por Russo e Venâncio (2006) chamam de “diagnóstico dimensional” – significando que a classificação ocupa uma espécie de *continuum*, não havendo fronteiras nitidamente demarcadas entre diferentes síndromes ou doenças. Na prática, isso significa dizer que o mesmo sintoma poderia, em casos diferentes, estar referido a mecanismos diferentes e que sintomas diferentes poderiam referir um mesmo mecanismo subjacente. Os autores que defendem a terceira versão utilizaram o argumento da baixa confiabilidade desse tipo de diagnóstico para realizar uma reformulação completa da nomenclatura buscando, antes de tudo, definir rigorosamente fronteiras claras e empiricamente verificáveis entre o doente e o normal, e

entre os diferentes transtornos mentais (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Além disso, os autores alertam que é importante lembrar o quanto essa baixa confiabilidade comprometia o interesse de pesquisas com novos medicamentos, que dependiam da possibilidade de replicar os resultados de determinada pesquisa de modo a validar seus resultados. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006)

O DSM-III produz na psiquiatria uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos sujeitos singulares para os transtornos universais, unificados em tratamentos de casos. “As implicações filosóficas, éticas e epistemológicas do DSM, não são assumidas explicitamente e o centro da problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas.” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011 p. 618) Ainda assim, como pudemos constatar no capítulo 1, o individualismo está presente nos transtornos mentais, porque o problema é do indivíduo, de seu aparato orgânico e não deve nada aos fatores sociais e culturais.

A quinta edição do manual, o DSM-V, ratifica e intensifica uma prática que avança a passos largos no terreno da psicofarmacoterapia, em detrimento da prática clínica que inclui o sujeito, não apenas os signos e sinais de sua doença. Perde-se a perspectiva do sintoma como um enigma a ser decifrado para instituí-lo enquanto desordem, transtorno a ser suprimido e não questionado (GERBASE, 2008; JERUSALINSKY, FENDRIK 2011; GUARIDO, 2007). “E isso, a despeito, entre outras questões, dos aspectos éticos levantados em relação aos chamados conflitos de interesses, ou seja, ao fato de que muitos dos pesquisadores envolvidos nas mais recentes revisões e edições do DSM têm vínculo direto com laboratórios farmacêuticos” (EDINGTON 2012, p. 51).

## **2.1 Reflexões sobre o DSM: a universalização, a biologização e o enquadramento da infância**

Os efeitos desse novo paradigma contemporâneo da medicalização sobre a vida, a doença e o sofrimento psíquico são inúmeros. Alguns psiquiatras têm demonstrado sua preocupação em relação a esses efeitos:

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. [...] Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. [...] Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes.” (AGUIAR, 2004, p. 85).

A multiplicidade de diagnósticos psicopatológicos e de terapêuticas que simplificam as causas dos sofrimentos ocorridos na infância a uma questão orgânica, transformam situações que

poderiam ser resolvidas sem a interferência médica em doenças e refletem a falta de implicação de nossas instituições na problemática. As vicissitudes da escolarização das crianças, especialmente quando renomeadas sob o prisma do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Dislexia, estão incluídas nesse contexto.

Guarido (2008); Rose (2000, 2003); Zorzanelli e Ortega (2011); Decotelli et al. (2013) referem que a medicalização no mundo contemporâneo aponta para uma descrição biológica das experiências humanas e para uma intensificação do uso de medicamentos no alívio das dores cotidianas. No terreno infantil, reconhecemos como resultado deste tipo de prática, um número cada vez maior de crianças sendo medicadas sem considerar o contexto na qual as manifestações são produzidas e nem as complexas manifestações de cada sujeito. Assim, no lugar de considerar um psiquismo em estruturação, supõe-se um déficit neurológico.

Ehrenberg (2004) escreve que as neurociências, desde a década de 1980, passaram a incluir em seu rol de preocupações comportamentos sociais e morais, transformando as psicopatologias, paulatinamente, em neuropatologias e trazendo a expectativa de ação sobre a máquina cerebral, aumentando sua capacidade de performance. O perigo da exclusividade do corpo biológico/cerebral para a formação dos modos de subjetivação é apontada por Rose (2000, 2003), os sujeitos passam a compreender suas tristezas e angústias como desequilíbrios químicos e suas características como formatadas predominantemente pela biologia. Nesse contexto, não apenas as doenças, mas toda a subjetividade (personalidade, inteligência, desejos) passa a ser explicável em termos exclusivamente cerebrais e genéticos, e “por consequência, estamos depositando nas tecnologias derivadas da genética, [...] do imageamento cerebral à esperança de desvendamento do humano” (ZORZANELLI; ORTEGA, 2011, p. 32).

Vaz (2015) traça uma discussão a respeito da mudança de paradigma que permitiu a transição da figura do “anormal” para a figura de consumidor de medicamentos e de doenças na atualidade. Ele aponta que a mudança no conceito de doença permitiu que os critérios diagnósticos saíssem do campo estrito do comportamento desviante e se encontrassem, na contemporaneidade, expandidas a um modelo ideal de felicidade, de saúde e de comportamento. Camargo Jr (2013, p. 845) escreve um conjunto de componentes ocultos pela ideia do “conceito positivo de saúde” e que o autor denomina de “tirania da saúde” e abrange :

1-Uma expansão indefinida, potencialmente infinita, do conceito de saúde, que passa a encampar toda a experiência humana; 2- O estreitamento paradoxal dos ideais ético-estéticos de uma “boa vida”, reduzida a viver muitos anos com o mínimo de doenças, sem considerações sobre prazer ou aspirações para além do individual, uma saúde “medrosa e restritiva” [...]; 3-A expansão de um mercado de consumo de produtos de “saúde” alimentos funcionais, academias de ginástica, dispositivos de uso doméstico.”

Desse modo, a socialização do conceito da doença territorializa o sofrimento do paciente em determinados critérios diagnósticos e o vincula indiretamente ao medicamento (AGUIAR, 2003) como apontado também por Camargo Jr.(2013) no item 3. Aguiar (2003) alerta que a tendência mundial, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através de campanhas financiadas pela indústria farmacêutica, tem sido fazer com que os transtornos mentais sejam diagnosticados e tratados pelos clínicos gerais e não mais por especialistas. Parece que esta proposta amplia a capacidade de acesso de todos a algum tipo de diagnóstico e medicamento.

Assim, para finalizar, a publicação do DSM III implicou em uma radical transformação terminológica que teve consequências cruciais tanto no que tange às concepções prevalentes sobre o adoecimento psíquico quanto ao seu tratamento. Este dispositivo não apenas informa sobre uma doença, mas ele a produz, conduzindo a um inevitável processo de psicopatologização da infância e medicalização da criança. Esse processo de patologização infantil é antigo. Abordaremos no capítulo 3 o nascimento da psiquiatria infantil e do movimento de higiene mental a fim de situarmos e construirmos a historicidade da medicalização infantil.

### 3 O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA INFANTIL E O MOVIMENTO DE HIGIENE MENTAL

Nesse momento, buscamos analisar como a família e a escola foram colocadas no cerne do nascimento da psiquiatria infantil. Segundo Donzelot (1980), o grande movimento de moralização e normatização da instituição familiar e escolar, promovido principalmente pelo Estado no final no século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e do movimento Higienista, instituiu a educação como principal garantia da ordem pública, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas na busca de soluções para os problemas cotidianos. A família além da transmissão de bens e de nome, assumiu a partir daí a função moral de educar as crianças juntamente com as escolas, organizando o sentimento moderno<sup>6</sup> de família, os aparelhos de educação e constituindo aquilo que chamamos, hoje, de o “social”.

Justificando a importância desse capítulo, Gaudenzi e Ortega (2012) referem que, de uma forma geral, os estudos existentes sobre o fenômeno da medicalização direcionam suas análises para a intervenção política da medicina no corpo social. Guarido (2010) contribui escrevendo que diversos estudos tratam a maneira a partir da qual as vicissitudes do processo de aprendizado das crianças foram frequentemente traduzidas em processos de higienização das práticas escolares assim como, buscaram analisar como tal saber atravessou a prática escolar de forma a produzir um “projeto” de educação para a promoção de saúde. Desse modo, partimos agora para uma reflexão sobre a história da psiquiatria infantil, os ideais médico-higienistas e as organizações escolares.

Em termos gerais, o mundo contemporâneo tem apontado para a forte presença dos enunciados da ciência no discurso social e para o avanço do desenvolvimento científico sobre a vida cotidiana (GUARIDO, 2010). Para Zola (2004), a medicina não é apenas uma ciência, mas um ofício cuja prática está entrelaçada na sociedade. O autor propõe que a medicina, através do Estado, sempre esteve aliada com a mudança dos aspectos sociais da vida. Brzozowski e Caponi (2013, p. 211) ressaltam que “ao mesmo tempo em que a área da saúde foi entrando na vida familiar e escolar, a Medicina foi assumindo o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável por comportamentos que até então eram da esfera de outras instituições, tais como aprendizagem e criminalidade.” Nesse sentido, a medicina e as profissões que dela se sucederam estabeleceram padrões do que é considerado normalidade ou “desvio de normalidade”.

---

<sup>6</sup> Pode-se caracterizar o período conhecido como modernidade como um movimento ideológico que emerge na transição da sociedade medieval para a sociedade dita moderna. Esse período histórico se consolidou com a Revolução Industrial e com os avanços do pensamento Iluminista, que, em última instância, consagrou a racionalidade no lugar dos postulados hegemônicos da Igreja (CANAVÊZ, 2015).

Foucault (1979), em *O Nascimento da Medicina Social*, emprega pela primeira vez o termo biopolítica, “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade **biopolítica**. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1979, p. 47, grifo nosso). Neste texto, o autor irá tratar, como o título sugere, do surgimento da medicina enquanto força coletiva, aliando o capitalismo à socialização dos corpos e portanto, à lógica biopolítica. Foucault (1999), com seu conceito de biopoder, associa política e psicologia, demonstrando as tecnologias políticas e psicológicas investidas nos modos de viver. Donzelot (1980) aproxima a essas técnicas o conceito de polícia, não no sentido restritivamente repressivo que lhe atribuímos atualmente, mas segundo uma visão mais ampla, onde tudo o que compõe o Estado deve servir à consolidação e ao aumento de seu poder, como também ao bem-estar público. Essa ideia intitula seu livro- *A polícia das famílias*, onde Donzelot (1980) associa o investimento nas famílias como efeito-instrumento do biopoder.

Tal qual Foucault (1979) em sua obra clássica, Donzelot (1980) também investigou a passagem do domínio militar (ligados à autoridade familiar, religiosa, policial e judiciária) para a infância organizada sob os preceitos da medicina, da psiquiatria e da pedagogia. Nas palavras de Donzelot (1980, p. 51):

“[...] Já que o Estado não é mais o cume de uma pirâmide de opressões feudais, já que, em relação a ele, somos todos formalmente iguais, não deveis reivindicar, de direito, vosso encargo pelo Estado, mas também não tendes razões para recusar nossos conselhos, pois já não são mais ordens”

Portanto, vê-se a passagem do controle através da força física para um controle simbólico, que pode servir como declaração inaugural de toda a medicina do século XVIII e que não atenta contra a definição liberal do Estado. “Conselho eficaz em vez da caridade humilhante, norma preservadora no lugar da repressão destruidora” (Donzelot, 1980, p. 52), são exemplos de equipamentos coletivos e metafóricos que visam efetivar o controle e a vigilância social. Assim, foi estabelecida na história a conjunção entre o campo da saúde e da “polícia”, com fins de disciplinar os corpos, fato reeditado na atualidade, ao se buscar mais uma vez descrever e articular os chamados transtornos de comportamento ou conduta.

Donzelot (1980) inicia sua reflexão no livro citado apontando para um hábito dominante nas cidades do século XVIII: o recurso à nutrizes do campo para cuidar das crianças das classes trabalhadoras e das famílias ricas. Segundo o autor, esta era uma prática frequente de abandono disfarçado e muitas crianças acabavam morrendo pela dificuldade em encontrar nutrizes que realmente se ocupassem do cuidado dos menores.

Portanto, a crítica a essa forma de cuidado, que levava a alarmantes índices de mortalidade infantil, provocou uma crescente valorização das tarefas educativas, incentivando as famílias a educarem seus filhos. Assim, solicitava-se que “todos os indivíduos que têm tendência a entregar seus filhos à solicitude do Estado ou à indústria mortífera das nutrizes voltem a educá-los” (DONZELOT, 1980, p. 22). Esse novo modelo ocasionou mudanças substanciais no que se refere à atenção às crianças e às práticas familiares.

Além do alto índice de mortalidade infantil no âmbito privado, nas instituições públicas este dado tornava-se também um problema. O que inquietava o Estado era o desperdício de forças vivas, são os indivíduos inutilizados ou inúteis, pois as crianças institucionalizadas “morrem antes de se tornarem ‘úteis ao Estado’ essas forças que muito lhe custaram manter durante a infância e a adolescência” (DONZELOT, 1980, p. 16).

Assim, a partir do século XVIII houve uma propagação de tratados e manuais, escritos principalmente por médicos, para diminuir a letalidade infantil, o desperdício de recursos estatais e de futuras forças de trabalho. Esses compêndios abordavam o tema dos cuidados com as crianças, trazendo conselhos aos pais e as entidades públicas sobre criação, higiene, educação, alimentação, medicação. Do conceito de polícia das famílias (Donzelot, 1980), podemos depreender também os dispositivos de controle da normalidade social e familiar delegados à medicina e portanto, da medicalização. O médico assumiu, assim, o lugar de agente tutelar das famílias.

O movimento higienista<sup>7</sup> fruto desse processo, contribuiu para a formação da nova família e para uma mudança na concepção da infância. Kupfer (2011) reafirma as ideias de Donzelot (1980) remetendo ao Brasil, e defende que a ação educativa está relacionada com a destituição do pai na família. Da mesma forma que na França, contexto em que escreve Donzelot (1980), por aqui o higienismo também declarou incompetentes as famílias, supondo-as responsáveis pela alta incidência de mortalidade infantil (KUPFER, 2011) e assim, desresponsabilizando o Estado. Disso que nos fala Kupfer (2011) e Donzelot (1980), podemos concluir que a parentalidade passou ao domínio público, sendo a autoridade paterna usurpada pelo discurso técnico-especializado. Nesse sentido, se pais e filhos se encontram em uma posição de igualdade no interior da família, nos parece inevitável, portanto, que um terceiro “social” seja convocado a introduzir algum tipo de ordenamento. Isso aponta para o que vemos na atual clínica psicológica, ao menor sinal de desarranjo infantil, especialistas são chamados a intervir.

Nesse mesmo sentido, Guarido (2010) indica que no lugar de uma autoridade familiar, um conjunto de especialistas se consolidou como capaz de orientar a educação das crianças,

---

<sup>7</sup> O higienismo é uma doutrina que nasceu na primeira metade do século XIX, quando os governantes começaram a dar maior atenção à saúde e à moral dos habitantes da cidade. Considerava-se que a doença era um fenômeno social que abarcava todos os aspectos da vida humana.

aconselhando tanto sobre as trocas afetivas familiares, quanto sobre a organização no processo da escolarização. A autora relaciona as raízes higienistas das intervenções dirigidas às escolas e às famílias as atuais pesquisas da bioquímica cerebral que tem sustentado explicações sobre todos os comportamentos das crianças e as causas de seu suposto fracasso escolar.

### **3.1 A criança brasileira e a história da saúde mental infantil**

Ribeiro (2006) descreve a trajetória da Saúde Mental e dos cuidados à infância no Brasil da Colônia à República Velha. O autor relata que a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, em 1952 inaugurou uma série de cuidados especiais e de estudos estruturados relativos à criança. Portanto, é no século XIX que a interação Estado-medicina será responsável pela definição e aplicação de um conjunto de teorias, políticas e práticas voltadas para o bem-estar da população brasileira, “a burguesia vai, então, encontrar na medicina o aliado necessário para propagar suas ideias políticas e sociais [...] o aliado de seu ideal higiênico, que, por seu turno, interessava ao jovem Estado Brasileiro, ainda em consolidação” (RIBEIRO, 2006, p. 31).

Trevizani e Silva (2014) analisaram os prontuários de crianças e adolescentes internadas do Hospício São Pedro de 1884 a 1929 no Rio Grande do Sul. De acordo com a análise dos autores, essas internações corroboram com as práticas higienistas vigentes na época, que previam a internação das crianças inadequadas à manutenção da ordem pública e/ou destoantes dos comportamentos socialmente esperados. Agitações motoras, ataques e gritos, impulsividade, delírios eróticos, atos ofensivos a moral, perversão moral, vadiagem, prostituição, preocupações eróticas nítidas, masturbador profissional, constam nos prontuários como motivos das hospitalizações psiquiátricas (TREVIZANI; SILVA, 2014). Assim, a educação e a internação das crianças visavam o adulto adequado à ordem estatal, médica e aos modelos ideais de vida burguesa.

Por intermédio dos diagnósticos das crianças internadas no Hospício São Pedro percebe-se que no final do século XIX, a doença mental passou a não ser mais uma exceção, mas um fenômeno sempre latente, possível de acontecer com qualquer um. Donzelot (1980) aponta que a psiquiatria passou a interessar-se mais pelas crianças do que pelos adultos, mais pelos pequenos delitos do que pelos grandes crimes e a delinquência passou a ser vista como um problema possível de ser prevenido. Vê-se assim a passagem da psiquiatria restrita à generalizada, que nos aponta também para a atual universalização das doenças psiquiátricas e para a expansão dos diagnósticos.

Essa saída da psiquiatria exclusiva dos manicômios, segundo Donzelot (1980, p. 103), é comandada também por uma demanda dos aparelhos sociais, a saber, o exército e a escola, “o psiquiatra aspira, portanto, a sair do asilo para tornar-se o operador de uma obra de regeneração social”. Fruto desse processo de tutelarização social, a psiquiatria infantil nasceu da convergência

entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais. A psiquiatria infantil emerge:

[...] da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo onde se possam enraizar, sob a forma de uma pré síntese, todas as anomalias e patologias do adulto, de designar um possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir os reclusos, mas, sim, presidir à inclusão social. (DONZELOT, 1980, p. 105).

Em outras palavras, a partir da metade do século XIX e do início do século XX, juntamente com a difusão da educação escolar, a preocupação com a saúde e com a higiene se tornou uma das incumbências da escola (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013). O higienismo abriu mais ainda o caminho para que a saúde entrasse na instituição escolar e ali permanecesse, tornando possível e aceitável a identificação e o encaminhamento atual de crianças com problemas de comportamento ao médico (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Ribeiro (2006), nesse mesmo sentido, relata ter ocorrido da Colônia à República Velha uma passagem das teses e debates interessados nas causas da mortalidade infantil para os trabalhos que defendiam e estudavam a utilização de táticas médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. Assim, “o colégio era visto como a instituição ideal, onde a infância e a mocidade poderiam ser preservadas de qualquer mal, de qualquer influência perniciosa, e moldadas de acordo com os princípios higienistas.” (RIBEIRO, 2006, p. 31). Segundo ele, a sexualidade foi o terceiro ponto de interesse e preocupação da medicina brasileira no tocante à infância, juntamente com a mortalidade infantil e a educação (RIBEIRO, 2006, p. 32), em uma tentativa moral de resolução de problemas e de normalização dessas condutas.

Ribeiro (2006) descreve a preocupação dos higienistas com a formação moral, física e intelectual das crianças, os futuros “homens da sociedade”, o que ampliou-se e acabou atingindo e modificando toda sociedade brasileira. O autor ressalta também a importância desse movimento para a psiquiatria infantil, lançando as bases de uma “medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento, ainda que não voltada para a patologia mental propriamente dita, mas para uma profilaxia e cuidados morais da criança normal, que eram considerados importantes na época.” (RIBEIRO, 2006, p. 33)

Portanto, nesta época se inicia a institucionalização dos saberes médicos e psicológicos aplicados à infância sendo possível perceber a estreita relação entre a psiquiatria infantil, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia (RIBEIRO, 2006). Reis (1965, p. 8) citado por Ribeiro (2006, p. 36) assinala, na primeira década do século XX:

O surgimento, em torno da criança, de um campo totalmente novo de investigação científica procurando auxiliar a vida psíquica infantil através da análise dos

distúrbios de conduta. A psicometria, a psiquiatria dinâmica, o aparecimento do juizado de menores e o movimento de higiene mental seriam os marcos iniciais da longa estrada que haveria de transformar o século XX no ‘Século da Criança’.

Nesse mesmo contexto, Donzelot (1980) indica que o livro fundador da psiquiatria infantil, publicado em 1914, na França, foi: *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*, de G. Heyer. Nele, a escola é considerada o laboratório de observação de tendências antissociais e o mau comportamento escolar seria o denominador comum entre crianças anormais, delinquentes e rebeldes. Assim, através da escola irá se aplicar uma vigilância discreta sobre as crianças no corpo social. Será um modelo pedagógico de liberdade vigiada, cuja “[...] missão social do professor será jogar a criança contra a autoridade patriarcal, [...] para ‘fazer penetrar, por seu intermédio, a civilização no lar’” (DOZELOT, 1980, p. 67).

Guarido (2007) auxilia-nos a refletir que se até o século XX a criança é basicamente objeto da pedagogia, pode-se dizer que o campo de tratamento da criança se instalou apoiado a certo ideal de educação, encontrando parceria fértil nas crianças escolarizadas para propor suas formas de tratamento. Como esclarece Kupfer (2001, p. 42):

O ideal educativo, no início do século XIX, já estava instalado na forma como hoje o conhecemos. [...] Ariès demonstra que o novo sentimento de infância gestado a partir do século XVII é totalmente solidário com um novo ideal educativo, construído de modo a atender às exigências político-sociais de uma burguesia nascente. O discurso social moderno cria uma criança cuja consistência está no fato de ela ser submetida a uma educação nova, que implica vigilância, disciplina, segregação. Que implica o surgimento da escola. Nossa criança é, por definição, escolar.

### **3.2 Panorama histórico da clínica psiquiátrica infantil**

Bercherie ([1983]2001) refere que a história da clínica psiquiátrica da criança é um campo de observação quase tão antigo quanto o da psiquiatria do adulto, ao mesmo tempo, ela só adquiriu conceitos próprios, se estabelecendo como uma clínica específica a partir da década de 1930. A partir da análise dos trabalhos consagrados, desde o início do século XIX, Bercherie ([1983]2001) destacará a existência de três grandes períodos na estruturação da clínica infantil, que serão desdobrados adiante.

O primeiro período abarca as décadas iniciais do século XIX, sendo chamado de período da medicina moral. Com Jean-Étienne Esquirol, estabeleceu-se o primeiro, e então, único diagnóstico de transtorno mental infantil da época— o retardamento mental, ainda que este não fosse considerado como doença, mas sim como “um defeito original do desenvolvimento” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 130). A primeira fase é consagrada em torno da discussão sobre retardamento

mental/idiotia, estabelecendo-se uma divisão entre ele e a loucura propriamente dita e o grau de sua irreversibilidade foi objeto de importantes discussões na época.

Os autores desse período, aliás, não acreditam na existência da loucura propriamente dita na criança [...] Griesinger resume bem a concepção mais geral, quando afirma, no seu Tratado de 1845: “o eu nesta idade não está ainda formado de maneira estável para apresentar uma perversão durável e radical; assim, as diversas doenças produzem nas crianças verdadeiras interrupções no desenvolvimento, que atingem a inteligência em todas as suas faculdades”. A loucura da criança é pois, essencialmente, nesse primeiro período, a idiotia, com a noção que se agrega a ela dos transtornos epiléticos, já bem estudados desde esse momento (BERCHERIE, [1983]2001, p. 131 e 132).

Foucault (2006) também entende que a psiquiatrização da infância, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura infantil. O autor confirma que a psiquiatrização da infância envolveu diagnósticos como de criança imbecil e idiota, ou seja, referências ao diagnóstico de retardo mental usados para designar déficits intelectuais. Essa criança oferece um suporte fundamental para a generalização do poder psiquiátrico, de modo que a psiquiatrização se difunde prioritariamente através da anormalidade na infância (Foucault, 2006). Diz ele, “foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico.” (FOUCAULT, 2006, p. 257). A criança idiota, para Foucault (2006), não está imersa na enfermidade, mas sim no interior da temporalidade da infância, desviante em dois aspectos: em relação às outras crianças da sua idade e em relação ao adulto, ponto ideal de alcance do desenvolvimento.

