

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

**DISSERTAÇÃO**

**A Medicalização da Educação e o Mal-estar  
Contemporâneo**

**DANIEL ALVES DE FARIAS BEZERRA**

**SEROPÉDICA - 2020**



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

**A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E O MAL-ESTAR**  
**CONTEMPORÂNEO**

**DANIEL ALVES DE FARIAS BEZERRA**

Sob orientação da professora Dra.

**Rosane Braga de Melo**

Dissertação submetida comorequisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

**SEROPÉDICA**

**2020**

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro Biblioteca  
Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada por dados fornecidos pelo (a) autor (a)

B574m Bezerra, Daniel Alves de Farias, 1990-  
A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E O MAL-ESTAR  
CONTEMPORÂNEO / Daniel Alves de Farias Bezerra. -  
Seropédica, 2020.  
107 f.

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

1. Mal estar. 2. Medicalização. 3. Psicologia  
Escolar. I. Melo, Rosane Braga de, 1965-, orient. II  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.  
Programa de Pós Graduação em Psicologia III. Título.

O presente trabalho foi realizado com o 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.

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

**DANIEL ALVES DE FARIAS BEZERRA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção de grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-graduação em Psicologia, área de Concentração Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 31/01/2020.

Documento assinado digitalmente  
 **ROSANE BRAGA DE MELO**  
Data: 18/03/2024 11:55:12-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Braga de Melo(Orientadora) - UFRRJ

Documento assinado digitalmente  
 **LUNA RODRIGUES FREITAS SILVA**  
Data: 19/03/2024 13:58:19-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luna Rodrigues Freitas Silva - UFRRJ

Documento assinado digitalmente  
 **ROSSANO CABRAL LIMA**  
Data: 19/03/2024 15:07:16-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima – UERJ

## RESUMO

BEZERRA, Daniel Alves de Farias. **A medicalização da educação e o mal-estar contemporâneo**. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2020.

Nas últimas décadas, a escola tem sido marcada por certa lógica de atuação que compreende as dificuldades apresentadas por seus aprendizes como sinais provenientes de alterações orgânicas em suas estruturas físicas, ou, mais especificamente, cerebrais. De acordo com as pesquisas citadas, há um número crescente de diagnósticos de crianças e adolescentes com dificuldades de ensino-aprendizagem que recebem a prescrição de medicamentos como única via de resolução para estes problemas. A proliferação de novos transtornos e o modo de agir diante dos impasses na escola indicam a incidência discursos que merecem ser investigados. Este trabalho teve como objetivo articular a medicalização na escola e os modos de tratamento do mal-estar contemporâneo, em uma pesquisa bibliográfica que buscou referências nos conhecimentos produzidos pela Psicologia Escolar e Educacional Crítica, pela Psicanálise e pela Medicina Social. A contribuição de Sigmund Freud sobre o mal-estar na cultura nos mostra que há um irremediável antagonismo entre as exigências pulsionais que o ser humano naturalmente apresenta e as restrições impostas pela cultura. Para manter a vida social é fundamental a renúncia pulsional, e o saldo subjetivo dessa renúncia é a inescapável sensação de mal-estar. O resultado do estudo aponta que o processo de medicalização, em seu vínculo estrito com o discurso capitalista, marcado pela lógica do consumo, e o discurso da ciência, com seu aspecto de universalização, busca ocupar a lacuna do desejo insatisfeito, oferecendo as promessas de satisfação plena pela via do consumo, e ausência de dor pelo silenciamento dos sintomas no corpo. Assim, a resposta oferecida por estes discursos ao mal-estar na escola inclui: 1) a patologização do aluno que é considerado problema a partir do seu enquadramento em diagnósticos como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD); 2) a inibição das pulsões do sujeito aprendiz por via medicamentosa, cujo objetivo é a eliminação dos “sintomas”, ou seja, o comportamento que causa incômodo, gerando adaptação às expectativas dos educadores. O estudo da medicalização como um termo crítico que denuncia a expansão de jurisdição médica sobre questões escolares se revelou fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

**Palavras-chave: Medicalização, Mal-estar, Queixa escolar**

## **ABSTRACT**

BEZERRA, Daniel Alves de Farias. **Medicalization in education and contemporary malaise**. 2020. Dissertation (Master in Psychology). Institute of Education, Department of Psychology, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2020.