Ribeiro (2006) remete o leitor ao Brasil, referindo que o primeiro trabalho brasileiro em psiquiatria infantil de que se tem relato é voltado para a deficiência mental, ou idiotia, corroborando com as afirmações de Foucault (2006) e Bercherie([1983]2001). Segundo as referências do autor, a monografia de Carlos Eiras, intitulada “Tratamento dos Idiotas”, de 1900, foi apresentada no IV Congresso de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro.

O segundo período apresentado por Bercherie([1983]2001) começa na segunda metade do século XIX, com a publicação de uma série de tratados de psiquiatria infantil. Caracteriza-se pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança que é, essencialmente, “o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto durante o período correspondente” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 133). Este período constitui-se de uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro. No conjunto desses conceitos surge a oposição entre “as doenças mentais adquiridas – cujas causas patológicas provêm da rubrica correspondente na medicina do corpo” e as “doenças mentais constitucionais” emergentes de um campo psicológico particular, da degenerescência mental hereditária ou adquirida precocemente, que aproximam as questões morais das psicológicas (BERCHERIE, [1983]2001, p. 130).

Bercherie([1983]2001) cita em sua obra célebres trabalhos desenvolvidos nessa época e avalia que o que caracteriza todos eles é a busca na criança das síndromes mentais descritas no adulto, ao lado do retardamento. Portanto, nesse segundo tempo, a psiquiatria infantil é “antes um objeto de curiosidade e um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátricas do adulto, do que um verdadeiro campo autônomo de investigação” ((BERCHERIE, [1983]2001, p. 133). É só na virada do novo século, com a importação de conceitos originários da nosologia kraepeliniana, que a psiquiatria infantil vai dispor de noções “próprias”, no plano da investigação clínica.

Foucault (2006) e Donzelot (1980) nesse mesmo sentido, apontam também para a constituição da psiquiatria infantil, através da busca da etiologia da loucura do adulto na criança. Segundo Donzelot (1980), o saber psiquiátrico busca recobrir qualquer desadaptação da criança, mediante o trabalho de prevenção dos especialistas e que esse está relacionado sempre a um saber repressivo sobre a família. Portanto, nesse contexto, o discurso médico-psiquiátrico, através de seus dispositivos disciplinares, é convocado a detectar e responder a qualquer entrave que a criança possa representar ao projeto social.

Na década de 1930, com influências das ideias psicanalíticas, inicia-se o terceiro grande período no estabelecimento de uma clínica psiquiátrica infantil que continua a desenvolver-se atualmente, com novas perspectivas. Nesse campo, as manifestações psicopatológicas são tomadas como “resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, adquire no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois é de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente, que dependem, então, as perturbações psicológicas” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 136). Essa nova etapa caracteriza-se, portanto, pelo modelo psicossomático e um imenso campo se destaca: “doenças psicossomáticas propriamente ditas, transtornos do comportamento e manifestações afetivas patológicas, perturbação do desenvolvimento das funções elementares: motricidade, sono, funções esfinterianas, fala etc.” (BERCHERIE, [1983]2001, p. 136).

Portanto, durante os dois primeiros períodos, a criança é essencialmente concebida como um adulto “em potência”, a psicologia da criança só começa realmente a existir como campo autônomo no final do século XIX e, antes disso, é nas doutrinas pedagógicas que é preciso procurar as concepções clássicas sobre a infância. Na medida em que o século XIX vai chegando ao fim, Bercherie([1983]2001) afirma que o desenvolvimento psicológico da criança será concebido de maneira cada vez mais psicofisiológica:

é da integridade de seus órgãos cerebrais que depende o surgimento de suas faculdades mentais, sempre pensadas em termos sensório-motores e reflexológicos. Isso é o que vai justificar a primeira clínica psiquiátrica da criança: o cérebro da

criança é susceptível de danos homólogos aos do adulto e, portanto, de manifestações “somato-psíquicas” da mesma ordem (BERCHERIE, [1983]2001, p. 141).

Nesse percurso panorâmico sobre a história da psiquiatria infantil, visamos analisar os períodos, demarcados por Bercherie ([1983]2001), ao longo dos quais a clínica psiquiátrica infantil se estruturou. Da medicina moral ao estabelecimento do paradigma das “doenças do cérebro” para, em seguida, no último dos três períodos elencados pelo autor, bipartir-se, entre as concepções psicanalíticas e o paradigma das disfunções e déficit neuroquímico.

Surge assim uma nova ciência, a psiquiatria infantil. A partir do momento que a psiquiatria se apropria e legitima-se como ciência dos desvios das condutas, a criança emerge como consumidora de um vasto menu no mercado da saúde a fim de crescer sob um modelo de desenvolvimento ideal. Consideramos que, esse cuidado intensivo com as crianças abriu o caminho para uma medicalização dos discursos sobre a infância. Assim, a infância na modernidade é entendida como tempo de preparo e prevenção para a produção de indivíduos capazes para o trabalho e saudáveis, do ponto de vista psíquico, para participarem do social, tornando-se uma época da vida a ser “cuidado, assistida, tutelada” (GUARIDO, 2010, p. 36).

Assim, o século XX vem corroborar a estreita relação entre saúde e educação, inicialmente atravessado pelo movimento de Higiene Mental, que seguia os passos das “verdades higienistas” estabelecidas. Percebemos que a expansão diagnóstica atinge a infância e a entrada da medicalização nesta população se dará pela via reducionista das disfunções e dos transtornos. A partir de Vorcaro (2011), podemos compreender que o diagnóstico psiquiátrico visa a responder aquilo que não é reconhecível pelo ideal social. A medicalização pode ser entendida, segundo a autora, como uma promessa de reconduzir a criança à normalidade, aliviando o mal-estar que a infância produz ao projeto social, escolar e familiar. O movimento higienista; os aparelhos de educação para manter a ordem pública; a psiquiatrização da família e da criança são práticas fundamentais para entender o processo de medicalização e de patologização da infância frente a esse ideal. Desse modo, fica clara a relação histórica entre desvio, anormalidade e déficit e o conceito de medicalização, suas consequências no terreno das aprendizagens será abordada no próximo capítulo.

#### 4 REFLEXÕES ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM: DE CRIANÇA PROBLEMA À CRIANÇA TRANSTORNO

O crescente número de encaminhamentos de crianças e adolescentes aos profissionais da área da Saúde, para diagnóstico e tratamento de dislexia e déficit de atenção e hiperatividade, por exemplo, impõe uma discussão e reflexão crítica sobre o fenômeno da medicalização de crianças e adolescentes. Nesse sentido, compreendemos o encaminhamento de estudantes para profissionais de diferentes especialidades (psicologia, medicina, fonoaudiologia, entre outras) como resultante de uma compreensão naturalizada, biologizada, psicologizada dos processos de desenvolvimento e aprendizagem do ser humano. Abordaremos neste capítulo a medicalização da aprendizagem e do comportamento destes estudantes que não atendem ao padrão idealizado pela instituição escolar e a forma como os transtornos de aprendizagem estão justificando o não aprender na escola.

Como pudemos observar no capítulo anterior, a interface entre a Educação e a Psicologia no mundo e no Brasil possui uma longa história. Segundo Souza (2010), a partir do paradigmático livro *“Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar”* de Maria Helena Souza Patto, 1984, a Psicologia fez uma autocrítica a respeito de sua atuação profissional no campo da educação ter avançado pouco a serviço da melhoria da qualidade da educação e dos benefícios que a escola deveria estar propiciando a todos, em especial, às crianças. Ribeiro (2015) contribui, referindo que a obra de Patto (1984) indaga em que termos os psicólogos detiveram seu foco de atenção: se faziam psicologia escolar, psicologia experimental ou psicologia clínica nas escolas. Assim, a partir dos anos de 1980 surgiram um conjunto de questionamentos a respeito:

a) do papel social da Psicologia enquanto Ciência e Profissão e da Psicologia Escolar, enquanto campo de atuação do psicólogo e b) dos pressupostos que norteavam a construção do conhecimento no campo da Psicologia e da Psicologia Escolar, bem como suas finalidades em relação à escola e àqueles que dela participam. (SOUZA, 2010, p. 58)

Assim, Souza (2010) discute que a obra de Patto (1990) inaugurou a discussão em torno do fracasso escolar, além de realizar no livro supracitado uma grande pesquisa buscando compreender como se instaurou, a partir do Brasil-Colônia, no interior do pensamento educacional brasileiro as explicações para o mau rendimento dos escolares e como a Psicologia e Medicina compareceram nesse processo. Demonstra, por meio deste trabalho, as explicações vigentes a partir do movimento da Higiene Mental e como a medicina e as questões de saúde e doença passam se articular com as teorias psicológicas e a constituir um dos ramos que vem explicar o não aprender centrado nos distúrbios orgânicos (SOUZA, 2010). Segundo esta autora, Patto (1990) desloca o centro do olhar das questões educacionais brasileiras para fora do campo psicológico (desloca o

eixo do indivíduo para a escola e suas complexas relações) e nos permite analisar o processo de escolarização e não somente os problemas de aprendizagem. De tal modo, ao convergir com esse ponto de vista proposto por Patto (1990), supera-se a ideia dos problemas de aprendizagem centrados unicamente no sujeito para a compreensão da existência de problemas relacionados ao processo de escolarização e as relações construídas dentro no espaço escolar.

Guarido (2010) também analisa a importância das publicações de Patto na psicologia escolar escrevendo que até aquele momento as explicações psicológicas sustentaram a culpabilização das crianças e das famílias pelo fracasso escolar, bem como serviram à manutenção das divisões de classe e da ideologia burguesa. Remetendo-nos às práticas disciplinares que ganharam na modernidade a eficácia de caracterizar os indivíduos, classificando-os nos parâmetros da “norma”. Confirmamos novamente, segundo Souza (2010), Guarido (2010), Donzelot (1980), Ribeiro (2006), o entrelaçamento histórico entre a escola e o discurso médico, bem como o discurso psicológico, que vem consolidando, ao longo do último século, uma autoridade especializada em matéria de educação. Dessa forma, percebe-se que no âmbito da psicologia, Maria Helena Souza Patto com sua obra, contribuiu significativamente para a ampliação da discussão e para a abertura a outras vertentes de análise no trabalho do psicólogo escolar.

Porém, as críticas oriundas dos anos 1980 contribuíram também para uma transferência cada vez maior do psicólogo do campo da educação para o campo da saúde (SOUZA, 2010). O argumento que fortaleceu esta transferência, de maneira geral, centrou-se no fato de que tais profissionais atuavam em um prática clínica, diagnóstica e não educacional (SOUZA, 2010). Além dessa, acreditamos que outras questões estiveram envolvidas nesta problemática como, a prevalência clínica do curso de psicologia, além de normas educacionais brasileiras que afastavam os psicólogos das escolas e da área educacional. Soma-se a isto, a visão de saúde vinculada à perspectiva médico-assistencial que se mantém e que considera o psicólogo um profissional da área da saúde e ligada à clínica e, portanto, que não deveria compor o quadro de profissionais da escola. Portanto, Souza (2010) refere que este importante movimento de crítica no campo da Psicologia permaneceu com a pouca presença de Psicólogos no campo da educação escolar e o espaço deixado pela Psicologia no momento de sua autocrítica foi sendo paulatinamente ocupado por outras explicações que respondiam diretamente às demandas de professores e dos gestores escolares, advindos, principalmente, da Psicopedagogia e da Psicomotricidade. Moysés e Collares (2010) complementam referindo que a partir dos anos de 1980, ocorre a progressiva ocupação desse espaço pelas presumidas disfunções neurológicas, a tal ponto que hoje a maioria absoluta dos discursos medicalizantes acerca de crianças e adolescentes referem-se à dislexia e ao TDAH.

Souza (2010) refere que o encaminhamento escolar para especialistas fora do espaço escolar reforça a ideia de que o problema do não aprender está na criança e que o tratamento ou

acompanhamento (que muitas vezes complementa as habilidades educacionais que não são obtidas pela criança na escola) permitirão que esta criança volte a aprender. Ao fugir do padrão pré-estabelecido e esperado, o estudante é encaminhado para avaliação clínica (médica, psicológica ou de outra especialidade) para comprovação da queixa através da emissão de um diagnóstico que explique o problema e direcione para um ajustamento necessário ao padrão. Situação que revela a compreensão do padrão considerado como normalidade e o "desvio do padrão pré-estabelecido" como anormalidade (RIBEIRO, 2015).

Souza (2010) em sua crítica à Psicologia Escolar comenta que esta disponibilizou um dado corpo teórico e uma dada forma de intervenção que acabou por fortalecer uma compreensão biologizante e medicalizante do desenvolvimento do psiquismo humano e da não-aprendizagem. A dislexia e o TDAH são exemplos do avanço dessas explicações organicistas também adotadas, muitas vezes, por psicólogos. Souza (2010) observa que nesta perspectiva ter dificuldade de leitura e escrita não mais questiona a escola, o método, as condições de aprendizagem e de escolarização, mas sim, busca na criança, em áreas de seu cérebro e em seu comportamento as causas de tais dificuldades.

Assim, a discussão sobre dificuldade de escolarização, fracasso escolar e medicalização da educação torna-se importante no sentido de contribuir para a construção de uma análise crítica nesses âmbitos, com vistas à superação e ruptura da compreensão naturalizada de fenômenos sociais e históricos. Portanto, este conhecimento precisa ser revisitado e discutido visando uma educação inclusiva ética, responsável e compromissada dos profissionais de educação e da saúde. Este processo de biologização de problemáticas escolares, de colocar como causa do fracasso escolar doenças da crianças, desloca o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas e a isto devemos chamar de “medicalização do processo de ensino-aprendizagem” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 197). Percebemos que esse processo acontece atualmente, por meio da atuação de diversos profissionais (não mais apenas o médico), mas também o enfermeiro, o psicólogo, o fonoaudiólogo, o psicopedagogo, entre outros. Guarido(2010) contribui afirmando que é nesta medida que se fala da exclusão do sujeito na forma de tratamento proposto pela biopsiquiatria, uma vez que o tratamento não esta associado a sua história de vida.

Como já abordado anteriormente, o controle social, segundo Conrad (2007), tem aumentado com a expansão da jurisdição médica. A teoria social-construtivista aponta para a construção social das doenças e para a transformação de comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes em transtornos e distúrbios. Moysés e Collares (2010) lembram que a medicina constitui seu estatuto de ciência moderna atribuindo-se a competência para normatizar o que é saúde e o que é doença e, assim biologizar a vida. Mas “também não se pode omitir que esse processo se inicia com a medicina e se mantém inalterado em todos os campos

científicos dela derivados, como psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia.” ( MOYSÉS E COLLARES, 2010, p. 72). E a partir da segunda metade do século 20, a medicina, mais tarde acompanhada pela psicologia, estabelece-se como uma das principais fontes desses critérios, emprestando um caráter científico a questões ideológicas. (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Podemos afirmar que a origem social de algumas doenças está na necessidade da isenção de culpa das instituições( ILLICH, 1975). Assim as diversas problemáticas infantis encaminhadas pela escola aos especialistas refletem de certa forma sua estrutura social e quando tal fato acontece, geralmente o contexto da produção das queixas e a possibilidade desse comportamento estar relacionado a ele, é ignorado. Moysés e Collares (2010, p. 73) referem que “a medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação na invenção das doenças do não-aprender”.

Gaudenzi e Ortega (2012) referem que o crescente uso da racionalidade médica para abordar problemas de ordem socioeconômica-cultural, ocasionaria a chamada culpabilização da vítima, onde o foco do problema deslocar-se-ia do problema concreto para se concentrar no aspecto subjetivo do indivíduo. Aliado a isso, como já foi observado, a medicalização naturaliza a vida e as relações sociais e, em decorrência, a vida passa a ser a-histórica (MOYSÉS; COLLARES, 2010), deslocando os problemas inerentes a ela para o campo médico, com transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais e biológicas. Moysés e Collares (2010) referem que assistimos a uma busca crescente de padronização e uniformização de todas as pessoas nesse processo e isentam-se de responsabilidades as instituições em que os problemas são gerados. De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito a esta redução de questões amplas a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina (GUARIDO, 2010).

Guarido (2010) refere que a hegemonia da psiquiatria biológica sobre o sofrimento humano tem por efeito apagar a dimensão subjetiva e reduzir a implicação do sujeito com seu problema e assim, crianças e adultos tornam-se impotentes para atuarem sobre seus sofrimentos e aprendizados e acabam desresponsabilizando-se pelo que lhes acontece (desresponsabilizam-se porque o problema é tido como da ordem do orgânico, sobre o qual o sujeito não tem “culpa”). Portanto, percebemos que a Educação encontra-se intensamente atravessada pelo discurso especialista e se, por um lado, os profissionais da Educação se veem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro,

ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos a hegemonia do discurso psiquiátrico sobre os sofrimentos e as disfunções comportamentais e cognitivas das crianças (GUARIDO, 2007, (p. 157).

Assim, percebe-se, na clínica, que os encaminhamentos para atendimento psicológico ou de outras especialidades são frequentes e que os fenômenos educacionais relacionados à aprendizagem e ao comportamento do estudante, especificamente, à dificuldade do processo de escolarização são tomados na perspectiva clínica, medicalizada e naturalizada. Portanto, medicalizar significa reduzir os acontecimentos e fenômenos sociais e políticos construídos historicamente a questões individuais compreendidas como naturalizadas, de causa biológica e/ou psicológica, que, por vezes, produzem como consequência a sua patologização. Ribeiro (2015) refere que dessa forma, os termos medicalização, naturalização, biologização, psicologização e patologização estão relacionados entre si e configuram-se em uma rede de compreensão reducionista, descontextualizada e a-histórica dos fenômenos humanos.

Moysés e Collares (2010) nos apresentam uma pesquisa realizada por elas cujo objetivo foi estudar as crianças apontadas pelos professores como portadoras de alguma doença que interferisse na aprendizagem e as opiniões dos diretores e professores sobre as causas do mau rendimento escolar. As autoras relatam que a consulta com a criança tinha como objetivos a recuperação da sua história de vida, tentando identificar patologias prévias, agravos à saúde, fatores de risco, doenças atuais, agudas ou crônicas; tentando-se com mais ênfase, a comprovação ou não dos “diagnósticos” emitidos pelo professor. A vida escolar da criança, suas relações com a instituição escolar, bem como de seus familiares, e a maneira de reagir aos “diagnósticos” e ao problema de não aprendizagem também foi investigada. O discurso de diretores e professores foi analisado com o objetivo de identificar quais fatores eles consideram importantes na determinação do aprender ou não aprender.

A análise dos resultados foi dividida em cinco categorias: “1) causas centradas na criança; 2) causas centradas na família; 3) causas centradas no professor; 4) causas centradas na escola; 5) causas centradas no sistema escolar” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 199). Para as 08 diretoras entrevistadas e 40 professoras escutadas, o fracasso escolar é motivado por questões referentes à criança e à sua família. Referente a fatores internos à instituição escolar, todos os diretores, e 35% dos professores, referem existirem problemas centrados na figura do professor (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Apenas 37,5% dos diretores e 22,5% dos professores se referem que as causas do fracasso escolar podem estar localizadas na instituição escolar.

Moysés e Collares (2010) referem que o mesmo processo de individualização de um problema coletivo que acontece na culpabilização das crianças e famílias, ocorre quando se culpabiliza o professor, pois é um raciocínio fundado na individualização do coletivo. Centrar as causas do fracasso escolar em qualquer segmento, seja a criança, a família, ou o professor, somente constrói um empecilho ao avanço das discussões na busca de propostas possíveis (MOYSÉS;

COLLARES, 2010). Desse modo, o processo pedagógico que deveria ser o objeto de reflexão e de mudança fica mascarado pelo diagnóstico e pelo tratamento individualizado do problema, perpetuando a lógica da culpabilização da vítima e levando a estigmatização de crianças sadias. Portanto, responsabilizar ou vitimizar um ou outro pelo fracasso escolar, foca no individual e fecha a problemática em uma argumentação reducionista, isolada e fragmentada de um fenômeno complexo. Faz-se necessário, então, aprofundar a análise levando em conta os diferentes fatores relacionados, seu contexto sócio-político e as condições nas quais os fenômenos são produzidos.

Confirmando estas reflexões, a pesquisa conclui que entre as 75 crianças estudadas, 71 não apresentam doenças, orgânica ou emocional, que possam comprometer seu aprendizado, tem problemas “normais” de saúde e de vida e “[...] apenas o expressam de acordo com os valores do meio social em que se inserem. Uma expressão que não é reconhecida [...] Não está inscrita nos instrumentos de avaliação, nos testes de inteligência e de prontidão.” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 210 e 211). À respeito da estigmatização de crianças, principalmente àquelas que possuem um diagnóstico de dislexia ou TDAH, Guarido (2007) contribui referindo ser necessário libertá-las desse destino previsto pelo diagnósticos médico e encontrar na Educação uma possibilidade de não sujeição ao discurso psiquiátrico. Em consonância com as análises dos autores citados, Ribeiro (2015) compreende que o olhar clínico, além de cristalizar uma doença, pode também produzi-la, passando a ser a referência da pessoa e a explicação de seu ser, descrita por um código que representa uma sintomatologia.

O fio condutor do percurso no qual os distúrbios relacionados à escolarização surgiram como entidades nosológicas e, como tal permanecem, na atualidade, como doenças neurológicas, entrelaça alguns estudos específicos, que visam atestar a deficiência do lado da criança. Portanto, há mais de um século procura-se localizar no indivíduo justificativas biológicas para a não aprendizagem escolar. Moysés e Collares (2010) apresentaram um breve histórico dessas raízes científicas das supostas disfunções neurológicas e afirmam que desde 1986 sucedem-se hipóteses de doenças neurológicas que comprometeriam exclusivamente o aprendizado e/ou o comportamento das crianças. Segundo elas, essas hipóteses jamais foram comprovadas e sempre foram criticadas dentro da própria medicina, transmutando-se da hipótese vigente em uma nova, “diferente e absolutamente igual” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 74).

Em 1986, James Hinshelwood, oftalmologista, a partir do contato com alguns casos de cegueira verbal, postulou a existência de cegueira verbal congênita, distúrbio de leitura que seria provocado por um defeito genético (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Em 1918, Strauss, neurologista americano, especulou a existência de uma lesão cerebral pequena demais (Lesão Cerebral Mínima-LCM), mas suficiente para comprometer exclusivamente o comportamento e/ou aprendizagem (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Em 1937, surge um novo personagem nessa trajetória, Bradley,

neurologista americano realizou uma experiência com crianças e adolescentes abrigados em asilos e orfanatos, dando-lhes drogas psicotópicas. A partir dessa experiência mal explicada e sem o mínimo rigor metodológico, o autor concluiu que com o uso de anfetaminas todas as crianças com problemas de comportamento ou aprendizagem apresentaram melhoras significativas de todos os sintomas (MOYSÉSE; COLLARES, 2010). Já em 1962, realizou-se em Oxford um workshop internacional, reunindo equipes de pesquisa que se dedicavam, desde 1918, a encontrar a lesão preconizada por Strauss, a LCM, todavia, sem sucesso. Moysés e Collares (2010) referem que o erro de Strauss foi considerado parcial e conceitual: “se não havia lesão, só podia ser uma disfunção!” (p. 77). Assim nascia a famosa Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e dessa história, surge anos mais tarde, o popular TDAH.

Moysés e Collares (2010) afirmam que todas essas hipóteses devem ser lidas no contexto da tendência constante da sociedade em discriminar os comportamentos tidos como diferentes dos socialmente estabelecidos como “normais”. Segundo elas, as formas como foram tratados os comportamentos “desviantes” ao longo da história do homem é um eixo central para se apreender porque a medicalização é tão facilmente aceita e disseminada, uma vez que responde a anseios da própria sociedade pelo cumprimento das normas sociais. Em síntese:

essa história fala de um construto ideológico, sem qualquer embasamento científico, que muda constantemente de nome e aparência, sem que se altere nada em sua essência, isto é, a biologização de seres culturais, datados e situados nas palavras de Paulo Freire (1976), na busca de homogeneidade da humanidade, com rotulação e estigmatização dos que não se submetam. (MOYSÉS; COLLARES, 2010 p. 82)

Portanto, as autoras recuperam uma história de hipóteses, teorias, autores, fatos e mitos que, desde 1895 até os dias de hoje, tentam comprovar a existência de distúrbios de aprendizagem. Isso nos leva a indagar por que tantos profissionais defendem, veementemente, a existência de um problema cuja origem sequer foi demonstrada? Pereira (2010) ajuda a responder, dizendo que a indústria farmacêutica inegavelmente movimentou a economia em torno de uma fábrica de falsos diagnósticos e prescrições de metilfenidato. Moysés e Collares (2010) complementam, referindo que a resposta da sociedade sempre foi no sentido de biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflitos, talvez por que era de interesse da sociedade isentar-se de responsabilidade pela questão. Compartilhamos com a opinião de Pereira (2010) que critica as pretensões científicas por trás das medições das capacidades humanas, ressaltando que estas devem ser rejeitadas para subverter a lógica medicalizante que habita com tamanha força o imaginário social.

Diante das reflexões feitas, concluímos que é preciso superar a forma individualista de analisar o problema do “fracasso escolar” e agregar ao debate outros elementos, além do aluno e sua

família, como: professores, gestores, políticas públicas para a educação, sistema sociopolítico e econômico em que o país está inserido. Assim, podemos compreender a importância de conhecer, também, enquanto psicólogos e psicólogas, como as políticas públicas são implantadas, as questões postas pelos educadores bem como suas condições de trabalho. Apesar de reconhecermos a importância deste amplo contexto para o entendimento do fenômeno, abordá-las todas aqui ultrapassaria os limites deste trabalho.

Portanto, discutir sobre os problemas da educação não deve resumir-se a buscar explicações para um ou outro aluno daqueles classificados como os que vão mal na escola, mas compreender como o mau desempenho é resultado das interações escolares para, a partir daí, pensar novas formas de crianças e profissionais operarem tais relações. Souza (2010) chama a atenção para a gravidade desse momento histórico, por sabermos que todo este processo acontece em um dos piores momentos de avaliação da qualidade da escola pública e privada oferecida às crianças e adolescentes brasileiros sem isto ser considerado.

Desta forma, compreende-se aqui que o recurso à técnica, seja ela a dos manuais de psicologia ou do discurso médico, tem tido efeitos não pouco nefastos sobre o discurso pedagógico nos tempos contemporâneos (GUARIDO, 2007). As dificuldades enfrentadas no processo de escolarização, interpretadas como dificuldades de aprendizagem, estão vinculadas a uma série de fatores interligados que as produzem em seu dia a dia e que podem ser interpretadas como um apelo ao silenciamento dos conflitos humanos (GUARIDO, 2007). Entendemos estes fatores como não restritos à dimensão biológica, orgânica que transforma diversidade e singularidade das expressões e manifestações humanas em sintomas de supostos transtornos mentais como compreende a lógica da medicalização. Portanto, a autora pontua, e nós corroboramos, que esta perspectiva simplista deve ser objeto constante de crítica em direção à redefinição do ato educativo.

Nosso percurso até aqui buscou analisar a cultura de medicalização da vida. Entendemos que a biologização da vida, e podemos incluir aqui o TDAH, é uma das expressões da medicalização contemporânea. No campo dos estudos críticos sobre a medicalização, encontramos muitas pesquisas realizadas em diferentes áreas - escolar, assistencial e clínico, por exemplo - que trazem a enunciação de educadores, psicólogos, médicos. Porém, percebe-se uma escassez de trabalhos que incluam as narrativas de crianças em processo de medicalização. A fim de analisar a repercussão da crítica à medicalização através de trabalhos nas áreas de Psicologia e Educação, que incluíssem a escuta das narrativas infantis, empreenderemos uma pesquisa teórica. Nos perguntamos em que medida os trabalhos que privilegiam as narrativas infantis e suas manifestações singulares sobre o processo de medicalização podem contribuir para que tais manifestações não sejam tomadas como um fenômeno exclusivamente individual, mas como um processo que é atravessado por

discursos de poder, pela história e pela cultura? Como as pesquisas analisam as narrativas das crianças sobre o processo de medicalização?

## 5 MÉTODO

Do ponto de vista do tipo de estudo, a presente proposta se utilizará do método de pesquisa qualitativa. Trata-se de um estudo que terá como ferramenta para a coleta de dados uma revisão bibliográfica da produção acadêmica nacional sobre o tema ‘medicalização de crianças’ entre pesquisadores brasileiros das áreas de educação e psicologia, e mais particularmente os trabalhos que incluíram as narrativas de crianças em suas pesquisas. Portanto, o objetivo desta pesquisa é, a partir de um levantamento bibliográfico, verificar como as pesquisas analisam as narrativas das crianças sobre o processo de medicalização.

A respeito do método qualitativo de análise, Minayo (2010) define-o como sendo aquele que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam” (p. 57). Para tanto, como esclarece Minayo (2010), a pesquisa qualitativa requer algumas atitudes fundamentais do pesquisador: a flexibilidade e a capacidade de interação com os atores sociais envolvidos, por exemplo. Afinal, esse método abarca indagações que se aplicam a todo o dinamismo da vida, tanto individual quanto coletiva.

Essas observações são utilizadas na análise das categorias temáticas afinal, o fenômeno, no estudo em questão, será a forma como as pesquisas analisam as narrativas das crianças sobre o processo de medicalização. Os significados dados a essas narrativas serão aquilo que analisaremos a fim de capturar o entendimento dado a este fenômeno, pelas pesquisas analisadas.

Para finalizar a discussão em torno do método qualitativo, Turato (2003) aponta que o pesquisador é visto também como um *bricoleur*; o qual produzirá um novo objeto a partir de pedaços e fragmentos de outros objetos. Assim, segundo o autor, sem um plano muito rígido e diante da diversidade de materiais empíricos que podem ser utilizados, tudo aquilo que o pesquisador encontrar pode servir como objeto para o que ele está compondo. Assim, o pesquisador tem papel chave no trabalho por suas escolhas e conduções.

Ainda como instrumento metodológico, a pesquisa buscou alicerce no paradigma indiciário. Como nos apresenta Ginzburg (1989), este paradigma tem como característica intrínseca a busca pelo detalhe não evidente, pelo elemento que distingue dois semelhantes. Segundo essa concepção divinatória, os sinais são o objeto de busca do pesquisador e, a partir deles, é possível compreender o que está sendo estudado. Este instrumento admite comparações, mas não generalizações, uma vez que seus códigos são expressivamente individualizantes.

Portanto, durante o processo de pesquisa preocupamo-nos mais com o processo e menos com o produto do trabalho; a análise dos dados tendeu a ser indutiva, como aponta Turato (2003), fomos um *bricoleur*; e o foco da pesquisa foi captar os sentidos constituídos no interior da realidade

pesquisada. Os caminhos que foram percorridos e os achados ao longo dele não foram passíveis de previsão, pois cada nova pista encontrada interferiria nas escolhas e nos passos seguintes.

O início da pesquisa se deu com a definição dos sítios de busca das dissertações, teses e artigos a serem analisadas. Considerando a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES) e seus esforços em registrar e divulgar a produção acadêmica nacional, o Banco de Teses do endereço eletrônico da CAPES passou a ser ferramenta principal para o levantamento dos trabalhos, tendo em vista o pequeno número de artigos científicos publicados sobre esse foco, conforme consulta ao SCIELO, Google e Google Acadêmico. As palavras-chave de todas as buscas nas ferramentas de pesquisa foram as expressões “medicalização” e “medicalização criança”.

Os catálogos, como exemplo o catálogo da CAPES, são organizados em torno de alguns conceitos: pela ideia de acumulação; de dominação de um campo de produção de um conhecimento; pela possibilidade de otimização da pesquisa; pelo mito da originalidade do conhecimento e pela imagem de conectividade (FERREIRA, 2002). Assim, os catálogos se instalam criando condições de circulação e intercâmbio entre a produção construída e aquela a construir.

O levantamento teve início com o rol de expressões de busca dos textos referentes a medicalização de crianças. Refinamos a busca na Plataforma CAPES as áreas de conhecimento educação, psicologia e saúde coletiva e encontramos 8.655 resultados. No site *Scielo* foram encontrados 35 resultados. No *Google Acadêmico* a busca realizada encontrou 19.700 resultados. Estes resultados demonstram que o tema medicalização infantil é muito pesquisado e estudado. Porém, o número de pesquisas sob o tema medicalização com narrativas de crianças foi muito restrito. Ou seja, há muita discussão teórica e poucas pesquisas empíricas realizadas com crianças. Gostaríamos de frisar que nosso trabalho, apesar de termos realizado uma pesquisa incessante, não pretende abordar todos os trabalhos produzidos sobre medicalização com crianças, apenas apresentamos uma amostra considerada útil para as análises propostas.

Procedeu-se, então, à leitura dos títulos e resumos resultantes desse primeiro levantamento e realizou-se uma primeira seleção das que tinham o mesmo objeto de estudo que o nosso. Foram selecionadas, nessa fase, as que tinham como objeto explícito, mesmo que a expressão não fosse empregada para nomeá-lo. Portanto, utilizamos o seguinte procedimento de coleta de dados para a triagem das pesquisas: 1- Pesquisa no campo “Assunto” no portal da CAPES e no local “Pesquisa” dos demais sites com os indicadores já anunciados; 2- Leitura dos títulos dos trabalhos; 3- Leitura integral dos resumos destas pesquisas previamente selecionados a partir dos seus títulos e 4- Leitura integral dos trabalhos escolhidos a partir da leitura dos resumos. Tomou-se como critério que a leitura e análise dos resumos poderia assegurar a aproximação aos artigos de real interesse, seguida da leitura na íntegra, possibilitando a seleção da temática em questão e evitando a perda daqueles que, por acaso, fossem importantes para o estudo.

Ao final dessa seleção, foram localizadas 07 pesquisas, das quais 02 teses de doutorado, 03 dissertações de mestrado e 02 artigos científicos (produzidos a partir de pesquisas de mestrado e doutorado), no período de 2008 a 2017. Os 07 registros considerados foram lidos exhaustivamente e analisados em relação aos seguintes aspectos: instituição; área de conhecimento; tipo de estudo (metodologia); instrumentos utilizados; público-alvo; principais resultados e conclusões; entre outras características ou informações. Essas informações foram alocadas em quadros, para melhor organização (ver Anexo A) e a discussão desse panorama será realizada nas considerações finais do trabalho.

Assim, seguindo uma das possibilidades também indicadas por Ferreira (2002), a leitura dos textos teve dois momentos distintos. O primeiro, de leitura dos resumos, permitiu analisar o panorama da “produção acadêmica através da quantificação e da identificação de dados bibliográficos, com o objetivo de mapear essa produção num período delimitado, em anos, locais, áreas de produção” (Ferreira, 2002, p.165). Pudemos visualizar, nesse momento, uma narrativa da produção acadêmica que muitas vezes revela a história das pesquisas ao longo do tempo.

Além disso, essa leitura dos resumos possibilitou selecionar os trabalhos que indicavam relação com o tema estudado para a posterior leitura na íntegra. Houve ainda trabalhos cujos resumos indicavam afinidade com a temática ampla da pesquisa, os processos de medicalização da vida e/ ou de crianças, mas deixavam claro não tratar do objeto específico/ público-alvo/foco do presente estudo: a medicalização infantil, especificamente as narrativas infantis como material de análise.

Portanto, foram deixados de fora aqueles trabalhos que, embora estejam dentro da temática de medicalização infantil não priorizavam a escuta de crianças. São exemplos: a análise de prontuários e/ou documentos de crianças; pesquisas com pais, professores, cuidadores, com foco na medicalização infantil, mas que não davam protagonismo as falas das crianças. Foram eliminadas também as pesquisas que tratavam da medicalização do parto, cuidados paliativos a domicílio, vacinação, anomalias fetais e reflexões em torno do ideário paliativista.

No segundo momento, após a escolha dos resumos que apontavam afinidade com a pesquisa, foi feita a leitura integral de trabalhos selecionados. A leitura na íntegra possibilitou uma análise mais aprofundada da pesquisa recente sobre a medicalização infantil. A leitura exhaustiva dos textos foi norteada pelos seguintes questionamentos: 1) Está presente no texto uma definição de medicalização? Qual o suporte teórico a ancora?; 2) Há uma crítica a classificação dos distúrbios de aprendizagem e TDAH como entidades nosológicas?; 3) As pesquisas analisaram as histórias de vida dos sujeitos a fim de distinguir o uso apropriado de medicamentos do uso imprudente?

Segundo Bardin (2006), a exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro são uma etapa importante da análise dos dados, porque vão

possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta análise possibilita estruturar a forma como as pesquisas percebem e organizam suas ideias sobre o que chamamos aqui de processo de medicalização. Ferreira (2002), no mesmo sentido, escreve que a metodologia das pesquisas do “estado de conhecimento” são de caráter inventariante e descritivo buscando investigar o fenômeno analisado à luz de categorias e facetas.

Procurou-se identificar nos trabalhos, portanto, a presença ou ausência de uma visão crítica sobre o fenômeno da medicalização, o modo como discutem as classificações diagnósticas, se as histórias de vida dos sujeitos estavam presentes na pesquisa e como tais histórias foram usadas para elucidar o cenário apresentado pela criança em processo de medicalização. No cerne dessas análises questões fundamentais como as teorias, os métodos e as concepções da medicalização infantil predominantes nestes trabalhos poderiam revelar a maneira pela qual o objeto da pesquisa foi compreendido e estudado.

A leitura dos trabalhos a partir das perguntas colocadas e sobretudo, levando em consideração os objetivos das pesquisas, nos levaram a uma classificação das pesquisas em dois conjuntos. 1) Trabalhos que tiveram como objetivo principal buscar os significados e sentidos atribuídos pela criança aos seus sintomas. Neste caso, são três pesquisas sustentadas no referencial teórico psicanalítico. 2) Estudos que investigam como os sentidos construídos sobre o diagnóstico repercutem na vida escolar, na socialização e na aprendizagem escolar da criança.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nas análises das 07 pesquisas, privilegamos como nosso foco o objetivo de pesquisa de cada uma delas e as agrupamos em dois eixos conforme seus propósitos. A saber, o primeiro eixo, denominado: os significados e sentidos atribuídos pelas crianças aos seus sintomas e o segundo: como os sentidos construídos sobre o diagnóstico repercutem na vida escolar, na socialização e na aprendizagem da criança. Os trabalhos poderiam ser explorados através de outros focos de leituras, diferente de seus objetivos, e dessa forma, provavelmente, outros resultados seriam encontrados.

### 1. OS SIGNIFICADOS E SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELAS CRIANÇAS AOS SEUS SINTOMAS

Este eixo é composto por três pesquisas que, de forma geral, tiveram como objetivo principal buscar os significados e sentidos atribuídos pela criança aos seus sintomas. As três pesquisas estão sustentadas no referencial teórico psicanalítico.

A primeira pesquisa analisada (1A), dissertação de mestrado da Faculdade de Ciências e Letras de Assis- UNESP, *“Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação”* (Barbosa, 2008), teve como objetivo compreender o significado atribuído por crianças aos seus sintomas de agitação e dificuldades de concentração, bem como ao uso da medicação no intuito de eliminá-los. Realizou-se uma escuta psicanalítica de duas crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1997) e entrevistas semi-estruturadas com suas mães. O conjunto das análises permitiu considerar que as manifestações de agitação e desatenção são formas importantes de comunicação dos sofrimentos psíquicos dessas crianças e, enquanto dispositivo utilizado para eliminar tais sintomas, a medicação parece desencadear um preocupante estado de aderência ao discurso social, uma vez que o “bom desempenho” é atribuído pela criança ao medicamento.

O trabalho entende as manifestações de agitação e desatenção das crianças diagnosticadas com TDAH como uma forma de anúncio de seus sofrimentos psíquicos. A medicação, enquanto dispositivo utilizado para eliminar tais sintomas funcionaria, segundo a autora, como um mecanismo de negação da realidade psíquica e dos conflitos/sofrimentos. Assim, a dissertação considera que o diagnóstico do TDAH reduz a complexidade da vida psíquica infantil a um paradigma simplificador e biologizante. A tentativa do trabalho foi de buscar as vozes de crianças,

analisando que significados conscientes e inconscientes elas atribuem aos sintomas e à medicação que utilizam para a partir daí ser possível avaliar o uso prudente ou imprudente da droga.

O trabalho foi realizado em uma escola na região sul do Estado de São Paulo e contou com a participação de duas mães e seus respectivos filhos, a saber: Fátima, mãe de Júlio de 08 anos e Juliana, mãe de Sofia de 10 anos. Júlio, a primeira criança analisada, é medicado e diagnosticado desde os 3 anos de idade por ser nervoso e agitado. Sofia, a segunda criança analisada, foi encaminhada para especialistas na pré-escola por escrever ao contrário e ser considerada imatura pelas professoras.

Para a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, a pesquisadora solicitou às crianças que desenhassem pessoas agitadas e que contassem uma história sobre o desenho, colocando um título para a história. Após, realizou uma conversa com elas a respeito de suas produções. As entrevistas com as mães e os encontros com Júlio e Sofia foram redigidos pela pesquisadora após esses encontros, a redação seguiu a associação livre de ideias. Eis a história de Júlio, cujo título é “A amizade”:

*Um dia ele tava indo passear, ele encontrou um animal, aí ele deu meia volta e voltou, e encontrou de novo outro animal, ele fez a mesma coisa. Aí, ele encontrou uma bola, aí ele foi até a casa do amigo dele convidar ele para jogar bola, mas o amigo dele estava ocupado e disse: ‘volta depois’. Então, ele foi andando e encontrou um violão, e saiu cantando, aí ele foi até a casa dele pegou a bola e foi chamar o amigo e eles ficaram jogando bola até escurecer. Aí acabou.*

Na conversa entre a pesquisadora e o menino, o mesmo refere que a criança agitada da história tem amigos, mas “às vezes eles não querem mais brincar” e que é difícil fazer amigos porque “às vezes ele faz coisas erradas e não querem mais ser amigo dele”. Ao ser questionado o que faz de errado, diz não saber. Ao ser indagado que apesar disso ele conseguiu um amigo para jogar bola, responde ter sido porque ficou calmo. Segundo a mãe, antes de ser medicado, Júlio revidava quando algo lhe desagradava, não conseguindo conter-se e acabava por perder o recreio na escola. Depois da medicação, Júlio não revida mais, relata chorando aos inspetores o ocorrido e não perde mais os intervalos.

A mãe acredita que o medicamento é a opção mais acertada para o caso de Júlio, pois ela se preocupava muito com a sua sociabilidade, temia que ele não tivesse amigos. Em entrevista, ela lembra que o filho já estava se sentindo sozinho e rejeitado, dizia que seus amigos não queriam mais brincar com ele, ao passo que depois da medicação o garoto não reclama mais. A mãe lembra que há poucos dias Júlio veio lhe contar a respeito de um amigo seu, dizendo que este estava fazendo tudo errado, pois as pessoas queriam ser amigas dele, mas ele parecia não querer, uma vez

que ficava mexendo com todo mundo. Júlio fala para a mãe que ele próprio não faz mais isso. A mãe conta também que Júlio disse a outro amigo que este estava muito nervoso, sugerindo que ele tomasse um remédio para se acalmar. O amigo, interessado, perguntou a Júlio se funcionava mesmo; o menino disse que sim e que traria um comprimido para ele tomar.

Já no caso de Sofia, na análise da autora, não estava sendo possível para a criança explorar e conhecer questões sobre a sua história (sua filiação/ paternidade) e em consequência deste impedimento, não lhe é possível explorar e conhecer os conteúdos escolares de forma satisfatória. Os sintomas de déficit de atenção e agitação na menina, segundo a autora, são defesas estruturadas que buscam evitar o contato com o conhecimento, principalmente o conhecimento a respeito de si mesma. Segue sua estória:

*“Um passeio maravilhoso”:*

*Um belo dia, uma menina chamada Mariana estava muito agitada porque iria a um passeio com a escola, e ela não sabia o que fazia, se jogava futebol, se jogava vôlei ou pensava no passeio. E sua mãe falou para ela, que era para ela pensar no passeio, mas não ficar tão agitada como ela estava. E chegou uma amiga da mãe de Mariana, e a mãe dela falou que ela estava muito agitada mesmo pelo passeio, e a mãe de Carolina falou que ela estava igualzinha, não pensava em outra coisa e não sabia o que fazer. E chegou a noite, Mariana não conseguia dormir pensando no passeio de amanhã; e a mãe de Mariana falou que ela tinha que dormir, senão ia demorar para chegar amanhã e ela ir ao passeio. Então, Mariana fechou os olhos e conseguiu dormir. Então, Mariana acordou no outro dia, e a mãe dela falou assim: “– Viu, Mariana! Você dormiu, chegou rápido o passeio”. Então, Mariana foi ao passeio, ela contou tudinho para a mãe, que foi maravilhoso o passeio, e depois que ela chegou, chamou sua amiga Carolina e Carolina foi à casa de Marina e elas brincaram uma tarde inteira.*

Na conversa entre Sofia e a pesquisadora, a última a indaga sobre o que a mãe de Mariana poderia fazer para ajudar sua filha em sua ansiedade. A menina responde: “*não contar*”. A pesquisadora investiga mais a respeito desta “solução” e Sofia vai detalhando como ocultariam esta informação sobre o passeio: mãe e professora acertariam os detalhes após terem ordenado que Mariana fosse brincar, e, somente no dia do passeio, após ela ter dormido, a mãe lhe comunicaria que naquele dia ela teria um passeio para ir. Na análise da autora a respeito destas questões, existe algo que perturba, que diz respeito a Sofia e que ela anseia por saber, mas tem medo do que pode causar com seus questionamentos (em determinado momento da conversa, Sofia compara-se com Mariana dizendo que ela também fica muito preocupada, por exemplo, quando tem jogo: “– *Fico preocupada porque o professor pode ficar bravo*”). Ante essas colocações, a pesquisa considera a agitação ou a ansiedade de Sofia como defesas diante de suas angústias e sofrimentos, que originam-se do desejo e do temor de conhecer o que está oculto.

A pesquisadora então esclarece a Sofia que Mariana já sabe do passeio e novamente a questiona como a mãe poderia ajudá-la em sua ansiedade. Sofia explica que a mãe deveria procurar um médico e ele daria a Mariana um remédio para ajudá-la. A pesquisadora questiona novamente se ela acreditava que o médico e o remédio eram a solução, ao que Sofia responde:

*Sofia: “-Sim, mas ela precisa procurar acreditar que o remédio vai ajudá-la”*

*Pesquisadora: “-Então essas três coisas é que poderiam ajudar Mariana: médico, remédio e a crença neste remédio?”*

*Sofia: “-É, o médico também poderia mandar Mariana para uma psicóloga, que iria conversar com ela, dizer que não é para ela ficar tão agitada e que ela precisa acreditar que o remédio vai ajudá-la”.*

*Pesquisadora: “- Mas e a Mariana, Sofia?”*

*Sofia: “- Ah, ela sozinha não consegue, não”*

*Pesquisadora: “- Então você acredita que só com estas coisas de que falamos seria possível para Mariana não ficar tão agitada?”.*

*Sofia: “- Acho sim”*

As dificuldades escolares e a imaturidade denominada pelas professoras, no caso de Sofia, levaram a mãe a procurar por especialistas (apesar de a menina também apresentar um grande temor de dormir sem a mãe no quarto). Atualmente, segundo a pesquisa, ela apresenta dificuldades de memorização dos conteúdos escolares, diagnóstico de TDAH, faz uso de Fluoxetina e Ritalina e acompanhamento psicológico.

Este caso, em especial, indica como principal agente de encaminhamento aos especialistas, a escola. Observa-se que a escola não foi inserida na discussão do caso, embora a pesquisadora questione a gama de estudos atuais que não consideram ou pouco abordam as variáveis sócio-históricas, seus processos educacionais, familiares e demais fatores qualitativos implicados na manifestação dos sintomas. Na análise feita dos dois casos, não se ampliou a discussão do território individual e familiar para questões escolares, sociais e políticas. O trabalho, a partir da escuta das mães e de seus filhos, alcançou seu objetivo seja ele, buscar o sentido atribuído pelas crianças aos seus sintomas, concluindo que as manifestações de agitação e desatenção são formas importantes de comunicação dos sofrimentos psíquicos e a medicação parece desencadear um preocupante estado de identificação ao discurso social nas crianças.