In recent decades, schools have been marked by a certain logic of action that understands the difficulties presented by their learners as signs arising from organic changes in their physical structures, or, more specifically, their brains. According to the research cited, there is an increasing number of diagnoses of children and adolescents with teaching-learning difficulties who are prescribed medication as the only way to resolve these problems. The proliferation of new disorders and the way of acting in the face of impasses at school indicate the incidence of discourses that deserve to be investigated. This work aimed to articulate medicalization at school and the methods of treating contemporary malaise, in a bibliographical research that sought references in the knowledge produced by Critical School and Educational Psychology, Psychoanalysis and Social Medicine. Sigmund Freud's contribution on malaise in culture shows us that there is an irremediable antagonism between the instinctual demands that human beings naturally present and the restrictions imposed by culture. To maintain social life, instinctual renunciation is essential, and the subjective result of this renunciation is the inescapable feeling of discomfort. The result of the study points out that the process of medicalization, in its strict link with the capitalist discourse, marked by the logic of consumption, and the discourse of science, with its aspect of universalization, seeks to fill the gap of unsatisfied desire, offering the promises of full satisfaction through consumption, and absence of pain due to the silencing of symptoms in the body. Thus, the response offered by these discourses to malaise at school includes: 1) the pathologization of the student who is considered a problem based on his classification in diagnoses such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (TOD); 2) the inhibition of the learner's drives through medication, the objective of which is the elimination of "symptoms", that is, the behavior that causes discomfort, generating adaptation to the educators' expectations. The study of medicalization as a critical term that denounces the expansion of medical jurisdiction over school issues proved to be fundamental for the development of this study.

**Key words: Medicalization, Malaise, School complaint.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Rosana Alves de Farias, minha mãe, em memória, por ter me proporcionado todas as condições para meu desenvolvimento como ser humano sensível à vida.

À Rosane Braga de Melo pela orientação atenciosa, pelo acolhimento às angústias, por ter me conduzido no processo de construção do texto, pelas correções precisas e por sua generosidade em compartilhar o conhecimento.

Aos professores Luna Rodrigues e Rossano Lima pelas contribuições valiosas e pelos momentos de discussão que ampliaram a qualidade científica desta dissertação.

À minha família pelo suporte emocional e financeiro, em especial à minha tia Ivana que sempre acreditou que eu pudesse ter sucesso no percurso acadêmico.

Aos meus colegas do curso de mestrado e graduação em Psicologia da UFRRJ que sempre contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal.

Aos meus filhos Lírio, Teresa e Davi que representam minha principal motivação para buscar melhorar o ambiente ao meu redor.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: MEDICALIZAÇÃO E ESCOLA	5
1.1.1 O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO	6
1.1.2 MEDICALIZAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DE IRVING ZOLA	8
1.1.3 A IATROGÊNESE DE IVAN ILLICH	10
1.1.4 CONTRIBUIÇÕES DE PETER CONRAD	16
1.2.1 MEDICALIZAÇÃO E ESCOLA	23
1.2.2 O DEBATE SOBRE MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DA PSICOLOGIA ESCOLAR EDUCACIONAL CRÍTICA	26
1.2.3 RESSIGNIFICANDO A TEORIA DA CARÊNCIA CULTURAL	31
1.2.4 A MEDICALIZAÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR: A LÓGICA PATOLOGIZANTE	37
CAPÍTULO 2: TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS PARA AS SUBJETIVIDADES DO NOSSO TEMPO	41
2.1 OS ESPECIALISMOS E O DESLOCAMENTO DA AUTORIDADE PARENTAL	41
2.2 DECLÍNIO DA AUTORIDADE PARENTAL	46
2.3 SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DO DSM E O AVANÇO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA	48
2.4 NOVOS TRANSTORNOS, TDAH E A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA	61
CAPÍTULO 3: MEDICALIZAÇÃO E MAL-ESTAR: O AVANÇO DO DISCURSO CAPITALISTA	70
3.1 TRATAMENTOS DO MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO	70
3.2 O AVANÇO DO CAPITALISMO EM UM MUNDO CADA VEZ MAIS LIBERAL	78
3.3 A LÓGICA E O DISCURSO CAPITALISTA	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