A segunda pesquisa analisada (1B), artigo publicado na revista “Nuances: estudos sobre educação”, “TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas” (SCHICOTTI, ABRÃO, JÚNIOR, 2014), fruto de uma

pesquisa de doutorado, teve como objetivo compreender os significados da sintomatologia do TDAH, suas relações com o processo de medicalização e os sentidos e significados apreendidos pelas crianças. Realizou-se o psicodiagnóstico, fundamentado na psicanálise, de três crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. O conjunto das análises permitiu concluir que as crianças tiveram poucas experiências de continência e tolerância à frustração; as fragilidades e incongruências do referido diagnóstico e que a escola utiliza a lógica medicalizante para solucionar os problemas encontrados com as crianças.

Os autores analisam o diagnóstico do TDAH, denominando-o de diagnóstico guarda-chuva: afinal, é muito difícil alguma criança e até um adulto não se sentir incluído nos critérios diagnósticos estabelecidos. Esclarecem que na sintomatologia apresentada pelo DSM-IV inclui-se quase tudo: defeito da atenção, da hiperatividade e da impulsividade, dando a impressão de que essa descrição sintomatológica está carregada de juízo de valor, sentido moral e muito vinculado às tarefas. O trabalho não pretendeu questionar a existência ou a validade do diagnóstico do TDAH; entretanto, a variedade das manifestações sintomáticas e das dinâmicas psíquicas apresentadas pelos casos estudados, segundo os autores, demonstraram as fragilidades e incongruências deste transtorno, revelando assim a urgência de novas pesquisas e questionamentos acerca desta problemática. Portanto, apesar dos autores não almejarem fazer um julgamento da classificação do transtorno como entidade nosológica, eles acabam o fazendo através de sua crítica a ampla sintomatologia do quadro e a real existência do transtorno.

Realizou-se um trabalho de psicodiagnóstico com três crianças alunas (Wendy, de 7 anos; João e Miguel, ambos com 9 anos) da rede municipal de ensino, diagnosticados com TDAH, em uso de Ritalina e/ou outros medicamentos e encaminhadas para atendimento psicológico. Os autores utilizaram as seguintes técnicas e procedimentos na pesquisa de campo, conforme a necessidade e contexto de cada caso atendido: entrevista com os pais; queixa livre e anamnese; ludodiagnóstico com a criança; Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema; Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD); entrevista semidirigida com os professores (que não aparece nos resultados da pesquisa) e entrevista devolutiva.

Os resultados da pesquisa indicaram em síntese: a existência de fortes conflitos edípicos; uma ligação forte e ambivalente das crianças com suas mães, demonstrada por meio de sentimentos de desamparo ou de desejos intensos de ter uma relação exclusiva com ela; intensas angústias ligadas à separação; sentimentos de ciúmes e curiosidades em relação à vida sexual da mãe; uma relação mais corporalizada com a mãe e predomínio de arranjos familiares onde a figura paterna pareceu ausente tanto no sentido concreto, quanto em sua função simbólica. Ou seja, segundo os autores, as famílias estudadas apresentaram dificuldades com relação às funções maternas e paternas.

Especificamente, segundo os autores, Wendy apresentou um funcionamento mais regredido e uma inibição intelectual, empregando satisfações auto-eróticas para lidar com suas ansiedades. Em seu brincar, os pesquisadores evidenciaram uma dependência em relação ao olhar do outro. Miguel, segundo eles, tivera uma mãe mais melancólica nos primórdios de sua vida e foi uma criança associada às perdas e frustrações de sua mãe. Interpretaram sua inteligência como desvinculada do afeto, configurando um ego com tendência a um funcionamento perverso. João, por outro lado, vivenciou uma mãe com muitas dificuldades de frustrá-lo e sua brincadeira mostrou-se mais empobrecida do que das outras crianças e com uma maior predominância da posição esquizo-paranóide, segundo suas interpretações.

A escuta das crianças, de suas famílias e de seus professores levou os pesquisadores a concluir que o TDAH pode ser mais uma das tentativas da lógica medicalizante de condensar – em uma única entidade nosológica – a multiplicidade das novas modalidades de mal-estar contemporâneo. Afinal Wendy, Miguel e João apresentaram, segundo suas análises, estruturação e dinâmicas psíquicas bastante distintas, corroborando com a ideia do “TDAH guarda-chuva” que abarca sintomatologias bastante genéricas que não dão conta de compreender a complexidade dos processos subjetivos.

Os procedimentos metodológicos utilizados, característicos de um psicodiagnóstico, cumpriram o objetivo do artigo, a saber conhecer um pouco do mundo interno das crianças, seus aspectos cognitivos e emocionais, bem como os psicodinamismos familiares. Portanto, este objetivo manteve a pesquisa em uma análise mais individualizante do processo da medicalização, não fazendo uma crítica contundente do fenômeno e de certa maneira reduzindo a complexidade humana a características individuais e familiares.

O artigo alerta que culpabilizar a família pelas dificuldades da criança também integra a lógica medicalizante. Menciona ainda o papel fundamental da instituição familiar para a formação do psiquismo infantil e que dinâmicas familiares despotencializadoras dificultam e até podem impedir o desenvolvimento de uma capacidade de pensar da criança. Apesar desses importantes esclarecimentos, os quais não discordamos, o artigo lido não apresentou questionamentos mais amplos sobre a vida dessas crianças e sua história, bem como das suas famílias. Não foram apresentadas as falas das crianças e nem de onde especificamente surgiram suas conclusões. Evidenciaram-se aspectos psíquicos individuais e familiares (angústias de separação, falhas na constituição do eu e do superego e nas funções materna e paterna) descontextualizados da sua história social, permanecendo assim, em uma visão mais reducionista das problemáticas humanas.

Porém, o artigo ampliou um pouco a análise ao trazer para o debate a fala dos professores e de outros atores do cotidiano escolar que expressaram de modo recorrente suas angústias vivenciadas em relação ao processo de inclusão escolar. Diante dessas dificuldades, a solução

encontrada pela instituição escolar foi o raciocínio medicalizante. Assim, na pesquisa em tela, os autores puderam perceber o quanto a escola não está preparada para lidar com a heterogeneidade de suas crianças, pois as angústias em relação às políticas de inclusão eram intensas, de modo que as soluções encontradas para lidar com essas dificuldades foram os encaminhamentos, as avaliações psicológicas e a prescrição de remédios. Essa realidade pode ser corroborada pelas palavras de alguns profissionais da escola entrevistados, talvez as únicas falas apresentadas pelo artigo:

*“Aquela sala tinha de tudo e mais um pouco! [...] 50% da sala com problema: ou problema de indisciplina, ou problema que tomava medicação, ou problema de mãe presa, drogada, ou problema de , [...] Eu tinha quase metade da sala na psicóloga. Eu tinha alunos que não podia virar as costas porque batia, brigava, mordida [...] Hoje em dia, porque hoje em dia não é mais como era antes. Antes você entrava pra ensinar [...] Hoje não. Você tem que separar briga, você tem que ouvir relato de mãe, é muita coisa [...]”*

*“Agora a criança recebe um diagnóstico e é medicada, elas melhoram!”*

*“A medicação mudou a vida dele!”*

*“Que lindo! Você está tomando o seu remédio!”*

Portanto, o artigo conclui a respeito da tendência dos educadores de fixarem-se na patologia dos alunos buscando, principalmente, estratégias individualizantes para lidar com seus comportamentos desviantes. Todavia, a pesquisa, no mesmo sentido, reforça a psicologização de problemáticas amplas e complexas e não considera, com o mesmo peso que os aspectos individuais, o contexto sócio-político. Em outras palavras: os autores argumentam ser muito difícil para a equipe escolar rever suas estratégias pedagógicas e propor novas formas de atuação e de relacionamento com seus alunos, porém a pesquisa também não os realizou.

Por fim, o artigo admite existir muitas lacunas em sua análise. Alerta ainda que as crianças possuem uma dimensão subjetiva que pode ser determinada por sua história familiar e cultural e que isto não encobre totalmente seu universo psíquico.

A terceira pesquisa analisada (1C), dissertação de mestrado da Universidade Federal da Bahia- UFBA, *“A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica”* (EDINGTON, 2012) teve como objetivo analisar a medicalização da infância e suas repercussões para a criança, ainda no exercício da constituição subjetiva, considerando o sintoma como forma de expressão singular do sujeito. A partir da teoria psicanalítica, foram utilizados fragmentos de um caso clínico. A pesquisa indica que as manifestações sintomáticas nomeadas no campo médico de hiperatividade podem referir-se aos embaraços vivenciados pela criança na operação lógica da separação. A autora pretendeu situar a discussão do trabalho deslocando o eixo do transtorno para o campo da

estruturação subjetiva da criança. O trabalho não compreende o TDAH como uma categoria diagnóstica, mas seus sintomas como diferentes formas de manifestação do sofrimento infantil e inerentes a constituição psíquica.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritiva, de natureza teórica e clínica, que articulou uma revisão aprofundada da literatura à construção do caso clínico, denominado de “o menino do pacote”, conduzido pela analista que o atendera durante 18 meses.

O menino do pacote é um garoto de nove anos, aqui denominado de Pedro, que recebeu um diagnóstico (no âmbito da neuropsiquiatria) de hiperatividade em comorbidade com dislexia e que, apesar de estar em tratamento neurológico, mantém um comportamento agitado e agressivo com os irmãos. Seus irmãos também receberam o mesmo diagnóstico e as mesmas recomendações médicas, embora respondam “bem” ao tratamento medicamentoso, na avaliação de sua mãe. Como suas manifestações sintomáticas insistem e se acentuam, Pedro é levado a ver uma psicóloga, para ser submetido a uma avaliação psicológica. O diagnóstico e o tratamento neuropsiquiátrico, no caso em tela, sustentam-se na hipótese de transmissão hereditária, isto é, em termos orgânicos.

Inicialmente, o menino supõe que também os seus irmãos serão atendidos pela analista, afinal seguiu a lógica do pacote. Pedro refere nunca ter conversado sozinho com seu neuropsiquiatra, de sempre ser atendido junto com os irmãos, “*Quando é dia de Dr. S., vai todo o pacote junto!*”. A autora interpreta essa queixa inicial como uma demanda da criança em falar sobre seu mal-estar e de ser escutado em sua singularidade.

Em uma sessão, ele afirma: “*Às vezes parece que estou em um roteiro de peça de teatro, só tem um jeito de fazer as coisas*”. E, a partir desse dito, a autora refere que Pedro começa a questionar qual a necessidade de tomar uma medicação que ele não entende para que serve. Em análise, o garoto afirma detestar tomar o remédio, e acha, inclusive, que este lhe faz mal. Quer saber como o remédio funciona no seu corpo, “*mas ninguém sabe explicar isso*”. Na fala da mãe sobre o pacote: “*eles têm a mesma dificuldade*”, contudo, com Pedro o remédio “*não dá certo, ele fica mais agitado*”. Ela relata também que a pessoa que trabalha na casa deles diz que “*quando ele toma o remédio deixa todo mundo doido*”. Pela análise da autora, o menino recusa-se a aderir ao diagnóstico de “hiperativo” e demanda um tratamento singular e não aquele ao qual está submetido. Ou seja, questiona a prática universalizante, a qual o envolve e a seus irmãos.

Os pais de Pedro são separados e ele gosta de acompanhar o seu pai, sempre que possível, para livrar-se das “frescuras” da mãe. Seu pai trabalha com o corte de carne. O menino identifica-se com o mundo masculino, com o corte de carne, com algo da dureza e brutalidade da atividade e também com as conversas sobre mulheres. O garoto diz gostar desse ambiente, pois ali o tratam como qualquer outro menino. O menino solicita à analista que vá à escola, porque também lá deseja ser tratado como os demais, quer sair do pacote de alunos que a escola denominou “de inclusão”.

Embora a pesquisa discuta em seus capítulos a infância aos cuidados da escola, da medicina e da psiquiatria, ao abordar os impasses da inclusão escolar neste caso em tela, faltou, um aprofundamento e uma articulação entre esses conteúdos levantados nos capítulos e o caso analisado. A queixa a respeito das manifestações da criança não partiu da instituição escolar e sim da familiar. Porém, algumas das conclusões da pesquisa incluem o universo escolar, no caso, a política de inclusão escolar.

Em síntese, os sentidos da medicalização enunciados pelas crianças nas três pesquisas analisadas são:

1A: Júlio e Sofia atribuem a medicação a melhora de seu comportamento e o controle de sua ansiedade, demonstrando um estado de aderência ao discurso social, ou seja, o seu bom desempenho é atribuído ao medicamento;

1B: a pesquisa não apresentou as falas das crianças e nem de onde especificamente surgiram suas conclusões referente aos aspectos psíquicos individuais e familiares do sujeitos estudados;

1C: Pedro demanda ser escutado em sua singularidade e questiona o uso da medicação, achando que o mesmo o faz mal. Solicita ainda a sua analista que vá até a escola, porque deseja ser tratado como os demais e não dentro da política pública da inclusão do TDAH.

Os principais dados teóricos discutidos pelas pesquisas relacionam-se com as questões apresentadas nos capítulos deste trabalho. As três pesquisas, em sintonia com este estudo, compreendem as manifestações de agitação e desatenção das crianças diagnosticadas com TDAH como uma forma de biologizar fenômenos da vida e, portanto, de reduzir a complexidade da vida psíquica infantil a um paradigma simplificador e biologizante.

Os autores das pesquisas demonstraram as fragilidades e incongruências do diagnóstico do TDAH, através de sua crítica a ampla sintomatologia do quadro e a real existência do transtorno. Portanto, os trabalhos não compreendem o TDAH como uma real categoria diagnóstica, estando esta entidade a serviço do movimento da medicalização da vida e ao controle social. Além disso, a pesquisa 2B através da fala dos professores extrai a angústia vivenciada em relação ao processo de inclusão escolar e refere que a solução encontrada pela instituição é o raciocínio medicalizante.

## 2. COMO OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE O DIAGNÓSTICO REPERCUTEM NA VIDA ESCOLAR, NA SOCIALIZAÇÃO E NA APRENDIZAGEM ESCOLAR DA CRIANÇA

Esse eixo apresenta quatro pesquisas que investigam como os sentidos construídos sobre o diagnóstico repercutem na vida escolar, na socialização e na aprendizagem escolar da criança. Duas pesquisas investigaram grupos de 15 e 06 crianças e, as duas últimas pesquisas possuem como metodologia o estudo de um caso.

A primeira pesquisa analisada (2A) é uma tese de doutorado da Universidade Estadual de Campinas, “*A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil*” (BARBARINI, 2016). Teve como objetivo principal analisar sociologicamente a inserção social da criança brasileira e a intervenção médica naquelas identificadas, no espaço escolar, como hiperativas e desatentas. As discussões apoiaram-se em um arcabouço teórico de influência foucaultiana e de princípios da Sociologia da Infância. Foram acompanhadas quinze crianças entre cinco e treze anos de idade, dentre as quais doze foram indicados pelas equipes escolares como portadoras de TDAH. O conjunto das análises permitiu considerar que a intervenção técnica-científica na criança hiperativa e desatenta na escola visa um sujeito adaptado a um determinado projeto de sociedade.

Esta pesquisa buscou colocar em outros termos as verdades instituídas sobre a condição da criança hiperativa e desatenta. Segundo a autora, os pequenos gestos infantis (agitação e desatenção, por exemplo) podem ser interpretados como resistências — um questionar as formas de submissão que tomam a criança como objeto—, e não como desvios ou patologias. Espera-se que a criança-aluno adapte-se e encaixe-se as normas escolares para ser reconhecida como indivíduo, caso contrário, ela se caracterizaria como uma “desviante” cujos comportamentos disruptivos explicam-se como sintomas de um transtorno mental.

A autora pondera ainda que o TDAH não é simplesmente uma descoberta científica, e sim uma categoria clínica concebida e materializada em um contexto social e histórico específico. Ela analisa que a intervenção médico-psiquiátrica — da qual o TDAH é um instrumento — é o procedimento por intermédio do qual se visa a garantir a boa socialização infantil (ou seja, a inserção social da criança conforme expectativas e normas sociais específicas). Portanto, este trabalho esteve implicado na luta contra a medicalização e patologização da vida infantil, enfatizando a dimensão política da escola, instituição, segundo a autora, regida pela mesma lógica da sociedade de classes.

As técnicas escolhidas para a coleta de dados empíricos constituem-se de entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas com professores e coordenadoras pedagógicas; entrevistas

semiestruturadas individuais e conversas não formais com as crianças (a pesquisa descreve mais detalhadamente três casos); observações participativas; entrevistas semiestruturadas individuais e conversas não formais com pais e/ou responsáveis legais de algumas dessas crianças. A partir dos casos descritos, a autora pode concluir que os encaminhamentos dos supostos casos de TDAH a especialistas partem, primeiramente, da identificação por parte da escola de comportamentos e rendimentos escolares desviantes de um padrão esperado e, em última instância, esse processo visa a garantir que os indivíduos e as instituições continuem a atuar como engrenagem de funcionamento de um projeto de sociedade. O TDAH, nesse sentido, permite individualizar, classificar, identificar os elementos desviantes e homogeneizá-los todos como crianças-aluno-problema.

Ora encontramos essa individualização na enunciação do professor *“Ele tem a inteligência dele, a gente sabe que ele é capaz, mas ele não controla” (Fala da Professora sobre Luan)*, ora nos registros de falas das crianças: *“Me distrair é um problema em quase todas as aulas. Em informática e educação física eu acho que quase nunca aconteceu”.* (Fala da criança- Luan).

A autora observa que apesar da posição ativa ocupada pelo professor, no que tange à iniciativa de reportar um comportamento ou desempenho problemático e indesejado ao especialista, esse profissional submete-se à verdade médica. *“Por isso que o nosso cuidado é esse: conversar com a família primeiramente, dizer o comportamento da criança, a gente fala como que a criança está na escola. Esse é o nosso cuidado para a família não achar que a gente está diagnosticando. Nós não somos médicos, isso eu já aprendi com os anos, que nós não somos médicos para diagnosticar.”* (Professora Eva). *“Mas não sei realmente se é TDAH. Ela toma medicação, mas a impressão que tenho é que ela antes e depois da medicação é exatamente a mesma menina. Na verdade, tenho até dó dela tomar um remédio tão forte. Conversei, inclusive, com a mãe que me disse que notou grande melhora na menina. Eu questionei e disse que para mim não há motivos para ela tomar o remédio. Mas que, é claro, quem teria que dar esse diagnóstico seria o psiquiatra, não eu.”* (Professora Isadora). As duas falas demonstram as experiências diante da legitimidade do saber médico:

Portanto, segundo as análises da tese, o medicamento, nesse mesmo sentido normatizador, é um instrumento por meio do qual o sujeito pode melhorar seu desempenho e rendimento escolar. A autora exemplifica essa situação através do caso de Danilo, cuja melhora no desempenho levou os professores a reconhecer o menino como um bom aluno: *“Quando eu não tomava remédio, os professores ignoravam minhas perguntas. Com o remédio eles não ignoram mais”.* Para a autora, o que Danilo denuncia a partir desse enunciado é um movimento de exclusão na escola de um determinado grupo de alunos. Segundo ela, ele delata ao mesmo tempo, a falta de soluções alternativas ao medicamento: *“Em alguns casos, os pais poderiam ter um reiozinh. [e] os professores poderiam dar mais atenção”.* Em outras palavras, a “eficiência” do laudo e do

medicamento resguarda o aluno da invisibilidade completa. Afinal, Danilo só se tornou visível (um bom aluno, ou mesmo um aluno hiperativo ou desatento) quando passou a fazer uso do medicamento.

A tese alerta também que o medicamento pode assumir um papel importante na relação entre pais, professores e crianças e, por vezes, atuar como “âncora de salvação”: se o problema é neuroquímico, individual, pais e professores e a criança, não teriam culpa e nada poderiam fazer senão procurar um especialista e seguir suas recomendações. Alguns professores manifestam uma crítica em relação ao uso do medicamento dentro das famílias [...] *A família começou a usar o remédio como a âncora de salvação. Aí o que acontece: ele trazia um problema, chamavam a mãe lá, poderia ter muitos testemunhos “olha, realmente foi ele que fez”. Aí a mãe falava assim: “ai, coitadinho, de certo está precisando aumentar a dose do remédio”, [...] “eu acho que ele não tomou o remédio direito de manhã”. Então, o que acontece: ela deixou de cobrar limites e regras dele e colocou a responsabilidade toda no medicamento. [...] E o pai, desde que ele começou a tomar Ritalina®, se afastou da vida [escolar] do moleque. [...] (Professora Amanda).* Outros, se identificam com os doutores e incentivam o uso do medicamento *“E quando o pai não vem com um remedinho, nós, já quase doutores, [dizemos] ‘olha, não está na hora de tomar um remedinho, procurar um médico?’ E isso nos parece que é a solução”. (Professor Jorge).* *“O Giovanni é um excelente aluno quando medicado, pois o que atrapalha é seu comportamento” (Professora Isadora)*

A autora coloca que talvez a estratégia mais eficiente de naturalização do TDAH e do uso de psicofármacos permite aos envolvidos retirar-se de um sentimento de culpa constante pelo “fracasso” de seu filho ou de seu aluno, ao mesmo tempo em que fornece às crianças novas formas de se constituir enquanto indivíduo: um indivíduo cujas ações e reações resultam de seu “problema” ou da não administração do medicamento. *“Eu sou hiperativo também, por isso que eu tomo remédio. Só assim eu consigo me concentrar na aula. Eu tomo às 8, ao meio dia e às 4, de 4 em 4 horas. Agora eu consigo ficar sentado, prestar atenção. Troca professor, eu troco o material sentado”. (Fala da Criança- Danilo)*

O medicamento também tem um significado para as crianças. Ao contrário de Luan, que afirma os efeitos negativos do tratamento psicofarmacológico, Danilo considera-o adequado. *“Já tomei remédio. Ritalina®! Eu ficava com sono. Dentro da sala de aula, caiu um lápis lá no fundo, eu olhava já. Eu ficava atento e sonolento. Você fica com aquele sono, aí, cai alguma coisa (e vira o rosto rapidamente para trás). Acho que o ruim desse remédio que eu tomei é que eu comecei a ouvir vozes. Tipo, eu ouço minha vó me chamando, eu vou lá e falo ‘quê, vó?’, ‘eu não te chamei’.[...] Quando eu tomava Ritalina®, piorou (eu lhe perguntei se ele havia notado alguma diferença quando parou de tomar o medicamento). Minha vó falava que eu ficava com tique, sabe?*

*Piscando duro, olhando pra lá, pra cima. Eu tive que tomar outro remédio pra parar com isso. Eu não gosto de tomar remédio”. (Fala criança-Luan); “Acho que o mais adequado para ajudar os hiperativos na escola é o remédio mesmo. Ah, em alguns casos, os pais poderiam ter um reiozinho. Já os meus pais nunca levantaram a mão pra gente, eles só pedem”. (Fala criança- Danilo)*

Apreende-se das críticas ao fenômeno da medicalização feitas pela autora um alerta as pesquisas que situam a questão do fracasso escolar no corpo do aluno (como decorrência de uma disfunção neurológica ou psicológica) e que culpabilizam crianças, pais e professores pela má escolarização. A pesquisa sinaliza que essa visão individualista perpetua desigualdades, estigmas e preconceitos historicamente originados e afirma que através de práticas sociais e institucionais e de intervenções nas relações familiares e escolares é que deveriam iniciar as ações técnico-científicas. Assim, a tese faz uma crítica ao fenômeno da medicalização que transforma questões coletivas, culturais e históricas em questões individuais, naturais e orgânicas. Em suma, a autora ressalta a importância da superação de análises que produzem o reducionismo de fenômenos complexos e a ruptura de concepções que centralizam no aluno a análise das diferentes situações e problemas que emergem no contexto escolar.

A segunda pesquisa analisada (2B), tese de doutorado da Universidade Federal da Bahia, “*A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*” (RIBEIRO, 2015), buscou investigar os fatores da escola que produzem dificuldades no processo de escolarização e que são interpretadas como resultantes do TDAH. Especificamente, objetivou reconhecer as queixas dos alunos relativas ao processo de escolarização; identificar experiências em relação às dificuldades enfrentadas na escola e identificar possibilidades de intervenção pedagógica na perspectiva da superação da medicalização. A pesquisa escutou seis crianças/adolescentes na faixa etária de onze a treze anos de idade. O conjunto das análises permitiu concluir que para a superação da medicalização na escola é preciso cuidar e educar a partir da construção de práticas e intervenções pedagógicas que acolham os diferentes modos de aprender e que criem condições para a construção dos conhecimentos sistematizados integrantes da proposta curricular nacional e a apropriação do patrimônio cultural, científico e tecnológico por parte das crianças e adolescentes em escolarização.

Conforme perspectiva de análise da tese, o diagnóstico de TDAH, serve, fundamentalmente, para o controle dos corpos e para a perpetuação da lógica da medicalização na educação, pois reflete a biologização dos fenômenos humanos e desconsidera o contexto sócio histórico em que são produzidos. Segundo a autora, sua sintomatologia refere-se verdadeiramente a diversidade e singularidade das expressões e manifestações dos sujeitos.

As crianças participantes da pesquisa: Messi, Goku, Bombeiros, Malu, Bombom e Zeus<sup>8</sup> foram encaminhados pela escola para serviços de saúde por serem considerados "portadores" de um suposto transtorno ou suposta dificuldade de aprendizagem. Na interpretação da autora, suas singularidades não foram acolhidas por desafiam os padrões abstratos de normalidade impostos e institucionalizados e, por isso foram submetidas a uma classificação- nos casos apresentados, o TDAH- que justifique a pretensa normalidade hegemônica instituída.

Portanto, a queixa de todos os seis participantes da pesquisa é proveniente da escola e as dificuldades enfrentadas no processo de escolarização foram interpretadas pelos educadores, nas palavras da autora, como um problema individual que demandava uma solução fora da escola. Portanto, as dificuldades foram centralizadas no sujeito, apesar de terem sido produzidas no contexto escolar. Situação exemplificada nas falas da mãe a seguir: *Aí foi que a professora falou pra mim 'mãe, a senhora precisa levar Bombeiros pra tomar um remedinho, que Bombeiros está muito agitado, muito nervoso'"* *Aí eu disse: 'meu Deus, eu vou marcar uma psicóloga no J., que eu moro lá próximo, vou marcar um psicólogo no J., depois eu disse: 'eu não quero que Bombeiros tome remédio, que eu estou vendo que Bombeiros não tem problema nenhum, que o problema de Bombeiros é na escola', aí ela disse 'ah mãe, mas tem que levar', que não sei o que, 'precisa de um acompanhamento, oh mãe, leve ele pra fazer tratamento, leve ele pra fazer um acompanhamento pra ver o que é que ele tem'"* (Responsável por Bombeiros).

Foram realizados 16 encontros grupais, o primeiro somente com os responsáveis, 15 encontros com as crianças/adolescentes, 01 com as crianças/adolescentes e os respectivos responsáveis, e o último de *feedback* e entrega do relatório individual com os responsáveis. Foram realizadas também análises de documentos, visitas as escolas com o objetivo de conhecer as queixas acerca do processo de escolarização e experiências dos participantes da pesquisa e uma visita domiciliar com a mãe de um dos participantes. Os Encontros foram gravados e filmados.

A autora conclui que também existem queixas dos estudantes em relação à escola, são elas: quantidade significativa de atividades (tarefas/deveres/exercícios) reprodutivas, repetitivas e cansativas; ausência de tempo e espaço para a realização de atividades criadoras ou recusa/impedimento da imaginação, da criação e da brincadeira; falta ou tempo insuficiente do recreio; limitação do acesso a recursos e materiais pedagógicos, como, computador, livros e jogos; inexistência de biblioteca e sala de informática; impaciência por parte dos profissionais da escola; ausência da escuta e do diálogo com os estudantes; falta de atenção da escola. Para exemplificar essas conclusões da autora, selecionamos algumas atividades que foram desenvolvidas nos grupos.

---

<sup>8</sup> Nomes auto-atribuídos pelas crianças no início da pesquisa

Quando julgamos necessário e útil apresentamos também a forma como elas foram desenvolvidas e as reflexões que foram produzidas a partir delas.

#### \* A FOTO DA ESCOLA

A atividade consistiu na elaboração de um desenho representativo de uma cena, situação ou local da escola de escolha do participante.



FIGURA 1- DESENHO DA ESCOLA DE MESSI

*"Os meninos tudo junto e as meninas também no pátio". "Eu desenhei a janela de lá da escola, dois meninos e duas meninas, o sol e as nuvens, eles estão brincando de, como é, eu me esqueci do nome da brincadeira, todo mundo fica fazendo uma roda aí entra uma pessoa e canta 'vai lá o quiabo no chão'." A história: "era uma vez dois meninos que brincavam de 'lá vai o quiabo no chão', aí duas meninas apareceram para brincar de lá vai o quiabo no chão e aí apareceu a diretora e falou que não pode brincar disso." Fez esse registro "porque todos estavam alegres. Como um repórter, eu tive a chance de tirar foto, aí eu peguei e tirei a foto." Messi informa que aconteceu no pátio da escola e comenta: "eu não gostei muito foi que a diretora disse que não pode fazer isso na escola." (Messi).*

*"Eu desenhei meu amigo, porque ele é minha pirração, fiz eu e meu amigo, porque ele é minha pirração e também desenhei a escola foguete porque é a minha criação". O que está escrito: "Goku e A. brincando juntos". Durante a realização da atividade Goku faz alguns comentários: "eu quero comprar um boneco daquele pra mim pra eu ficar assim mesmo oh, 'Chuck destrua aquele colégio*

*todo pra mim" Por que destruir o colégio? "Porque é chato". "Meu colega, ele que é a perturbação da minha vida" (Goku em 29.11.2013).*

#### \* OS PROFISSIONAIS DA ESCOLA



FIGURA 2- FOTO DA REPRESENTAÇÃO DA PROFESSORA DE GOKU

*"Essa é minha professora, eu gosto muito dela, ela tem sombrancelha, parecendo igual a minha, mas que não é. E os olhos e o nariz dela. Então, ela não tem uma boca, porque eu coleí assim mesmo, então essa parte aqui é a cabeça dela, o cabelo dela. Ela trabalha, ajuda os alunos e faz seus deveres, faz qualquer coisa, os alunos não ajudam, não. Ela só completa alguma coisa." (Goku em 22.11.2013).*

Além das conversas, foram realizadas duas atividades de representação: uma plástica, a construção de um boneco com materiais diversos; a outra dramática, a identidade secreta que consistiu na encenação da atuação de um profissional da escola.

Goku: sentado na cadeira, levanta e vai ao quadro *"então vamos começar com matemática, a gente vai aprender matemática, sabia"*, pega o piloto e escreve no quadro enquanto fala: *"então, nós vamos começar com a de mais"*, arma conta no quadro, olha em direção a sala e pergunta *"um mais um"*, *"muito bem! dois"*. Escreve no quadro olha para sala e pergunta: *"dois mais dois"*, escreve, *"quatro, muito bem"*, *"quatro mais quatro"*, *"oito"*. Bombeiros comenta como identificou: *"porque ele sentou ali, porque aluno não senta ali não, senta aqui oh"*, bate na carteira de aluno, *"eu vi ele escrevendo, aí identifiquei logo"*.

Bombom: sentado na cadeira da mesa de professor diz *"por que você bateu no menino?"* *"Por que está batendo no menino? venha cá agora!"*, escreve no papel e fala *"toma advertência de cinco dias"*. Zeus e Malu diz: *"diretor"*. Sobre o motivo da escolha Bombom comenta: *"porque eu gosto muito dos diretores"*.

A autora ressalta que as relações e o diálogo estabelecidos foram baseados nos papéis assumidos no contexto escolar e poucas situações retrataram momentos de construção de vínculo afetivo. As demonstrações de afetividade restringiram-se as manifestações de gostar e não gostar da pessoa.

#### \* OBJETOS SIGNIFICATIVOS NA ESCOLA

A atividade consistiu em trazer um objeto que gosta e outro que não gosta relacionado à escola, dizer o porquê da escolha do objeto e relatar alguma experiência vivida com o objeto. A seguir apresento um objeto escolhido e os comentários desenvolvidos:

*Malu: "é um livro, só que nesse livro tem várias matérias, na verdade é um módulo, tem português, matemática, ciências, história, geografia, filosofia, inglês, várias matérias misturadas". "Eu trouxe o caderno das matérias que eu gosto, a única matéria aqui que eu não gosto é geografia". Por quê? "Ah, porque a pessoa tem que prestar muita atenção, sabe, no texto, faz muita leitura, então eu acho que é pior que história. E a matéria que eu gosto, ciências, fala bem do corpo humano, entra mais em relação a gente, o nosso corpo, aí eu gosto, então eu gosto mais dessa matéria, ciências naturais, que fala sobre o corpo humano". Sobre a experiência com o material que trouxe: "na de geografia foi sobre um texto falando do nosso país, qual a maior quantidade de rebanho do nosso país, escrever tudo sobre, eu não gostei muito não, o texto era muito chato; e o de ciências foi o que eu mais gostei que a professora mandou elaborar um cartaz e colar as figuras do corpo humano em relação à gente, foi o que mais gostei".*

Das justificativas e relatos sobre o objeto, a autora refere ser possível reconhecer algumas queixas em relação ao processo de escolarização: a utilização de materiais e a realização de atividades desinteressantes, cansativas e chatas.

#### \* O CADERNO ESCOLAR

A proposta de abordagem dos cadernos não envolveu a análise detalhada e aprofundada de seus registros e conteúdo, a intenção foi conhecer os cadernos a partir da apresentação de seus próprios donos. De maneira livre, cada participante fez a filmagem de seu próprio caderno e apresentaram o que desejavam.

Zeus trouxe dois cadernos do ano de 2013. Na filmagem e apresentação narra: "[...] os cadernos serviam pra, assim, tipo revisão, pra poder a pessoa revisar o que já deu ou o que está dando ainda, pra reforçar, aí o caderno serve também para, como é o nome que se diga? Pra reforçar mesmo e para passar o dever e também reforçar a pessoa pra na prova já ficar sabendo e dar também o principal, porque o quê o livro não tem, o caderno tem, porque tem a maioria dos livros que não tem o principal, não tem o principal pra gente estudar, aí a professora pega, vai tirando de um em um pra gente não precisar estudar tudo, sabe, aí a gente, ela tira, olha lá, vai tirando, aí manda a gente copiar".

Na conversa sobre o caderno fala sobre o que escrevia: "várias cópias de livro que a professora manda fazer, mas também só o principal". E sobre o que mais gostava: "rapaz eu gostava mais da... das minhas letras e também, como é o nome, da organização do caderno que minhas letras fazia, chamava mais atenção assim e dos desenhos". Sobre os desenhos em seu caderno relata: "quando eu desenho parece que eu estou no paraíso, é que eu gosto mais de desenhar quando eu estou, como que diz, assim, feliz, agora quando eu estou triste, alguma coisa assim, eu não consigo desenhar mesmo, não consigo, já tentei, mas nunca consegui".

A autora analisa que em todos os cadernos apareceram o domínio da cópia, seja de textos, seja de apontamentos de revisão das disciplinas, seja de exercícios/tarefas. Ou seja, basicamente o caderno é utilizado para a cópia e atividades reprodutivas. Refere também que as expressões e os registros livres - desenhos, rabiscos, colagens -, além do nome de identificação, diferenciam o caderno próprio dos cadernos dos demais colegas: é um caderno que possui marcas, uma identidade. No caso dos cadernos dos sujeitos participantes da pesquisa, ela observou um maior uso direcionado, apesar dos registros livres aparecerem em quase todos eles. Ela interpreta que tal situação pode revelar o caráter impositivo e direcionador, disciplinador/controlador, do uso do caderno no início do processo de escolarização.

#### \* SOBRE GOSTAR E FAZER NA ESCOLA

Messi relata: "o que me deixa alegre é quando a pró deixa a gente brincar só mais um pouquinho quando a gente está dentro da sala, o que deixa triste é que a gente faz muito dever". O que mais gosta de fazer na escola? "brincar" O que menos gosta? "fazer muito dever". Em outra situação Messi comenta sobre o que gosta de fazer na escola - "coisas de fazer dever, ler e escrever e brincar" - e o que não gosta - "é quando, agora que não está tendo mais recreio, que não pode sair, aí quando a gente acaba o dever a pró já vai fazer dever de novo aí depois ninguém gosta".

Em uma conversa sobre o ambiente escolar, Zeus explica que fora da escola "eu sou mais... me sinto mais solto". Bombom: "na escola eu tenho muitos amigos do 6o, 7o, 8o, 9o". Malu comenta: "eu dentro da escola já sinto vontade de aprender e fora da escola, me sinto mais livre, de

fazer o que quero." Bombeiros: "na escola, no recreio, eu fico feliz". Goku fala que na escola se sente "feliz" e fora da escola "me sinto confortável".

Além das conversas, foi realizada uma atividade específica que envolveu o preenchimento de um quadro através do desenho ou da escrita das seguintes especificidades: a) gosto e faço; b) gosto e não faço; c) não gosto e faço; d) não gosto e não faço.

**a) Gosto - Faço:**

Messi: "Dever de português".

Goku: "Merendar". "Brincar". "Dever". "Pintar".

Bombeiros: "Atividade".

Malu: desenho de um caderno e uma caneta.

Bombom: "Eu gosto de ficar na biblioteca". "Brincar de pega-pega".

Zeus: "Atividade".

**b) Gosto - Não Faço:**

Messi: "De brincar em casa, mas na escola não pode brincar".

Goku: "Jogar no computador".

Bombeiros: "Conversar". "Jogar bola".

Malu: desenho de duas meninas correndo, uma atrás da outra.

Bombom: "Brincar de esconde-esconde e me esconder na diretoria".

Zeus: "Conversar".

**c) Não Gosto - Faço:**

Messi: "Dever de matemática". "Dever de inglês".

Goku: "Matemática".

Bombeiros: "Estudar".

Malu: "Conversar".

Bombom: "Dever".

Zeus: "Estudar".

**d) Não Gosto - Não Faço:**

Messi: "Não gosto de brigar".

Goku: "Bagunça". "Bater".

Bombeiros: "Brigar".

Malu: "Roubar".

Bombom: "Filar aula".

Zeus: "Brigar".

Na interpretação do trabalho, o fazer e o não fazer na escola podem revelar o que é permitido e o que não é permitido nesse contexto. Entre as manifestações dos sujeitos nota-se que a brincadeira, o jogo e a conversa são elementos que os participantes não realizam ou não podem realizar no contexto escolar, apesar de gostarem (o que pode significar que na escola o que os alunos gostam nem sempre é acolhido, nem sempre é permitido). Outro aspecto interessante apontado pela pesquisadora, é que para referirem-se ao que não gostam e fazem na escola, mencionam elementos que são próprios do contexto escolar: dever e estudar.

#### \* AS SITUAÇÕES DE DIFICULDADES ENFRENTADAS NA ESCOLA

Messi relata: *"é porque às vezes, quando a pró faz muito dever, eu não quero fazer um pouco, quando eu estou cansado, aí me enraivo, aí eu fico falando um bocado de coisa, falando 'não quero fazer dever não, num sei o que, não quero fazer o dever mais não' aí a pró: 'quer subir?', eu falo: 'não, não quero subir não', depois eu fico quieto."* O que provoca o cansaço: *"fazer muito dever, na hora que a pró entra já manda a gente beber água, levantar, e fazer muito dever, a gente faz primeiro no livro pra depois fazer no outro". Como poderia ser: "oh, primeiro um dever, aí depois o recreio, depois outro, aí 4 horas outro, pra não ficar toda hora cansado". Com muitos deveres "fico enraivado". Sobre o que precisa mudar para melhorar a escola, Messi acrescenta: "Está faltando ter mais recreio, que só é de três horas até três e vinte, e ter mais aulas, não faltar aula, mandar falar à mãe que não tem aula".*

Bombom: *"mais ou menos, porque tem algumas coisas que eu sei e outras não". Qual é a dificuldade: "prestar atenção".*

Zeus: *"Não presto muita atenção nas atividades da escola e também nos trabalhos"*

Bombeiros: *"dever, eu não faço, não consigo fazer". Por quê? "Eu não sei fazer".*

Sobre as dificuldades que enfrentam no processo de escolarização, as crianças/adolescentes narram situações diretamente relacionadas ao processo educativo: leitura e escrita; matemática; não saber ou não conseguir fazer dever; prestar atenção; bagunçar. A pesquisadora alerta que as situações narradas se relacionam às queixas escolares que foram atribuídas a eles e que os encaminharam aos especialistas. Situações estas, segundo ela, vinculadas ao processo de enraizamento cultural e as funções psicológicas superiores.

\* CARTA PARA A ESCOLA

Para escola:

Eu quero que minha escola tenha mais atenção nos alunos, também tenha mais recreio também tenha banheiro limpo, também tenha biblioteca, também mais professora. Messi Salvador, 18/02/2014

Eu espero que você seja legal comigo o ano todo. Professora seja mais calma!

Professora: N.

Malu!!!

Dona diretora eu quero que a senhora bote a sala de informática para funcionar para a gente mexer no computador e dar uma bela lavagem nos corredores e pintar as paredes da sala no I.

Nome: Bombom

Coração L.

Eu quero que a escola seja reformada. Sala de informática, brincar, atividade.

Data: 21/02/2014

Nome: Bombeiros

Para: A.C.

Data: 21/03/2014

De: Zeus

Para: R.

Senhora diretora eu quero que a senhora bote uma sala de informática e quero que aumente o ensino

Os desejos e expectativas de Messi, Goku, Bombeiros, Malu, Bombom e Zeus na interpretação da pesquisa são possíveis de serem realizados: recreio, brincadeira, atividade, ensino, professores(as), crianças, biblioteca, sala de informática, computadores funcionando, limpeza,

reforma, pintura, professores(as) legais e calmos, atenção, felicidade. Assim, surgiram as questões: afinal de quem é a falta de atenção? Somente das crianças e dos adolescentes?

Em síntese, na narrativa dos participantes dessa pesquisa foi possível reconhecer na escola a realização de atividades reprodutivas, desinteressantes e cansativas, que não tocam nem a imaginação nem seus sentimentos, e, como tal, permanecem alheias e distantes de sua compreensão. Articulada à queixa da excessiva quantidade de atividades reprodutivas, outra queixa destacada foi a ausência ou a limitação das atividades criadoras, dos processos de imaginação e da brincadeira.

Portanto, diante de uma perspectiva crítica de pesquisa e da escuta dos sujeitos alunos, compreendeu-se o fenômeno da medicalização de uma forma complexa, entendendo que os comportamentos e manifestações dos “alunos problemas” denunciam fatores da própria escola que produzem a dificuldade do processo de escolarização. Por último, as explicações de base biológica/orgânica dos estudantes revelam uma análise fragmentada e reducionista do complexo processo de escolarização, negligenciando os diversos fatores intervenientes desse processo.

A terceira pesquisa analisada (2C), dissertação de mestrado da Universidade de São Paulo (USP), “*Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização*” (GASPARETTI, 2011), teve como objetivo que a versão de cada um dos participantes possibilitasse a compreensão da história de escolarização da criança, da produção do diagnóstico, seu uso e efeitos na vida escolar. O conjunto das análises permitiu considerar que o diagnóstico de dislexia/TDAH parte do pressuposto que a dificuldade (“o não aprender na escola”) pertence somente à criança e a sua família, além de estabelecer limites a priori para o desenvolvimento do sujeito e criar relações estigmatizadas na escola. Concluiu também que as vozes das professoras denunciam que diferentes concepções de desenvolvimento, de aprendizagem e crenças sobre os alunos resultam em relações, ações pedagógicas e, portanto, possibilidades de aprendizagem também distintas.

Ao longo do trabalho, a autora questionou a existência do diagnóstico de dislexia e TDAH, buscando compreender como eles ainda vêm sendo feitos a despeito de tantas dúvidas sobre suas definições. O referencial teórico utilizado neste estudo baseia-se na concepção de Psicologia Escolar em uma perspectiva crítica, alicerçado no materialismo histórico-dialético, que considera existirem modos diferentes de ser e aprender e que as dificuldades de aprendizagem são produto da história de escolarização e produzidas nas diferentes formas de relação na escola. A base deste pensamento está em acreditar que todo saber científico é social, coletivo e histórico, resultado do processo de construção da cultura produzido por várias gerações (MEIRA; TAMANACHI, 2003). Portanto, apesar de tratar-se de um estudo de caso, a pesquisa busca analisar a história do processo

de escolarização, a produção do diagnóstico de dislexia e seus efeitos nas relações escolares de crianças de forma ampla, complexa e coletiva.

A pesquisa investigou o caso de Vinícius, 08 anos, estudante de escola pública (ensino fundamental I- 4ª série), em uso de Ritalina e que passou por um processo diagnóstico em uma organização não governamental que se denomina especializada em dislexia. Por meio de uma abordagem qualitativa de estudo de caso, foram realizadas entrevistas com a criança diagnosticada, a mãe, coordenadora pedagógica e professoras, além da análise do laudo realizado por equipe multidisciplinar daquela organização. As professoras entrevistadas foram: Profª Nanci da 1ª e 2ª séries; Profª Fátima, 4ª série e Profª Maria, 4ª série. O registro de todas as entrevistas foi gravado após consentimento dos participantes.

Para a mãe, Luciana, a questão principal de seu filho é sua dificuldade em aprender: alfabetizou-se, mas lê com dificuldade; não faz frases grandes, porém consegue se comunicar sempre que necessário. Resume o processo de escolarização dele como “bem atrasado”. Pelas interpretações da autora, em seu discurso, a mãe traz o tema das dificuldades escolares como um problema somente de seu filho.

Segundo conclusões do estudo, esta concepção individualista do problema instaurou um processo diagnóstico e um tratamento que constitui o processo de medicalização e de culpabilização da criança e de sua família pelo não aprender na escola. Expressões utilizadas pela mãe tais como “o mais atrasado” ou “não era tanto quanto ele” foram interpretadas como termos quantitativos para descrever o que falta para alcançar a homogeneização, o que falta para que a criança cumpra uma expectativa prévia. Na perspectiva do discurso de Luciana, segundo a autora, acaba-se responsabilizando apenas o indivíduo pelo sucesso ou fracasso sem considerar a realidade social vivida por ele, impedindo reflexões sobre intervenções possíveis nas relações escolares.

*Mãe – “Tinham algumas crianças também com dificuldades, mas não era tanto quanto ele. Ele era sempre o mais atrasado... Tanto que as crianças já saem do pré, com... sabendo já escrever, ler alguma coisa, conhecendo as letras, e ele não, não conseguia.”*

Portanto, pela análise da dissertação, o discurso materno carrega a ideia socialmente construída que deposita somente na criança as explicações pelas dificuldades no processo de escolarização e o conseqüente “fracasso escolar”. Esta forma de compreensão do problema, no entendimento da autora, ratifica a ideia de um diagnóstico na criança e tira de foco questões concernentes ao meio escolar. Sob este aspecto, ela questiona se em vez de um diagnóstico realizado em um consultório, por meio de testes padronizados e atividades que comprovam uma dificuldade em leitura previamente sabida, houvesse uma intervenção nas relações escolares

compreendendo-se que há diferentes formas de ensinar e aprender. Observou-se que baseada neste entendimento que a análise do caso foi concebida.

Nessa mesma direção, a autora conclui que Vinícius compartilha com as ideias de sua mãe e também entende que é responsável pela sua dificuldade: tem dislexia. Para ela, ter um diagnóstico de dislexia cristaliza um movimento, o processo dinâmico da aprendizagem, e estabelece limites a priori para o desenvolvimento do sujeito. Nos dois diálogos que seguem podemos compreender de onde surgem as interpretações da autora sobre a apropriação de Vinícius do discurso médico declarado de que ele tem uma doença.

[...]