## INTRODUÇÃO

O debate que relaciona o mal-estar com a medicalização na escola pode contribuir para o entendimento dos impactos que estes fenômenos produzem nas subjetividades do nosso tempo. Quando se discute educação nas escolas brasileiras, o campo de conhecimento da Psicologia Escolar e Educacional Crítica fornece, ao longo das últimas décadas, reflexões importantes sobre temas que vão desde a constituição histórica de políticas nacionais de educação, até os desdobramentos e efeitos da prática de educadores no interior das instituições físicas, que compreende a atuação profissional no que podemos nomear como “chão da escola”. Esta perspectiva crítica de abordagem da Psicologia Escolar e Educacional tem sua origem a partir de questionamentos sobre a dicotomia existente entre as modalidades de pesquisa e atuação da psicologia que dividiam a produção de saberes até os anos 1980. A crítica surgiu para demonstrar que teoria e prática devem ser elementos indissociáveis, como indica Souza (2009). A Psicologia Escolar e Educacional Crítica se fortaleceu ao longo dos anos dentro de uma trajetória baseada em trabalhos de intervenção e pesquisa que possibilitaram a sua ampliação. A partir do trabalho pioneiro de Maria Helena Souza Patto, de 1981, intitulado “Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar”, iniciou-se o processo de crítica sobre temas que perpassam a escola, tais como: as explicações a respeito das dificuldades de aprendizagem focadas na criança e na Teoria da Carência Cultural; a concepção de ciência da Psicologia centrada no positivismo, na Psicometria e na Psicologia Diferencial; e o modelo clínico, psicoterapêutico e reeducativo de atuação psicológica no atendimento à queixa escolar. Assim, nas décadas posteriores, a discussão sobre as dimensões da Psicologia Escolar e Educacional teve como resultado a produção de estudos que levaram à elaboração de elementos de atuação/formação do psicólogo em uma perspectiva crítica, entre os quais: “Compromisso político do psicólogo com a luta por uma escola democrática e de qualidade social; Ruptura epistemológica com concepções adaptativas de Psicologia na direção de uma Psicologia Crítica; Construção de uma práxis psicológica frente à queixa escolar.” (SOUZA, 2009, p. 180).

É neste contexto que se insere o presente trabalho. Uma das questões debatidas a partir da queixa escolar é a medicalização, a qual Collares e Moysés (1994, p. 25) caracterizam como “processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as

causas e soluções para problemas desta natureza”. A partir da segunda metade do século XX a medicina passa a ocupar cada vez mais espaço frente a alguns problemas das sociedades como alcoolismo, transtornos mentais e dependência de drogas (CONRAD, 2007). Na atualidade, as definições médicas proliferam em temas como infância, gravidez, parto, timidez, masculinidade, comportamentos não aceitos socialmente, tristeza, memória, tendo como efeito o surgimento de novas terminologias tais como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, fobia social, deficiência androgênica do envelhecimento masculino, entre outras (ZORZANELLI *et al*, 2014). De uma maneira geral, a nossa pesquisa tem como hipótese que o fenômeno da medicalização da atualidade seja uma das expressões do que Freud chamou de tratamento do “mal-estar na cultura”. O fato do discurso médico ser utilizado nos ambientes educativos, e na sociedade como um todo, denota a naturalização de um discurso que desloca questões pedagógicas de sua origem contextual para serem transpostas e interpretadas como disfunções e transtornos do aprendizado, apostando nos aspectos orgânicos como causa, descritos por um manual de doenças com forte viés ideológico, e ainda com medicamentos específicos à disposição no mercado a serem prescritos como única forma de tratamento.

As terminologias que fazem menção a algum tipo de transtorno de aprendizagem ou doença cerebral ganharam espaço entre os profissionais da escola e também do senso comum. Não só isso, mas também a forma de intervenção quando se tem uma suspeita de que a criança tem algum distúrbio. O vocabulário e o modo de agir diante dos impasses na escola indicam a incidência de um discurso que merece ser investigado. Procuramos iniciar a abordagem deste tema com alguns questionamentos sobre a conceitualização e causalidade desse fenômeno: o que é medicalização? O que pode ter contribuído para que o discurso médico pudesse estar presente na cultura desta maneira tão influente? Quais foram os acontecimentos históricos que impactaram a subjetividade ao ponto do discurso médico ocupar lugar de destaque na sociedade atual? Quais efeitos nas sociedades podemos apontar como consequência do desenvolvimento desta modalidade de discurso aliada ao sistema econômico do capitalismo?

Assim, este trabalho teve como objetivo articular a medicalização na escola e os modos de tratamento do mal-estar contemporâneo, em uma pesquisa bibliográfica que buscou referências nos conhecimentos produzidos pela Psicologia Escolar e Educacional Crítica, pela Psicanálise e pela Medicina Social.