*Pesquisadora – Então, você presta atenção.*

*Vinícius – Presto atenção de vez em quando, de vez em quando eu vou pra trás, não presto atenção no filme, fico olhando pra lá. Quando a gente vem aqui assistir filme (estávamos na sala de vídeo), quando o filme tá chato, eu vou na janela e fico olhando pra lá. Ninguém me enche o saco [...]*

*Vinícius – É (pausa longa) eu penso na minha vida, como está. Hoje mesmo minha mãe teve uma convulsão.*

*Pesquisadora – Então, nessas coisas que você fica pensando, né...então, Vinicius, não é porque você tem déficit de atenção, é porque tem muita coisa acontecendo na sua vida?!*

*Vinícius – É...*

*Pesquisadora – Nem dislexia, porque você só levanta quando você precisa... (ele me interrompe)*

*Vinícius – Não, é dislexia sim.*

*Pesquisadora – É?*

*Vinícius – É. Eu tenho, ó, por exemplo, eu tento ler isso daqui (aponta o estojo) eu não consigo, eu leio devagarzinho, pra tentar, aí eu vejo, olho, aí eu penso primeiro...depois eu...é*

*Pesquisadora – Depois você lê, primeiro você tem que pensar?*

*Vinícius – É... primeiro eu penso, junto as palavrinha e eu leio.*

*Pesquisadora – Tá... mas e aí, quem tem dislexia tem o que? Tem problemas com o que?*

*Vinícius – Ah, tem problemas com a leitura, tem problema de ficar quieto, você não fica quieto, fica muito agitado.*

*Pesquisadora – E se a pessoa que tem dislexia tem problema com a leitura, depois que ela aprende a ler, o que fica...*

*Vinícius – É, depois que aprende ler melhora as coisas...*

*Pesquisadora – Mas ainda tem dislexia, porque já aprendeu a ler?*

*Vinícius – Tem dislexia, porque não consigo ficar parado.*

*Pesquisadora – Ah, dislexia é de não conseguir ficar parado?*

*Vinícius – Dislexia é de não ficar parado e não tô lendo muito bem.*

*Pesquisadora – Mas você está parado aqui...*

*Vinícius – O que?*

*Pesquisadora – Você está parado aqui comigo.*

*Vinícius – Ah, porque eu tô me segurando né, eu não consigo ficar parado.*

*Pesquisadora – E você iria fazer o que? Se você não se segurasse?*

*Vinícius – Ah, eu ficava andando aqui no meio da sala.*

Vinícius relata também suas dores constantes: dor no coração, no joelho, no tornozelo, na cabeça. Na análise da autora, esses sofrimentos podem estar relacionados ao processo de subjetivação desta criança que é claramente marcado pela doença, pela incapacidade e pelas dificuldades. Instaurou-se assim, segundo ela, um processo de medicalização e de culpabilização da criança e de sua família pelo não aprender na escola.

*Pesquisadora – Então é isso... e você está tomando remédio?*

*Vinícius – Tô.*

*Pesquisadora – Qual você está tomando?*

*Vinícius – Eu não lembro agora.*

*Pesquisadora – E como você se sente tomando o remédio?*

*Vinícius – Eu tenho um pra dor na perna, quando eu corro, to com dor, aí dói a perna, e tem o da dislexia.*

*Pesquisadora – E como você se sente quando toma esse remédio?*

*Vinícius – É, durmo...eu só tomo a noite. Só tomar, daqui cinco minutos já estou dormindo, já.*

*Pesquisadora – Ah, você toma e dorme rapidinho. E você tem dor de cabeça?*

*Vinícius – Tenho. Enxaqueca.*

*Pesquisadora – E quando você costuma ter?*

*Vinícius – É, às vezes quando eu me sinto mal, e aí eu fico com dor de cabeça, e quando eu choro demais.*

*Pesquisadora – Quando chora?*

*Vinícius – É, dói a cabeça, quando eu fico nervoso fico com dor de cabeça, um monte de coisa.*

*[...]*

*Pesquisadora – A Eliza falou que outro dia você estava com dor no coração, é isso?*

*Vinícius – Do nada, eu estava jogando bola, aí, sai, e estava...e do nada eu cai no chão e começou a doer, começou a doer aí deu choque nas pernas, doeu tudo.*

*Pesquisadora – Doeu tudo...*

*Vinícius – Aí fui fazendo uma massagem e parou.*

*Pesquisadora – Você falou pra sua mãe?*

*Vinícius – Falei, ela me levou no médico e era só uma dorzinha mesmo. Falou, que era pra ir passando a mão, até melhorar.*

A coordenadora pedagógica relata sobre as queixas constantes de Vinícius: *“ele procura uma coisa para ser o centro das atenções...ele começa a dizer ‘ai, não estou bem’ (Eliza fala com a voz cansada), ‘ai, sabe, meu pé aqui eu acho que torceu’. Ultimamente até tá menos, porque ele já esgotou todas as possibilidades de dizer que tem alguma coisa doendo. (risos) [...] ele tá sempre com uma dor em algum lugar, mas de cabeça não me lembro dele ter falado. Mas as pessoas nem acreditam mais, porque uma hora é a cabeça, outra hora o cotovelo, outra hora é o braço, outra hora é não sei o que, então....”*

Pelas interpretações da dissertação, como Vinícius sofre com doenças inexistentes – dislexia e TDAH – talvez precise sentir no corpo que algo acontece com ele, para manter viva a crença dos adultos à sua volta no distúrbio que diagnosticaram. A autora interpreta também que a mesma confusão que encontramos nas definições destes “distúrbios”, aparecem na fala e no corpo de Vinícius... dores no cotovelo, no braço, no pé.

A dissertação concluiu também que as vozes das professoras de Vinícius, nunca antes escutadas no diagnóstico, denunciam que diferentes concepções de desenvolvimento, de aprendizagem e crenças sobre os alunos resultam em relações, ações pedagógicas e, portanto, possibilidades de aprendizagem também distintas. Nanci, a professora dos dois primeiros anos de Vinícius – período em que ele estava iniciando, portanto, o seu contato com a leitura e escrita – destacou o método de trabalho utilizado em sua prática docente, centrado na constituição de grupos homogêneos.

*“Como eu tinha outros iguais a ele que tinham dificuldade, então eu agrupei, fiz um trabalho com duas turmas na própria sala, então as atividades eram em comum, então o que eu tinha trabalhar, só que a maneira, esses aqui faziam de uma maneira, e outros de outra, dependiam um tanto de mim já de uma outra maneira.”*

Na análise da autora, para Vinícius, fazer parte, logo nos primeiros anos escolares do grupo dos “mais fracos” pode ter trazido consequências significativas ao seu modo de aprender e ao seu

desenvolvimento, e esta situação foi ignorada na produção do diagnóstico, que considerou apenas a possibilidade de um distúrbio centrado na criança. Segundo a pesquisa, Vinícius foi alfabetizado por uma professora que acreditou no seu potencial e que o descreve como capaz. A professora Fátima questiona o diagnóstico e buscou estratégias diferentes de ensino:

*“Mas como ele é disléxico? Ele lia não é, como é que uma pessoa, ele ia, ele fazia, ele queria fazer as coisas... Então, o que você estava falando, trocar letras, se trocar letras fosse sintoma a gente tem um monte. E a gente faz alguns exercícios específicos, às vezes a criança tem até algum problema de fala, se você alfabetiza mostrando o fonema, e faz bastante exercício, dali a pouco atenua, melhora...” (Profa Fátima)*

Percebemos, que a professora Fátima acreditou na capacidade de Vinícius de aprender, possibilitando, assim, segundo a autora sua alfabetização. Pela análise feita pelo trabalho, fica evidente, na fala de Vinícius, o conteúdo afetivo presente na relação com esta professora, *“a professora Fátima, é um amor. Eu amo, eu gosto dela como se fosse minha mãe, professora Fátima, gosto dela como se fosse minha mãe”*. Portanto, obteve-se como um dos resultados da pesquisa, que as crianças as quais as professoras esperam maiores progressos realmente o alcançam, pois a expectativa do professor afeta sua ação em relação aos alunos.

Além desses efeitos relacionados à aprendizagem, a autora alerta que existem outros decorrentes da medicação que parecem inerentes ao diagnóstico de dislexia acompanhado de TDAH. A criança vive na escola relações estigmatizadas marcadas pelo laudo e que contribuíram na constituição de sua subjetividade, pautada na doença e nas limitações impostas pelo rótulo diagnóstico.

*Pesquisadora – E aí, você lembra o que está escrito aí? É seu estojo, né?*

*Vinicius – É Red Rose... eu é, eu não leio direito. Olha, o ano passado, na terceira série, só riam da minha cara as pessoas, só riam...*

Desta forma, a dissertação tem como uma de suas considerações finais que o diagnóstico segue tendo sua função de limitar possibilidades e estigmatizar crianças diagnosticadas como portadoras de um distúrbio que sequer tem existência comprovada. Para ela, o uso e efeitos do diagnóstico são logo vistos na escola, para a coordenação pedagógica a aprendizagem e o desenvolvimento ficaram logo limitados a um quadro clínico, que cristaliza, *“... e daí o Vinicius evolui dentro do quadro dele, e ele acaba não conseguindo muitas coisas”* (Eliza, coordenadora pedagógica). A professora Maria relata o processo de estigmatização pelo qual a criança passa em

que a causa de qualquer desentendimento ou situação conflitante em sala é atribuída à doença. Para a mãe, o diagnóstico seria útil para modificar a relação professor-aluno, mas a realidade escolar vivenciada por Vinícius foi a de ser deixado de lado, “*ai ela pegou e me deixou de canto*”.

O trabalho parte de uma concepção contra hegemônica, buscando os acontecimentos escolares habitualmente ignorados na produção de um diagnóstico. Entende que as investigações diagnósticas normalmente buscam por déficits, incapacidades e inadequações apenas na criança, ignorando a especificidade e a complexidade da vida humana e o contexto social em que estão inseridas. Observou-se, portanto, que o estudo investigou a desnaturalização do fenômeno da medicalização, entendendo que existem modos diferentes de ser e aprender e que as dificuldades de aprendizagem são produto da história da escolarização e são produzidas nas diferentes relações que acontecem na escola e não apenas, individualmente.

A quarta pesquisa analisada (2D), artigo publicado na revista “Educação e Pesquisa”, “*A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz*” (SIGNOR, BERBERIAN, SANTANA, 2017), teve como objetivo refletir sobre a construção social do TDAH (da entrada na escola ao diagnóstico médico) e suas implicações para a subjetividade, socialização e aprendizagem do aluno considerado resistente ao que a escola propõe. Realizou-se a análise de um caso, através do paradigma teórico-metodológico de cunho sócio-histórico (VYGOTSKY, 2010; BAKHTIN, 2006), de uma criança de 10 anos de idade, com diagnóstico de TDAH. Os resultados apontam que, quando se investiga em profundidade a qualidade das interações sociais em que a criança esteve/está inserida, é possível que se compreendam as bases socioeducacionais que constituem o suposto transtorno.

Contrariando o paradigma hegemônico, as pesquisadoras deste artigo entendem o TDAH como parte de um fenômeno denominado medicalização da educação. O aporte teórico deste artigo (alinhado a dissertação anterior apresentada neste eixo) busca a desnaturalização dos fenômenos por meio do conhecimento de sua construção histórica, ou seja, se propõe a explicar como a partir do mundo socialmente determinado se constrói o mundo subjetivo do indivíduo.

O trabalho se posiciona contrariamente à corrente positivista que acredita em um determinismo orgânico para o TDAH. Portanto, esta pesquisa questionou a hiperatividade e a desatenção como dificuldades provenientes de inaptidões biológicas ou genéticas, explicações estas que sustentam a existência do transtorno enquanto entidade nosológica.

As pesquisadoras entendem que os possíveis sintomas de desatenção e hiperatividade podem ser decorrentes de relações de sofrimento que foram sendo construídas mediante a inserção do sujeito nas práticas sociais. Essas questões, segundo elas, exigem uma análise ampla de cada “situação problema”, incluindo as práticas educativas e institucionais envolvidas, bem como o conhecimento das relações familiares e da história de vida da criança. Ou seja, o trabalho não nega

que as crianças possam ter dificuldades; o que se nega é que essas dificuldades sejam precocemente consideradas como distúrbios individuais, sem que se considere as práticas sociais e discursivas que envolvem o processo de apropriação da escrita.

Os procedimentos metodológicos da pesquisa envolveram: entrevistas com a mãe da criança e com a criança, avaliação fonoaudiológica individual, observação da aluna em sala de aula por um período de uma semana, entrevistas com professores e orientadora educacional e pesquisa documental (pareceres avaliativos da escola, agendas, cadernos, pastas com atividades – atuais e progressos). Os dados foram registrados por meio de gravação em áudio e diário de campo. Foi selecionada uma aluna, denominada como Susi, de 10 anos de idade, estudante (à época da coleta de dados, 2012) do quinto ano do ensino fundamental da rede pública do estado de Santa Catarina.

Susi realizou avaliação psicológica aos 5 anos de idade, pois havia queixas constantes da escola sobre o seu comportamento. Segundo a mãe, tais queixas referiam-se ao fato de que: *“Susi não queria fazer as atividades, não obedecia, imitava a professora, brigava com os amigos...”*. Aos 6 anos de idade, a criança foi encaminhada para avaliação psiquiátrica, recebeu o diagnóstico de TDAH, indicação de tratamento medicamentoso, psicopedagógico e orientação de continuidade do atendimento psicológico. Para explicitar isto, reproduzimos um recorte de um “parecer avaliativo” de quando Susi tinha 2 anos de idade:

*“É extremamente inteligente, compreende tudo o que acontece ao seu redor, assimilando as propostas e regras do grupo, o que não significa que ela as cumpra. Susi mostra-se bastante resistente quando é contrariada, falamos ou pedimos algo a ela. [...] quando precisamos chamar sua atenção, mostra-se bastante resistente e reage de forma que “não tô nem aí”. Conversamos e explicamos várias vezes e nada; quando precisamos afastá-la um pouco do grupo para pensar o que fez, ela respondendo fala que não fará mais. Isto nos mostra que ela está bem consciente de seus atos e que realmente sabe o que está fazendo”*(Parecer avaliativo da escola, 2004,)

A partir dos 5 anos de idade, as pesquisadoras analisaram que as queixas dos educadores acerca de Susi se estenderam do campo comportamental e relacional para a esfera da aprendizagem, conforme pode ser apreendido no trecho abaixo apresentado:

*Em seus desenhos representa elementos soltos pelo espaço do papel, faz bonecos e sol, com poucos detalhes. Não compõe muitas cenas. [...] Conversa bastante e desconcentra-se rapidamente durante atividades individuais de escrita e desenho. Susi aprecia atividades de dança, música e representação corporal. (Parecer avaliativo da escola, 2007)*

A respeito desses pareceres, as autoras consideram que desde que tinha 2 anos de idade, Susi estava submetida a um círculo de interações negativas na escola. Ouvia, repetidas vezes, que seu comportamento era inadequado e era advertida sobre isso e afastada da convivência de seu grupo. Assim, elas formulam a hipótese de que esses discursos vivenciados pela criança afetaram sobremaneira a sua subjetividade, sendo possível supor que ela começou a manifestar desinteresse pela escola e pelas atividades realizadas naquele local. Essa resistência, segundo as autoras, foi compreendida pela escola como um sinal de que algo não ia bem e a família, cada vez mais, foi levada a acreditar nisso, culminando no processo de medicalização escolar.

Ao analisar o material pedagógico (cadernos, pastas com atividades e exercícios), as pesquisadoras evidenciam que Susi foi submetida a ações que concebem como independentes as práticas de letramento e alfabetização e a atividades distantes de um contexto vivencial e significativo. Constatou-se que muitos dos exercícios desenvolvidos na educação infantil eram aleatórios e de repetição, em forma de treino e desprovidos de função, como: “treinar” a escrita de seu nome e cobrir letras pontilhadas e famílias silábicas. Vários foram os exemplos utilizados pelas pesquisadoras de atividades desprovidas de sentido para a criança e que não contribuíam para o entendimento e a aprendizagem. Essas atividades, segundo o entendimento das autoras, podem inclusive limitar as potencialidades de reflexão e análise linguística por parte das crianças, bem como conduzir à noção de que ler e escrever são atividades mecânicas e desprovidas de sentido. Dentre as atividades realizadas por Susi e que evidenciam o que foi exposto, optamos por reproduzir duas delas:

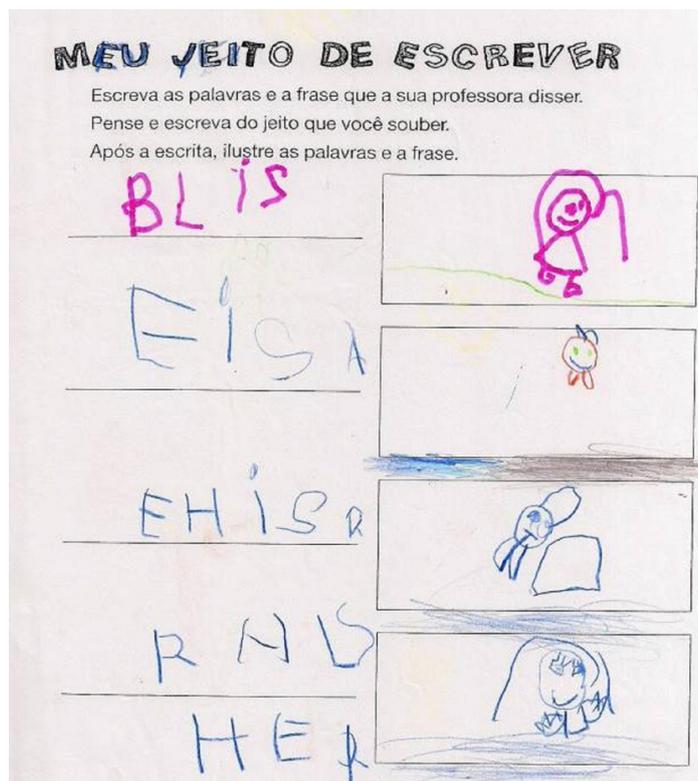


FIGURA 3- CADERNO DE SUSI

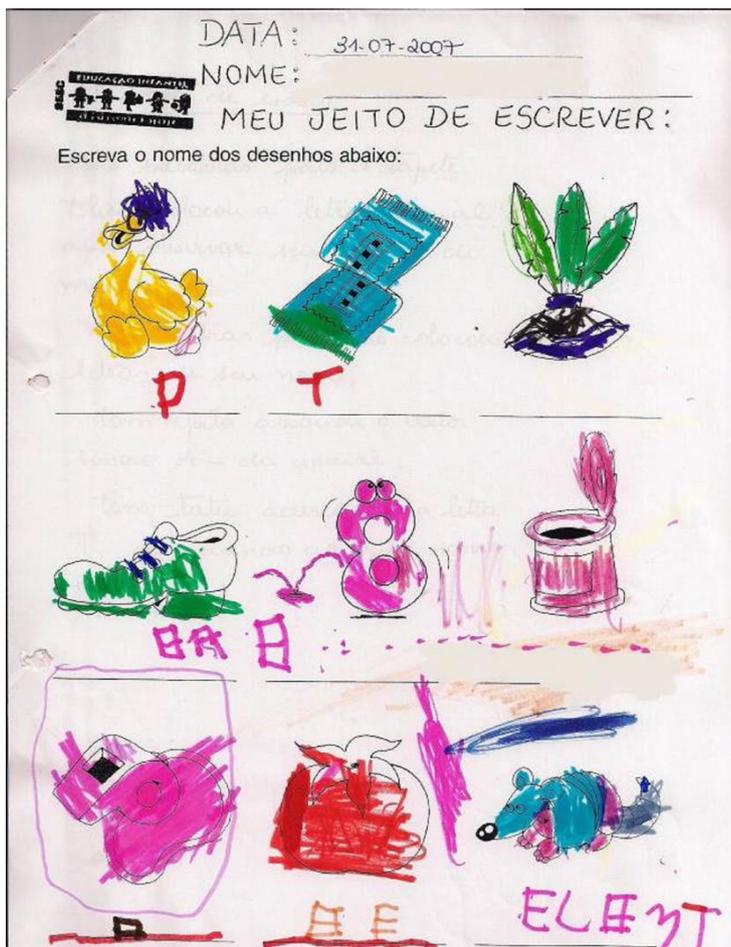


FIGURA 4- CADERNO DE SUSI

Em um dos exercícios observados no caderno, como consta na figura 5, percebemos que Susi era levada a “treinar” a escrita de seu nome, repetindo-o diversas vezes. As autoras entendem, e nós concordamos, que a escrita do nome deve ser incentivada como uma forma de marcar a autoria: o nome que assina um desenho produzido pela criança, por exemplo. Nesse contexto que a escrita do nome é necessária, que ela deve ser requerida, não de maneira repetida e aleatória, em forma de treino, desprovida de função. As autoras apreenderam também no material de Susi (FIGURA 2) a concepção de letramento que pautava as práticas de escrita na escola distinguindo os processos de alfabetização e letramento como se os dois processos não fossem inter-relacionados. Reforçamos as críticas das autoras que entendem que, inseridos nessas práticas de letramento descontextualizadas, os alunos tendem a responder de forma desinteressada e desatenta.

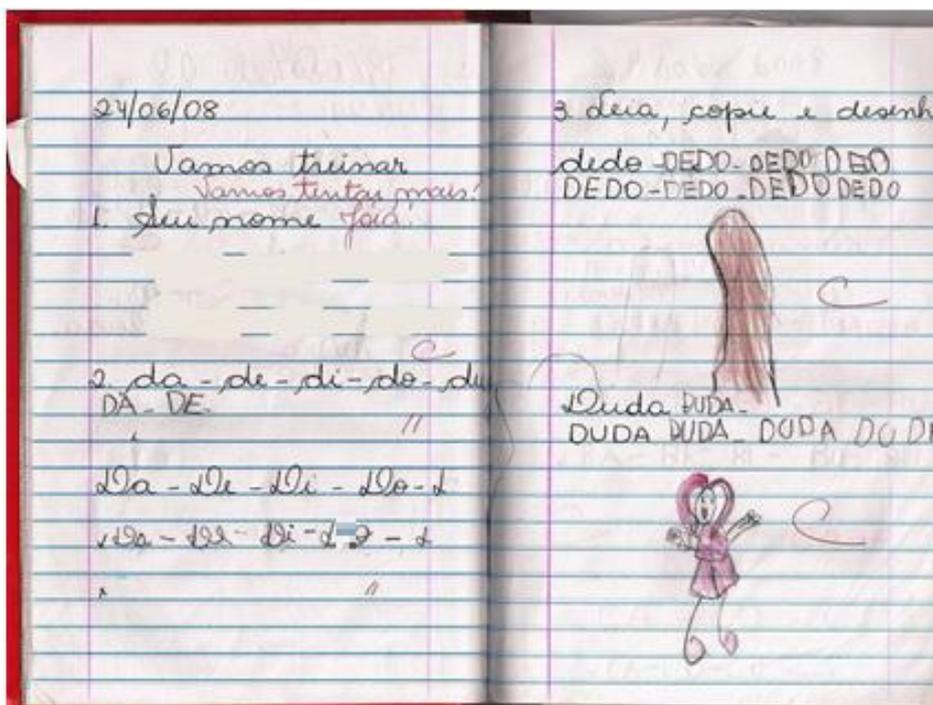


FIGURA 5- CADERNO DE SUSI

Segundo a mãe de Susi, a criança conseguiu aprender a ler e escrever apenas no terceiro ano, quando teve uma “*professora maravilhosa*”. Durante conversa com Susi, as pesquisadoras puderam observar que a professora do terceiro ano tinha uma postura acolhedora e afetuosa com a menina:

*Susi: A única professora que eu fui com a cara dela, que eu gosto dela realmente, é a Jaque...*

*Pesquisadora: E como é que é a Jaque? Me conta.*

*Susi: A Jaque é doce... Ela ensina as pessoas bem... [...] Às vezes eu falo: “Jaque, não tem uma vaga pra mim de novo?”*

Considerações de Susi acerca da professora também puderam ser apreendidas por meio de bilhetes no caderno: “*Professora, você é demais. É tudo de bom que existe nesse mundo. Com amor, Susi*”. Pelas respostas da professora, as pesquisadoras puderam acompanhar o estabelecimento de uma interação construtiva e afetiva entre ambas: “*Muito obrigada, você é uma aluna muito querida, te adoro, beijinhos...*”.

O caderno do terceiro ano, quando Jaque foi sua professora, demonstra que Susi teve um grande progresso no desenvolvimento da escrita. Reproduzimos abaixo, duas produções de texto, realizadas em 2009 (segundo ano) e 2010 (terceiro ano) (FIGURA 6) e que demonstram isto:

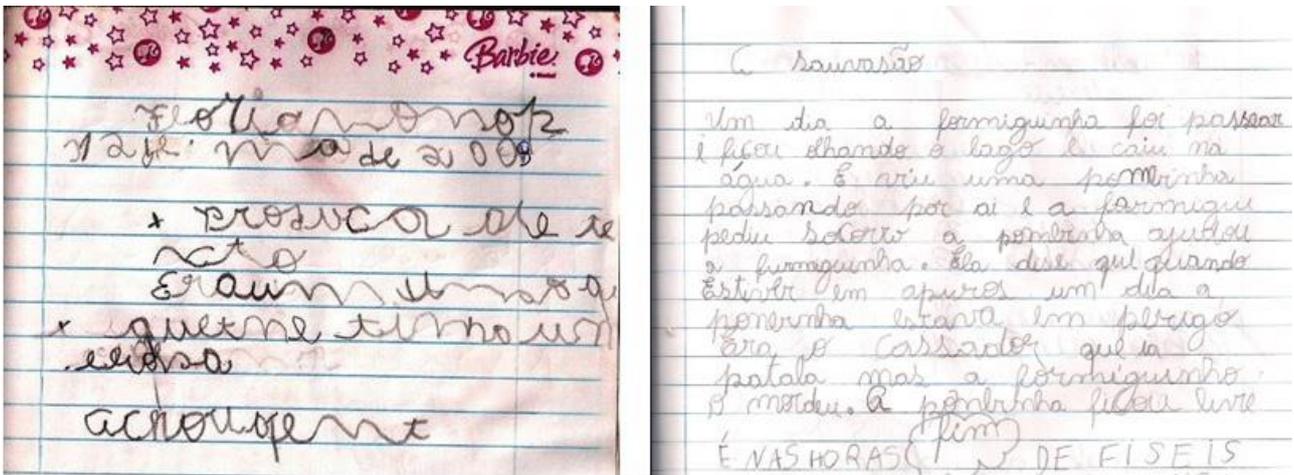


FIGURA 6- CADERNO DE SUSI

Portanto, as pesquisadoras concluem que o desenvolvimento da aprendizagem aconteceu por questões afetivo-volitivas e não foi decorrente de um diagnóstico e de um medicamento, afinal mesmo Susi tomando medicação desde os 6 anos de idade, ela só foi alfabetizada dois anos depois. No entanto, observou-se que para a família, professores e mesmo para a criança, há a aderência ao discurso que aponta a melhora decorrente do uso de medicação, *“eu a princípio também era contra, mas depois, quando ela começou a usar [o medicamento], e eu vi que ela começou a se concentrar mais e se apropriar dos conteúdos da escola... eu percebi uma diferença...”* (fala da mãe). Tal reconhecimento, segundo elas, fortalece o fenômeno da medicalização escolar.

Assim, diante de uma perspectiva crítica de pesquisa, cujo entendimento considera que os indivíduos são inseridos em processos históricos e coletivos, a pesquisa compreendeu o fenômeno da medicalização de uma forma complexa, entendendo que os comportamentos e manifestações dos “alunos problemas” denunciam fatores da própria escola que produzem a dificuldade no processo de escolarização. Em detrimento das práticas cristalizadas de ensino da leitura e escrita, pôde-se observar o quanto a visão redutora sobre a menina (e suas capacidades) afetou a sua subjetividade, a sua capacidade de se relacionar e a sua aprendizagem. Cabe mencionar, entretanto, que, da mesma forma que a discursivização e as expectativas desfavoráveis afetaram negativamente o desenvolvimento da criança, a discursivização favorável conduziu a avanços.

Para sintetizar a análise das discussões do eixo II, as pesquisas 2A e 2B referem que o TDAH visa um sujeito adaptado a um determinado projeto de sociedade e visa a garantir a boa sociabilização infantil (ou seja, a inserção social da criança conforme expectativas e normas sociais específicas). Ou seja, segundo esses autores, o TDAH serve, fundamentalmente, para o controle dos corpos e perpetuação da lógica da medicalização na educação. Esse ponto foi abordado no capítulo

3 da nossa pesquisa, onde relacionamos o controle social e a psiquiatria/psicologia, enfatizando também a dimensão política da escola.

A partir da fala das crianças, dos pais e dos professores, a tese 2A alerta que o medicamento pode assumir um papel importante na relação entre estes sujeitos e, por vezes, atuar como “âncora de salvação”, retirando dos adultos e da própria criança a responsabilidade pelo fracasso, no mesmo sentido apontando por Ilich (1975) e Conrad (2007). Podemos relacionar este conceito de desreponsabilização a outros apresentados ao longo dos capítulos teóricos, como a naturalização e a biologização de grande parte das problemáticas humanas na era medicalizante.

Além disso, os ditos infantis permitiram concluir, na pesquisa 2A, que há na escola um movimento de exclusão de um determinado grupo de alunos, e que o remédio, muitas vezes, pode tirar a criança desta invisibilidade escolar. Dessa forma, o medicamento tem um significado, por vezes positivo e outras, negativo para as crianças.

Na pesquisa 2B, através da narrativa dos participantes foi possível reconhecer na escola a realização de atividades reprodutivas, desinteressantes e cansativas, que não tocam nem a imaginação nem seus sentimentos, e, como tal, permanecem alheias e distantes de sua compreensão. Articulada à queixa da excessiva quantidade de atividades reprodutivas, outra queixa destacada foi a ausência ou a limitação das atividades criadoras, dos processos de imaginação e da brincadeira.

Todas as pesquisas, concluem que o TDAH é reflexo de uma concepção individualista do problema e que a partir dele pode se iniciar um processo de medicalização e de culpabilização da criança e da família pelo não aprender e pelo comportamento da criança. Na pesquisa, 2C, por exemplo, Vinícius compartilha com as ideias de sua mãe e também entende que é responsável pela sua dificuldade: tem dislexia. Podemos observar, mais uma vez, o que nos alertou Conrad (2007) sobre o viés individualizante presente no fenômeno da medicalização. Pela narrativa de Vinícius, podemos observar ainda que suas relações e seu corpo estão marcados por relações estigmatizadas e que contribuíram na constituição de sua subjetividade.

Nas pesquisas 2C e 2D percebemos, através das falas de Vinícius e Susi que o estabelecimento de uma relação afetiva e construtiva com as suas professoras teve consequências positivas em seus desenvolvimentos e nas aprendizagens. Observou-se também, que além de Vinícius, Susi também vivenciou, na escola, relações estigmatizadas marcadas pelo laudo e que contribuíram na constituição de sua subjetividade, pautada na doença e nas limitações impostas pelo rótulo diagnóstico. Susi adere, juntamente com sua mãe e professora, ao discurso que aponta a melhora comportamental e nas aprendizagens decorrente do uso da medicação e não a outros fatores.

### 3. CENÁRIO DAS PESQUISAS ANALISADAS NO EIXO 1 E EIXO 2

Segundo Cordeiro e Penitente (2014), considerar a criança como protagonista na pesquisa científica é uma perspectiva que tem orientado vários trabalhos brasileiros na atualidade. Este expressivo número de trabalhos citado pelos autores não condiz com os achados desta pesquisa, talvez a temática da medicalização seja um terreno ainda a ser desbravado dentro desse recorte.

Assim, é possível constatar que, apesar do tema da medicalização ser contemporâneo e existirem muitos artigos publicados sobre o assunto sua interface com o protagonismo infantil ainda é pequena. O trabalho mais antigo encontrado foi do ano de 2008 e o mais recente foi publicado em 2017. A partir daí, percebe-se ser este um tema bastante atual o que concorda com Collares e Moysés (2010) que afirmam o recente interesse no tema da medicalização, decorrente do contexto contemporâneo e suas vicissitudes. A hipótese inicial era a de que pouquíssimos trabalhos seriam encontrados, o que se confirmou ao final da pesquisa, afinal apenas sete pesquisas foram consideradas compatíveis com o objeto de estudo. Porém, gostaríamos de frisar que o trabalho não pretendeu abordar todos os trabalhos produzidos pelo tema, apenas apresentamos uma amostra considerada útil para as análises propostas.

A partir do nosso interesse de pesquisar a medicalização infantil a partir das narrativas das crianças surgiram, em síntese, as seguintes questões: os pressupostos teórico e metodológico destas pesquisas ainda se mantêm atrelados a uma vertente contrária a história, distante de uma concepção crítica de sujeito e de ciência? Ou as publicações se aproximam de uma perspectiva crítica no tratamento da temática da medicalização da vida? As histórias de vida dos sujeitos estavam presentes na pesquisa? Afinal a crítica a medicalização se dá justamente pela exclusão das singularidades e particularidades de cada sujeito.

Portanto, no tema em questão, interessou-nos saber se o problema é tratado e considerado individual, implicando que os procedimentos ficam concentrados no sujeito ou se ele é entendido como produzido por múltiplos fatores que integram a rede de relações constituídas historicamente. Entedemos por análise crítica da medicalização, o deslocamento do eixo da análise do indivíduo para a escola e o conjunto de relações institucionais, históricas, psicológicas e pedagógicas e políticas que se fazem presentes e constituem o dia a dia escolar. A seguir, seguem nossas considerações sobre estas questões e outras conclusões consideradas pertinentes.

Na análise das tabelas no ANEXO A, apreende-se que as áreas da Educação e Psicologia concentraram a maioria das discussões sobre o tema (cada uma com três trabalhos) e o ambiente escolar foi o recorte abraçado pela maior parte das pesquisas (apenas um estudo foi realizado no âmbito clínico). É interessante pensar que a Psicologia e a Educação concentraram a maior parte das pesquisas afinal, demonstramos a histórica correlação entre ambas, sendo a área da saúde aquela

que mais recebe encaminhamentos para atendimentos de problemas ditos de aprendizagem. De qualquer modo, é interessante perceber que a medicalização de crianças tem sido uma preocupação de pesquisadores de diferentes áreas (Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Psicologia e Sociedade, Pedagogia, Educação e Pesquisa, entre outras) por que é justamente a complementariedade dos saberes que permitirá melhor entender e modificar essa tendência e promover novos olhares sobre essas relações.

Quanto ao âmbito de publicação dos trabalhos analisados (artigo científico, dissertação de mestrado ou tese de doutorado), observou-se que apenas 02 publicações se referiam a artigos científicos, 02 a teses de doutorado e 03 a pesquisas de mestrado. Estes números apontam para a necessidade de publicar artigos derivados das dissertações e teses consultadas, afinal os números mostraram-se baixos diante da atualidade do tema e de sua discussão na mídia. Porém, a pesquisa de artigos ocorreu de forma restrita, apenas em três sítios de busca, não possibilitando maiores generalizações.

No que diz respeito às instituições onde as dissertações e teses foram realizadas, encontraram-se: UFBA com 02 registros; USP com 01 registros; UNESP com 01 registro e UNICAMP com 01 registro. Percebe-se predomínio de instituições universitárias públicas em detrimento das privadas, bem como uma maior concentração das dissertações no Sudeste, seguido da região Nordeste. Nenhum registro foi localizado nas regiões Sul, Centro-oeste e Norte. Tais achados representam o maior investimento em pesquisa tradicionalmente realizado nas instituições públicas e a expressiva concentração da discussão em pauta na região Sudeste do país. Esse fato despertou uma nova pergunta – como este debate aparece em outras regiões? – que ultrapassava o interesse da presente pesquisa.

Todas as pesquisas identificadas, tanto no Eixo 1 quanto no Eixo 2, definem criticamente os conceitos utilizados, a saber, o TDAH e a Dislexia. Sintetizamos suas críticas a esses diagnósticos em 5 pontos: 1- eles objetivam o controle dos corpos e a perpetuação da lógica da medicalização na educação, visando garantir a boa socialização infantil; 2- sua sintomatologia refere-se a diversidade e singularidade das expressões e manifestações dos sujeitos, negando a realidade psíquica, os conflitos e sofrimentos e reduzindo a complexidade da vida psíquica a um paradigma simplificador e biologizante; 3- são consequência das relações de sofrimento que foram sendo construídas mediante a inserção do sujeito nas práticas sociais; 4- podem ser considerados como diagnósticos “guarda-chuva” que inclui os mais diversos sintomas e manifestações, infligindo aos estudantes, indistintamente, um modelo de homogeneização e 5- deslocam o eixo da estruturação subjetiva da criança para o campo dos transtornos mentais. Assim, percebe-se que todos os estudos tendem a compreender estes transtornos de forma crítica e não como descrito nos manuais diagnósticos, através de uma definição orgânica e biológica das doenças mentais. Acerca destes conceitos,

concordamos com Moysés e Collares (2010) que afirmam que há 113 anos são formuladas hipóteses neurológicas de transtornos que acometeriam a aprendizagem e/ou o comportamento, as quais jamais foram comprovadas, e cujos conceitos continuam insólitos e inconclusos.

Conforme já esclarecido, as pesquisas foram divididas em dois eixos para facilitar suas análises e discussões. As pesquisas unificadas no Eixo 1 possuem um teor de contradição em suas análises, ao mesmo tempo que conceituam os diagnósticos de transtorno de comportamento e de aprendizagem de forma crítica, as análises dos resultados permaneceram no nível individual do fenômeno. Em síntese, as interpretações das pesquisas do Eixo 1 conduziram a seguinte incongruência: ao mesmo tempo que proclamam a medicalização como um fenômeno complexo, social e político, suas análises permanecem no nível individual e/ou familiar do problema. Como vimos no capítulo 1, a era individualista em que vivemos, próprio do discurso capitalista e da indústria farmacêutica, em que as imperfeições da vida recaem sobre o indivíduo (seu corpo/cérebro), contribuem para a dependência de medicamentos e diagnósticos.

Portanto, neste primeiro Eixo, as pesquisas questionaram e exploraram pouco, ou quase nada, a conjuntura político-econômica e social na qual os sujeitos estão submersos ou a qualidade educacional da sociedade brasileira. Portanto, há um risco nestas pesquisas de reproduzir uma lógica individualista, situando-se, de certa forma, dentro da lógica da medicalização. Estas pesquisas objetivaram, como o título do eixo sugere, os significados e sentidos atribuídos pelas crianças aos seus sintomas e suas análises restringiram-se mais ao universo intrapsíquico. Em síntese, elas não evidenciam a essência dos processos históricos e compromissos sociais assumidos pelo conhecimento científico.

Os sentidos enunciados pelas crianças nas três pesquisas analisadas são: 1A: as crianças atribuem a medicação a melhora de seu comportamento e o controle de sua ansiedade, demonstrando um estado de identificação as referências simbólicas relacionadas ao medicamento; 1B: a pesquisa não apresentou as falas das crianças e nem de onde especificamente surgiram suas conclusões, situando-se no terreno da análise intrapsíquica, sem considerar a vida familiar, social e cultural (na pesquisa 2D também não encontramos muitas falas da criança); 1C: a criança questiona o uso da medicação e acha que o mesmo o faz mal.

Os estudos do Eixo 2 rompem com a ideologia presente no fenômeno da medicalização que reduz a complexidade humana a características individuais ou biológicas. Portanto, os quatro estudos presentes neste Eixo buscam uma concepção histórica e social dos transtornos de comportamento e da aprendizagem. Somos conclusivos quanto ao fato de se tratar de trabalhos críticos e que reconhecem que a aprendizagem e o desenvolvimento da criança não podem ser abstraídos da realidade concreta: do cenário social, político e institucional presente nas escolas e/ou no cotidiano familiar.

A partir das falas das crianças, as pesquisas do eixo II, de modo geral nos alertam que: o medicamento pode assumir um papel importante na relação entre pais, professores e crianças e, por vezes, atuar como “âncora de salvação”, retirando dos adultos o sentimento de culpa pelo fracasso do seu aluno ou do filho; as crianças refletem uma concepção individualista do problema e julgam-se as únicas responsáveis, muitas vezes com sua família, pela suas dificuldades; as crianças reconhecem na escola a realização de atividades reprodutivas, desinteressantes e cansativas, que não tocam nem a imaginação nem seus sentimentos, e, como tal, permanecem alheias e distantes de sua compreensão; as crianças relatam que boas relações com seus professores podem resultar no desenvolvimento das aprendizagens e das relações estabelecidas na escola; as crianças diagnosticadas vivem na escola relações estigmatizadas marcadas pelo laudo e que contribuem na constituição de sua subjetividade; o medicamento pode ter significados negativos ou positivos, ocorrendo uma aderência entre as mudanças do comportamento e o uso da medicação, e por fim as crianças denunciam um movimento de exclusão na escola de um determinado grupo de alunos.

Assim, podemos perceber que os ditos das crianças entrevistadas se mostram atravessados pelo discurso sobre a medicalização: evidenciou-se em suas falas a biologização dos fenômenos com a conseqüente desresponsabilização dos sujeitos, tanto das crianças, quanto dos adultos; as dificuldades sendo tratados de forma individual, ao mesmo tempo que as expressões infantis apontavam para o contexto social e histórico de suas produções (como por exemplo a pesquisa 2B, que conclui que a escola é marcada por atividades desinteressantes); os estigmas causados pelos diagnósticos e a conseqüência exclusão tanto daqueles que sinalizam possuírem um suposto transtorno como daqueles já diagnosticados e a aderência, também pelas crianças, das suas mudanças na vida ao medicamento.

Desse modo, nas pesquisas do Eixo 2, os autores assumiram um posicionamento crítico em relação às dificuldades enfrentadas pelas crianças, buscando na Filosofia, na Sociologia, na Medicina, na Psicologia e em outras áreas do conhecimento, elementos teóricos para uma análise dos fatores históricos e sociais na produção da “incapacidade” humana. Constatamos no decorrer do trabalho, por exemplo, que o movimento higienista; os aparelhos de educação para manter a ordem pública; a psiquiatrização da família e da criança são práticas fundamentais para entender o processo de medicalização e de patologização da infância. Esse tipo de análise crítica, alerta para a necessidade de estudos que sejam capazes de avançar da simplificação em direção à complexificação dos fenômenos, superando a naturalização das condições de vida, de educação, de aprendizagem e desenvolvimento.

As inquietantes discussões propostas por estes trabalhos do Eixo 2 colocam na ordem do dia outros questionamentos, dentre eles a eficácia das políticas públicas dirigidas à área da educação, os métodos pedagógicos de ensino-aprendizagem propostos, as relações de transmissão entre professor

e aluno, as queixas escolares – traduzidas por TDAH e Dislexia– e os encaminhamentos de estudantes a diferentes setores da saúde. Não obstante, os trabalhos empíricos analisados fundamentam uma abordagem pedagógica criativa, não normativa e emancipadora do indivíduo.

Souza (2010) sintetiza nossas reflexões apontando para a complexidade do processo de medicalização escolar, referindo que até recentemente ele era tratado como uma questão individual, familiar ou ainda como uma relação entre professores e alunos. Observamos que algumas pesquisas abordaram em suas análises o contexto escolar (pesquisas 2C e 2D) e relacionaram o sucesso nas aprendizagens a uma boa relação professor-aluno. Concordamos com essa afirmação, porém acreditamos que tratar a escolarização somente pela via do professor acaba por reproduzir a lógica de culpabilização e individualização desses problemas.

Gomes e Simoni-Castro (2017) apresentam uma análise da produção científica sobre a medicalização da educação, tendo como objetivo identificar a presença de posicionamentos críticos e não críticos nos estudos. Foram selecionados sessenta e um artigos, publicados entre 2010-2012 em periódicos com qualificação A1, A2 e B1 nas áreas de Psicologia e Educação, que apresentavam como escopo as denominadas dificuldades escolares e elementos correlatos à medicalização da educação. Dentre os sessenta e um artigos analisados, apenas quinze apresentaram um posicionamento crítico frente à medicalização escolar, o que representa um percentual de 25%: sendo nove de Psicologia (A1-1; A2-3 e B1-5) e seis da área da Educação (A1-1; A2-1 e B1-4). O estudo revelou que, apesar do número expressivo de artigos sobre a temática investigada, poucos periódicos se destacaram pelo número de estudos com viés crítico. E em geral, tais artigos sugeriam a intervenção individual, na área pedagógica ou psicoterapêutica solução para a problemática.

A dissertação de Pereira (2010) realizou uma revisão bibliográfica da produção acadêmica nacional a fim de avaliar a penetração do tema ‘medicalização da aprendizagem’ entre pesquisadores brasileiros das áreas de educação, medicina e psicologia. A autora considerou que apenas nove trabalhos estavam diretamente relacionados ao propósito da pesquisa: a abordagem crítica à medicalização. Esta pesquisa concluiu que a produção acadêmica nacional relacionada ao tema da medicalização da aprendizagem em uma perspectiva crítica ainda é “tímida”.

Assim, percebe-se que os modelos individuais e não-críticos de intervenção são uma proposta recorrente tanto nos trabalhos utilizados em nossa pesquisa, bem como nos resultados apontados pelos dois estudos citados (GOMES; SIMONI-CASTRO 2017; PEREIRA, 2010). Portanto, a presença significativa de trabalhos não-críticos demonstrou que ainda convivemos com uma ciência que não permite questionar de forma complexa os processos medicalizantes tão presentes no campo da educação e da infância.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a medicalização, enquanto um fenômeno social complexo, é efeito de distintos processos, arranjos sociais e momentos históricos. É possível notar, a partir do que foi exposto, que a medicalização refere-se a um recurso utilizado para transformar questões de origem eminentemente sociais e políticas em demandas médicas, isto é, utiliza-se do modelo biomédico, sustentado no método clínico, para abordar problemas de ordem socioeconômica e cultural (COLLARES; MOYSÉS, 1994). Portanto, a medicalização abarca tanto a via da patologização quanto a via de uma suposta saúde ideal ocorrendo, na atualidade, uma expansão de novos diagnósticos e novas síndromes. Será a partir dessa constatação que alguns autores, entre eles Conrad (1992; 2007), irão pautar suas investigações buscando identificar quais fatores estariam implicados no surgimento de um transtorno.

A partir de Guarido (2010) entendemos que a biologização da vida é uma das expressões da medicalização contemporânea e que as práticas psiquiátricas atuais, ao mesmo tempo fruto e causa deste processo, sofrem fortes influências do DSM. Pelo que nos apontou Aguiar (2003) e Russo e Venâncio (2006), o DSM-III rompeu definitivamente com a psiquiatria clássica, antes influenciada pela psicanálise e pela psiquiatria social e implicou uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente. A partir de então, os quadros psicopatológicos serão apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo, excluindo a dimensão simbólica e consolidando a supremacia do orgânico. Desse modo, desde a década de 1980, quando se publica a terceira versão do Manual, observa-se um predomínio da chamada Psiquiatria Biológica no campo da psiquiatria. Observamos que a era da biologização das doenças mentais é um fenômeno complexo e, portanto, esta amparado em vários pilares, entre eles: sua legitimação pela psiquiatria e pela psicologia, os adventos dos manuais diagnósticos, o apoio e financiamento da indústria farmacêutica e a utilização da mídia para disseminação das patologias.

No decorrer deste trabalho, pudemos constatar que a apropriação do discurso médico-psicológico na escola tem uma longa história: a administração de uma intervenção do Estado e dos especialistas na educação das crianças. Um resgate histórico da educação nos ofereceu elementos para compreender como um modelo reducionista e biologizante produzido por especialistas vem sendo produzido e disseminado, principalmente, pelo contexto escolar para explicar a não aprendizagem das crianças. Na contra corrente, autores como Souza (2010), esclareceram como as explicações de cunho organicista para as dificuldades do aprender e do se comportar na escola estão comprometidas com posições teórico-práticas que situam nos alunos e/ ou em seus familiares a causa de tais problemas. Professores também tem sido culpabilizados pelo fracasso escolar. Tais

análises, portanto, responsabilizam o indivíduo pelo seu estado de incongruência com o modelo exigido.