No primeiro capítulo, serão abordados tópicos como a constituição histórica do

conceito de medicalização, discutida por autores clássicos sobre o tema como Peter Conrad, Irving Zola e Ivan Illich. Esta análise se inclinará a responder a questão: quais são os limites de definição conceitual para o fenômeno da medicalização? Após esta contextualização, o texto foca no processo de medicalização na escola e como este fenômeno se manifesta na atualidade. O referencial teórico neste momento terá como base as autoras da Psicologia Escolar e Educacional Crítica, como Maria Helena Souza Patto, Marillene Proença Rebello de Souza e Beatriz de Paula Souza, que são pesquisadoras que apresentam, em suas publicações, elementos-chave para o estudo de temas relacionados à queixa escolar, e também dos discursos que perpassam o campo da educação em sua constituição histórica e política no Brasil. A discussão buscará investigar a influência do discurso médico nas transformações históricas e no cenário atual da educação brasileira.

No segundo capítulo, a questão principal a ser respondida é: quais foram as transformações históricas que impactaram o sujeito ao ponto do discurso médico ter alcançado um *status* de extrema relevância no tecido social? Quais aspectos contribuíram para sua incorporação na cultura? Para auxiliar nesta discussão, na primeira parte do capítulo, serão abordadas as publicações de Lima (2005) e Alberti (2010), que, embora façam parte de escolas de conhecimento distintas, a saber, a Psicanálise e Psiquiatria Infantil, trazem contribuições valiosas para o presente trabalho. Na segunda parte do corrente capítulo, o tema a ser abordado é a implantação e desenvolvimento do Manual de Doenças Mentais (DSM) no cenário norte americano e sua influência para a adoção de parâmetros no diagnóstico de doenças como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

No terceiro capítulo os questionamentos levantados ao longo deste trabalho recebem as contribuições da psicanálise. De que maneira o conceito de mal-estar pode contribuir para a discussão da medicalização na escola? Por fim, a relação existente entre o discurso da ciência, o discurso médico e o discurso capitalista é desvelada e possibilita reflexões significativas sobre a cultura no cenário contemporâneo.

De acordo com as pesquisas citadas, há um número crescente de diagnósticos de crianças e adolescentes com dificuldades de ensino-aprendizagem que recebem a prescrição de medicamentos como única via de resolução para estes problemas. O aumento significativo da venda de medicamentos para tratamento dos supostos transtornos de aprendizagem serve de alerta para a realidade preocupante da educação brasileira, indicando, ainda, a relação evidente entre a lógica capitalista, que estabeleceu lucro como

prioridade, e o discurso médico presente na cultura, que favorece a proliferação destes diagnósticos. O estudo da medicalização como um termo crítico que denuncia a expansão de jurisdição da medicina sobre questões escolares se revela fundamental para o surgimento de novas formas de atuação da Psicologia Escolar e Educacional Crítica que possam contribuir para um movimento de resistência à lógica que o discurso médico impõe. Neste sentido, os trabalhos que fazem esta articulação indicam a relevância do tema e demonstram a urgência da elaboração de uma política educacional desmedicalizante.

## **CAPÍTULO 1: MEDICALIZAÇÃO E ESCOLA**

### **PREÂMBULO**

A realidade educacional brasileira se construiu com base em diversas tendências ideológicas e políticas que se estabeleceram como instituição e que permitem, a partir da pesquisa científica, a análise histórica dos seus acontecimentos. Nas últimas décadas, a escola tem sido marcada por certa lógica de atuação que compreende as dificuldades apresentadas por seus aprendizes como sinais provenientes de alterações orgânicas em suas estruturas físicas, ou, mais especificamente, cerebrais. Essa maneira de interpretação dos problemas escolares parece se pautar em uma modalidade de discurso que surge fora das instituições de ensino, mas é apropriada pelo discurso pedagógico como meio de fornecer respostas ao fracasso escolar dentro da perspectiva da patologização. Assim, os impasses decorrentes do processo de escolarização, quando analisados pelos educadores, passam a contar com a suposição inicial de que as características biológicas dos alunos são as causas de seus problemas comportamentais e de aprendizagem, ignorando a influência das circunstâncias políticas, sociais e institucionais neste contexto (MACHADO, 1997; PATTO, 1992; SOUZA, 2007, 2020; SOUZA, 2014). Collares e Moisés (1994, p. 25) caracterizam a medicalização como “processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas desta natureza”. Então podemos compreender que a medicalização na escola ocorre quando há o aparecimento de problemas institucionais, sociais e subjetivos que são descritos estritamente como problemas de saúde, localizados especificamente nos aprendizes, em seus corpos, e que o tratamento pressupõe uso de medicamentos visando à redução dos “sintomas”.