Como vimos, esse processo de biologização das problemáticas cotidianas tem tido consequências sociais: isentar de responsabilidade todo o sistema social (inclusive o indivíduo); “culpabilizar a vítima” (MOYSÉS; COLLARES, 2010) e produzir o entendimento da aprendizagem como fruto exclusivo do bom funcionamento do organismo, sem a participação das relações educacionais e da qualidade da transmissão (GUARIDO, 2007). Illich (1975) contribuiu para esta discussão referindo à perda de autonomia das pessoas frente ao processo de medicalização, que as torna dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde e diminui sua capacidade para lidar com os processos da vida, incluindo o sofrimento.

Na revisão teórica realizada, encontramos vozes que reforçam a impertinência do discurso predominante atual, no qual o sujeito está sendo tirado de seu contexto e sua história, sendo pensado como um ser quase exclusivamente biológico. A ampla divulgação de doenças mentais de caráter prioritariamente biológico, amputa a dimensão simbólica e reforça, no senso comum e em muitos setores profissionais, a ideia de uma faixa estreita de normalidade, ou seria também de idealização?

Portanto, a criança tornou-se na modernidade, como apontado no decorrer da escrita, um ideal, uma aposta no futuro da civilização. A partir de Vorcaro (2011), podemos compreender que o diagnóstico psiquiátrico visa a responder aquilo que não é reconhecível pelo ideal social. A medicalização pode ser entendida, segundo a autora, como uma promessa de reconduzir a criança à normalidade, aliviando o mal-estar que a infância produz ao projeto social, escolar e familiar. O movimento higienista; os aparelhos de educação para manter a ordem pública; a psiquiatrização da família, da escola e da criança são práticas fundamentais para entender o processo de medicalização e de patologização da infância frente a essa padronização ideal.

A peculiaridade deste trabalho refere-se à realização de uma revisão de literatura da produção acadêmica nacional de estudos que priorizam as narrativas infantis, afinal entendemos que a medicalização infantil é um processo discursivo que tem efeitos sobre as crianças. Os trabalhos que privilegiam as narrativas infantis e suas manifestações singulares sobre o processo de medicalização podem contribuir para que tais manifestações não sejam tomadas como um fenômeno exclusivamente individual, mas como um processo que é atravessado por discursos de poder, pela história e pela cultura.

Como vimos no decorrer deste trabalho, a Psicologia no interior das escolas por muitos anos se ocupou de imprimir sua visão clínica ao avaliar, classificar e diagnosticar os estudantes (SOUZA, 2010). Nos apoiamos em Souza (2010) para concluirmos que a finalidade da atuação do psicólogo na Educação deve-se pautar no compromisso político com a luta por uma escola democrática, de

qualidade, que garanta os direitos de cidadania a crianças, adolescentes e profissionais da Educação. Precisamos compreender as problemáticas individuais também como produto das dificuldades vividas por um sistema escolar que não consegue dar conta de suas finalidades. Segundo Souza (2010) temos, portanto, um desafio pela frente: resgatar as finalidades da profissão no que tange às relações com o campo educativo .

Confirmamos nossa hipótese inicial de que o debate sobre a medicalização infantil e sua interface com o protagonismo infantil ainda precisa de mais espaço. Concluímos também que mais da metade dos trabalhos analisados apresentam uma linha de argumentação convergente e crítica frente ao fenômeno, o que confirma que a ideia de uma mudança paradigmática na abordagem do homem e da ciência, vem ganhando espaço na produção acadêmica brasileira. Assim, analisamos serem relevantes os estudos críticos à medicalização infantil, nos permitindo afirmar que o outro lado desse debate está também avançando. Portanto, os trabalhos críticos analisados reúnem argumentos que vislumbram novas formas de atenção à criança, tanto pedagógica quanto médica, subvertendo a lógica medicalizante, ainda hegemônica em nossa sociedade.

Os ditos das crianças, tanto do Eixo 1 quanto do Eixo 2, nos mostram estar atravessados pelo discurso da medicalização, sendo possível extrair de suas falas algumas considerações: 1- o medicamento atua muitas vezes como “âncora de salvação”, retirando dos adultos e das próprias crianças a responsabilidade por sua problemática; 2- a medicação desencadeia, muitas vezes, um estado de dependência psíquica, em que o bom desempenho é atribuído pela criança ao medicamento; 3- algumas crianças demandam ser escutas em sua singularidade; 4- o processo de individualização das problemáticas constitui, na maior parte das vezes, um processo de culpabilização da criança e da família; 5- algumas crianças denunciam um movimento de exclusão na escola e apontam que o remédio pode retirá-las desta invisibilidade; 6- o medicamento pode ter um significado positivo ou negativo para a criança, sendo o primeiro caso atrelado muitas vezes a melhora no desempenho ou no comportamento das crianças; 7- elas apontam para atividades reprodutivas, desinteressantes e cansativas na escola, que não despertam seu interesse e para a limitação de atividades criativas, que despertam a imaginação e possibilitam brincadeiras; 8- relatam relações estigmatizadas marcadas pelo laudo e que marcam a constituição de sua subjetividade e, por fim, 9- o estabelecimento de relações afetuosas e construtivas com suas professoras na escola podem possibilitar o desenvolvimento pessoal e escolar.

De qualquer maneira, ressaltamos a importância da superação e ruptura de concepções que centralizam no aluno e na criança a análise das diferentes situações e problemas que emergem no contexto escolar. Infelizmente, observou-se que alguns pesquisadores exerceram análises pautadas na visão psicológica individual ou familiar dos fenômenos, pouco abordando a dimensão social e política. Entendemos ser possível abordar as problemáticas de forma complexa: unificando a

dialética entre indivíduo e sociedade. Afinal, uma perspectiva não anula a outra e ambas podem convergir para uma análise enriquecedora do fenômeno.

Antes de concluir, consideramos muito importante que a corrente medicalizadora predominante seja contraposta com exemplos de sucesso escolar, alcançados a partir da abordagem alternativa às dificuldades de escolarização ditas hegemônicas. Desse modo, se faz tão importante as pesquisas que enfrentam a abordagem medicalizante e que propõe mudanças na forma de enxergar a criança rotulada proponham ações alternativas em outra direção. Portanto, o que esperamos é que estudos futuros, ao trazer novas luzes sobre esse conjunto de processos, possibilitem o desenvolvimento de práticas efetivas de cuidado de saúde e de escolarização. Outra atitude importante é trabalhar para que a academia se ocupe de divulgar, nos cursos de formação de professores e profissionais da saúde, conclusões de críticas aos processos de medicalização infantil, dando ferramentas aos profissionais formados para a assunção de uma prática emancipadora das crianças e alunos.

Por fim, nosso estudo revelou a necessidade da realização de mais pesquisas de caráter crítico, embora consideremos relevante sua proporcionalidade frente ao total de pesquisas encontradas. Apontamos também para os limites deste trabalho, alertando que as possibilidades de análise não foram esgotadas, outras abordagens provavelmente chegariam a diferentes conclusões. Concluimos ainda ser necessário uma frequente divulgação desses saberes para a expansão da discussão, como também para inserção dessa reflexão no contexto escolar e no processo de formação dos profissionais que atuam nas áreas relacionadas. Desejamos que a partir das atuações de cada um dos sujeitos envolvidos, o atendimento de qualidade seja evidenciado e concretizado na prática com vistas à não medicalização infantil e do aprender na escola.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A. de. *Entre as Ciências e a Medicalização da Existência: uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea*. Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise- Segundo Encontro Mundial, 2003.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. ed. 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014;

ARIÈS, P. *História Social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981;

BARBARINI, T. de A. *A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil*. 229 f. Tese (Doutorado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BARBOSA, A. K. *Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação*. 105f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BERCHERIE, P. A história psiquiátrica da criança: estudo histórico [1983]. In: CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013, 33(1), 208-221. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100016). Acesso em: 20 fev. 2019.

CAMARGO Jr., K. R., *Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):844-846, mai. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Medicalização: um quadro de referência. In: Pinheiro R, Silva Jr. AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2010. p. 209-16.

CANAVÊZ, F. A escola na contemporaneidade: uma análise crítica do bullying. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo. 19(2): 271-278, 2015.

CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação)*. Série Ideias (23), São Paulo, FDE, 25-31, 1994.

\_\_\_\_\_. A educação na era dos transtornos. In: *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, 2014.

\_\_\_\_\_. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: Conselho Regional de Psicologia- SP. *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças do indivíduo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

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

\_\_\_\_\_. *Medicalization and Social Control*. Palo Alto: Annual Review of Sociology, v. 18, p. 209-232, Aug. 1992.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. *A construção social da doença: Insights-chave e implicações para as políticas de saúde*. Campinas: Idéias, 3(2), 185-213, 2011. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649322>.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CORDEIRO, A. P., PENITENTE, L. A. A. *Questões teóricas e metodológicas das pesquisas com crianças: algumas reflexões*. In: Rev. Diálogo Educ., Curitiba, v. 14, n. 41, p. 61-79, jan./abr. 2014.

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

DECOTELLI, K. M., BOHRER, L. C. T., BICALHO, P. P. G. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013,33(2),446-459. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S141498932013000200014](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141498932013000200014)>. Acesso em: 12 fev. 2019.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias* (M. T. C. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM- IV- breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 fev. 2019.

EDINGTON, V. L. T. *A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica*. 2012. 98 f. Dissertação de Mestrado- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

EHRENBERG, A. *Le sujet cerebral*. *Esprit*, 309, p. 130-155, 2004;

FENDRIK, S. O DSM-IV, uma metafísica comportamental? In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs.). *O livro negro de psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, p. 29-37, 2011;

FERREIRA, N. S. de A. As pesquisas denominadas estado da arte. *Educação e Sociedade*, ano XXIII, nº 79, p. 257-272. Ago/ 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. In: A vontade de saber (13a ed.) Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da medicina social*. In: Microfísica do poder. (Org. e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal., p. 46-57, 1979.

\_\_\_\_\_. *O Poder Psiquiátrico – Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. Coleção Tópicos. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GASPARETTI, S. B. *Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização*. 2011. 174f. Dissertação de mestrado-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GAUDEZI, P.; ORTEGA, F., *O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização*. Interface-Comunic., Saude, Educ., v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GERBASE, J. *A hipótese lacaniana*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo: Cia. Das Letras; 1989;

GOMES, C. Ap. V.; SIMONI-CASTRO, N. Medicalização Escolar em Periódicos de Psicologia e Educação no Triênio 2010-2012. *Psico- USF*. v.22, n. 3, p. 425-436, set./dez. 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321981783\\_Medicalizacao\\_Escolar\\_em\\_Periodicos\\_de\\_Psicologia\\_e\\_Educacao\\_no\\_Trienio\\_2010-2012](https://www.researchgate.net/publication/321981783_Medicalizacao_Escolar_em_Periodicos_de_Psicologia_e_Educacao_no_Trienio_2010-2012). Acesso: 25 jan. 2019.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v.33, n.1, p151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022007000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022007000100010&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 Jan. 2019.

\_\_\_\_\_. O sujeito refém do orgânico. In: *Formação de profissionais e a criança- sujeito*, 7., 2008, São Paulo. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032008000100070&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100070&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 18 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de Psicologia- SP (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 27-39, 2010.

GURGEL, I., A medicalização da vida cotidiana. In: VIÉGAS, L. S. et al. *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, p. 105-121, 2014.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). *O livro negro de psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera, p. 5-10, 2011.

KUPFER, M. C. M. Educação terapêutica para crianças com TGD: uma alternativa à medicalização da educação. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). *O livro negro de psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera, p. 141-151, 2011.

\_\_\_\_\_. *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. São Paulo: Escuta, 2001.

LAURENTI, R. *Análise da informação em saúde: 1893- 1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças*. Ver. Saúde Publ., São Paulo, 25(6): 407-17, 1991.

LEITE, M. P. de S. L. *A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria*. Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo: Edições Eolia, v. 23, dez. 1998, p. 22-24.

LIMA, R. C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Relume-Dumará, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOYSÉS, M.A.A. *A institucionalização invisível, crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L., *Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica*. In: Org: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Editora Seminare. 2003.

PEREIRA, M. E. C. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In: COUTO, L. F. S. *Pesquisa em psicanálise*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1996, p. 43-54.

PEREIRA, J. G., *A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional*. 94 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

PUNDIK, J. *Prozac: Si o No? Indicaciones y contraindicaciones*. Madrid: Editorial Filium, 2007.

RIBEIRO, P. R. M. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à república velha, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIBEIRO, M. I. S. *A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)*. Tese de Doutorado- 2015, 276 f Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, IX 3, 460-483, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/238360000/Classificando-as-Pessoas-e-Suas-Perturbacoes-a-Revolucao-Terminologica-Do-Dsm-III>. Acesso em: 15 mar. 2019.

TURATO E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 685 p, 2003;

TREVIZANI, T. M.; SILVA, R. A. N. *Camisa de força para menores: as patologias de crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884-1929)*. In: *Mnemonise*, vol. 10, n° 1, p. 142-166 (2014). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41646> Acesso em: 06 jul. 2017.

ROSE, N. *The biology of culpability. Pathological identity and crime control*. In: a biological culture. *Theoretical Criminology*, 4(1), 5-34, 2000.

\_\_\_\_\_. (2003). *Neurochemical selves. Society*, 41(1), 46- 59, 2003.

SCHICOTTI, R. V. de O.; ABRÃO, J. L. F.; JÚNIOR, S. A. G. *TDAAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas*. Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente- SP, v. 25, n. 1, p. 135- 154, jan./abr. 2014.

SIGNOR, R. de C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. *A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/ aprendiz*. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 43, n. 3, p. 743-763, jul./set., 2017.

SILVA, L. M. *Medicalização e Síndrome de Burnout: um olhar sobre o adoecimento docente*. 2007, 87f. Dissertação de Mestrado- Universidade Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2007.

SOUZA, M. P. R. *Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo*. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (org). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010;

VAZ, P. *Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade*. Ágora V. XVIII n. 1 jan/ jun 51- 68, 2015.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). *O livro negro de psicopatologia*. São Paulo: Via Lettera, p. 219-231, 2011.

ZOLA, I. K., *Medicine as an institution of social control*. Soc Review 1972; 20(4):487-504, 2004.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. *Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19,nº6,p.1859-1868,2014.Disponível EM: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000601859](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000601859)>. Acesso em 10 fev. 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F. *Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea*. Rio de Janeiro: Psicologia e Sociedade, 23 (n.spe), 30-36, 2011.

WILLIAMS S.J., MARTIN P., GABE J. *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*. Sociol Health Illn; 33:710-25, 2011.

## ANEXO A-

### Resumo das Pesquisas

#### Eixo 1- OS SIGNIFICADOS E SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELAS CRIANÇAS AOS SEUS SINTOMAS

|  |   |
|--|---|
| <b>Título- Pesquisa 1A</b>                               | Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação  |
| <b>Ano</b>   | 2008  |
| <b>Instituição/ Revista Publicada</b>                    | Faculdade de Ciências e Letras de Assis- UNESP  |
| <b>Área de conhecimento</b>                              | Psicologia e Sociedade  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativo   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1997) e entrevistas semi-estruturadas com as mães.   |
| <b>Público Alvo</b>                                      | Crianças diagnosticadas e medicadas em decorrência do TDAH  |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | Pesquisa psicanalítica, especialmente a leitura kleiniana. Objetiva compreender o significado atribuído pelas crianças aos seus sintomas de agitação e dificuldades de concentração, bem como ao uso da medicação no intuito de eliminá-los.  |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | O conjunto das análises permite considerar que as manifestações de agitação e desatenção são formas importantes de comunicação dos sofrimentos psíquicos dessas crianças e, enquanto dispositivo utilizado para eliminar tais sintomas, a medicação parece desencadear um preocupante estado de dependência psíquica, uma vez que o “bom desempenho” é atribuído pela criança ao medicamento. |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Título- 1B</b>                     | TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas  |
| <b>Ano</b>                            | 2014  |
| <b>Instituição/ Revista Publicada</b> | Nuances: estudos sobre educação   |
| <b>Área de conhecimento</b>           | Educação  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                 | Qualitativo (03 estudos de casos)   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>        | Realizou-se psicodiagnóstico através das seguintes técnicas, conforme a necessidade de cada caso: entrevista com os pais (queixa livre e anamnese), ludodiagnóstico, teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, Procedimento |

|  |  |
|--|--|
|  | de Desenho- estória com tema, entrevista semi dirigida com os professores e entrevista devolutiva.   |
| <b>Público Alvo</b>                                      | Crianças diagnosticadas com TDAH   |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | Pesquisa de doutorado, fundamentado na psicanálise, cujo objetivo principal foi compreender os significados da sintomatologia do TDAH.   |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | A pesquisa constatou que as crianças tiveram poucas experiências de continência e tolerância à frustração e as famílias apresentaram dificuldades com relação às funções maternas e paternas. No tocante à dimensão escolar, ficou evidenciado o quanto a escola utiliza a lógica medicalizante para solucionar os problemas encontrados com suas crianças. A variedade das manifestações sintomáticas e das dinâmicas psíquicas apresentadas pelos casos estudados, revelaram as fragilidades e incongruências do referido diagnóstico. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Título- Pesquisa 1C</b>                               | A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica  |
| <b>Ano</b>   | 2012  |
| <b>Instituição/ Revista Publicada</b>                    | Universidade Federal da Bahia   |
| <b>Área de conhecimento/</b>                             | Psicologia  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativo   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | 01 Caso clínico no dispositivo do cartel  |
| <b>Público Alvo</b>                                      | Criança em atendimento psicológico  |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | Aborda as contribuições da psicanálise para as manifestações sintomáticas, articulando-as aos conceitos de infantil, corpo pulsional e sintoma. Pesquisa Descritiva a partir do dispositivo de cartel.  |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | A pesquisa indica que as manifestações sintomáticas nomeadas no campo médico de hiperatividade podem referir-se aos embaraços vivenciados pela criança na operação lógica da separação, quando impasses na transmissão simbólica retornam ao corpo em um transbordamento pulsional. |

**EIXO 2- COMO OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE O DIAGNÓSTICO REPERCUTEM NA VIDA ESCOLAR, NA SOCIALIZAÇÃO E NA APRENDIZAGEM ESCOLAR DA CRIANÇA**

|  |   |
|--|---|
| <b>Título- Pesquisa 2A</b>                               | A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil  |
| <b>Ano</b>   | 2016  |
| <b>Instituição/ Revista Científica</b>                   | Universidade Estadual de Campinas   |
| <b>Área de conhecimento/</b>                             | Sociologia  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativa   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | Observação participativa e entrevistas semiestruturadas. Professores, coordenadoras pedagógicas e alunos (entre cinco e treze anos de idade) de estabelecimentos de ensino compuseram o grupo observado e entrevistado em campo de pesquisa.  |
| <b>Público Alvo</b>                                      | 15 crianças   |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | A tese de doutorado tem como objetivo principal analisar sociologicamente a inserção social da criança brasileira e a intervenção médica naquelas identificadas, no espaço escolar, como portadoras do TDAH. As discussões apoiaram-se, portanto, em um arcabouço teórico de influência foucaultiana e de princípios da Sociologia da Infância. |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | O pressuposto que orienta o desenvolvimento desta proposta é a socialização da criança (com TDAH) como um problema político de constituição de um sujeito adaptado a um determinado projeto de sociedade. Assim, a intervenção técnica-científica na criança hiperativa e desatenta na escola visa à execução de tal projeto.                   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Título- Pesquisa 2B</b>                               | A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).  |
| <b>Ano</b>   | 2015  |
| <b>Instituição/ Revista Científica</b>                   | Universidade Federal da Bahia- UFBA   |
| <b>Área de conhecimento/</b>                             | Educação  |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativa   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | Encontros temáticos e análise de documentos   |
| <b>Público Alvo</b>                                      | 06 estudantes com queixa/diagnóstico de TDAH  |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | A pesquisa buscou investigar os fatores da/na escola de produção de dificuldades no processo de escolarização que são interpretadas como resultantes do TDAH. Especificamente, objetivou reconhecer as queixas dos alunos relativas ao processo de escolarização; identificar experiências em relação às dificuldades enfrentadas na escola e identificar possibilidades de intervenção pedagógica na perspectiva da superação da medicalização. A pesquisa assumiu uma postura crítica à visão da medicalização que é pautada na compreensão naturalizada tanto da aprendizagem como do desenvolvimento.   |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | Considerou-se que os estudantes também possuem queixas em relação à escola e partiu-se da compreensão de que os comportamentos e manifestações que são interpretados como “problema”, “sintoma”, “doença” revelam e denunciam fatores da própria escola que produzem a dificuldade de escolarização. Entre as queixas dos participantes da pesquisa destacam-se: quantidade significativa de atividades reprodutivas, desinteressantes, repetitivas e cansativas; ausência de tempo e espaço para atividades criadoras; falta ou tempo insuficiente do recreio; impaciência por parte dos profissionais da escola; ausência da escuta e do diálogo com os estudantes; falta de atenção da escola. Conclui-se que para a superação da medicalização na escola é preciso cuidar e educar a partir da construção de práticas e intervenções pedagógicas que acolham os diferentes modos de aprender e que criem condições para a construção dos conhecimentos sistematizados integrantes da proposta curricular e a apropriação do patrimônio cultural, científico e tecnológico por parte das crianças e adolescentes em escolarização. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Título- Pesquisa 2C</b>                               | Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização.   |
| <b>Ano</b>   | 2011   |
| <b>Instituição/ Revista Publicada</b>                    | Universidade de São Paulo- USP   |
| <b>Área de conhecimento/</b>                             | Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano   |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativa- 01 Estudo de Caso   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | Entrevistas com a mãe, coordenadora pedagógica, professoras e criança diagnosticada, além da análise do laudo realizado por equipe multidisciplinar.   |
| <b>Público Alvo</b>                                      | Criança com diagnóstico de dislexia  |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | Investiga a história do processo de escolarização, a produção do diagnóstico de dislexia e seus efeitos nas relações escolares de crianças em fase inicial de aquisição de leitura e escrita.  |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | Concluiu-se que o processo de medicalização culpabiliza a criança e sua família pelo não aprender na escola. As vozes das professoras, não escutadas durante o processo diagnóstico, denunciam que diferentes concepções de desenvolvimento, de aprendizagem e crenças sobre os alunos resultam em relações, ações pedagógicas e, portanto, possibilidades de aprendizagem também distintas. Desta forma o diagnóstico segue orientado somente para a falta e para as dificuldades estabelecendo limites a priori para o desenvolvimento do sujeito. Além desses efeitos relacionados à aprendizagem, existem outros decorrentes da medicação que parecem inerentes ao diagnóstico de dislexia acompanhado de TDAH. A criança vive na escola relações estigmatizadas que contribuíram na constituição de sua subjetividade, pautada na doença e nas limitações impostas pelo rótulo diagnóstico. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Título- Pesquisa 2D</b>                               | A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz   |
| <b>Ano</b>   | 2017   |
| <b>Instituição/ Revista Científica</b>                   | Educação e Pesquisa  |
| <b>Área de conhecimento</b>                              | Educação   |
| <b>Tipo de Estudo</b>                                    | Qualitativa- 01 Estudo de Caso   |
| <b>Instrumentos utilizados</b>                           | Entrevistas com professores, com a mãe e com a criança, observação em sala de aula, avaliação fonoaudiológica e pesquisa documental (material pedagógico, pareceres avaliativos das escolas frequentadas pela criança, pareceres de profissionais de saúde etc.).  |
| <b>Público Alvo</b>                                      | Criança com diagnóstico de TDAH  |
| <b>Características/Peculiaridades/Outras informações</b> | Este estudo pretende refletir sobre a construção social do TDAH (da entrada na escola ao diagnóstico médico) e suas implicações para a subjetividade, socialização e aprendizagem do aluno considerado resistente ao que a escola propõe. O artigo analisa como as subjetividades são construídas, adentrando as interações vivenciadas por ela e significações e fatos que culminam no diagnóstico de TDAH. A visão redutora sobre a criança afeta sua subjetividade, sua capacidade de se relacionar e suas aprendizagens. |
| <b>Principais resultados e Conclusões</b>                | Os resultados apontam que, quando se investiga em profundidade a qualidade das interações sociais em que a criança esteve/está inserida, é possível que se compreendam as bases socioeducacionais que constituem o suposto transtorno.   |