Essa lógica se torna cada vez mais preponderante na medida em que o saber médico adquire poder e prestígio social e passa a ocupar espaços além de sua jurisdição. Desta maneira, muitos entraves que são próprios do convívio social humano são interpretados sob a ótica biológica e organicista produzida por profissionais especialistas, que também se encontra presente no tratamento e fornecimento de respostas a estes problemas. Mesmo com a visão crítica que denuncia a invasão desta prática discursiva na escola, é notável a naturalidade com que as questões pedagógicas são deslocadas de sua origem contextual para serem transpostas e interpretadas como disfunções e transtornos do aprendizado, que tem aspectos orgânicos como causa, descritos por um manual de doenças

com forte viés ideológico, e ainda com medicamentos específicos à disposição no mercado a serem prescritos como única forma de tratamento.

O processo de escolarização é o que garante o acesso e fornecimento de informações, conhecimento, aquisição de habilidades como a leitura e escrita, que são instrumentos importantes para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos em relação à vida. O aprendizado proporcionado pela escola para grande parte da população é fundamental para redução da desigualdade social presente na realidade brasileira. Neste contexto, a Psicologia Escolar e Educacional deve atuar no sentido de buscar fornecer respostas consistentes aos problemas que surgem nos ambientes de ensino e aprendizado. Atualmente, o que observamos, por meio desta pesquisa, é a ocorrência de encaminhamentos de alunos aos setores de saúde por diversos motivos, que, muitas vezes, têm como consequência a atribuição de um diagnóstico para aquela criança ou adolescente (DIAS, 2018). Este fenômeno chamou a atenção de pesquisadores da área escolar, o que contribuiu para o aumento significativo de publicações sobre o tema da medicalização nos últimos anos (DIAS, 2018; SOUZA, 2014).

Porém, a expansão da utilização do conceito medicalização faz com que o mesmo perca sua acurácia teórica na ocasião em que é tratado de maneira a desconsiderar seus precursores teóricos estabelecidos historicamente (DAVIS, 2006; ZORZANELLI *et al*, 2014). Nesta perspectiva, esta pesquisa busca evidenciar as concepções sobre medicalização que permitem uma leitura crítica acerca de como este fenômeno está ligado ao âmbito educacional e escolar nos dias atuais.

### **1.1.1 O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO**

Como maneira de estabelecer um ponto de partida sobre o entendimento da sua definição, pode-se pensar o conceito de medicalização a partir do contexto ao qual foi desenvolvido. A partir da década de 1960, autores como Bárbara Wooton, Irving Zola, Michel Foucault, Ivan Illich e Peter Conrad estabelecem produções teóricas no sentido de dar contorno e trazer reflexões importantes sobre o tema. Na atualidade, o debate sobre medicalização se ampliou e houve uma generalização do seu significado, de forma que a palavra, em si, não constitui primariamente a descrição de um único processo, podendo gerar dúvidas acerca da sua utilização (ZORZANELLI, *et al*, 2014).

O conceito de medicalização estabelecido inicialmente pelo sociólogo Peter Conrad significa “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento” (CONRAD, 1975, p. 12). Em outra definição mais recente, o autor afirma que “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” (CONRAD; SCHNEIDER, 1992 apud ZORZANELLI *et al.* 2014, p. 1860). Os significados atribuídos por Conrad alcançaram destaque entre os autores contemporâneos, seja na forma de adesão ou discordância.

Davis (2006) critica a generalização que o conceito ganhou mais recentemente, após um esforço dos teóricos sobre o tema de ampliar a configuração do processo. Inicialmente, medicalização poderia ser associada apenas a um processo social de expansão da jurisdição médica, assim como outras categorias institucionais como a judicialização e criminalização. Esta definição vem acompanhada, segundo o autor, de uma análise teórica sobre questões sociais e preocupações éticas, que, por exemplo, permitiam a diferenciação entre domínio legítimo e ilegítimo da medicina, na qual o primeiro ficaria restrito a processos biofísicos e suas formas de tratamento que já estariam estabelecidas para esta área e, o segundo, estaria ligado à tentativa de ampliação de poder sobre outros campos de conhecimento como o psicológico e o social. Com isso, o domínio ilegítimo diria respeito à extensão de controle por parte da ciência médica, por conta dos temas não pertencerem de imediato à capacidade técnica e competência profissional, o que poderia gerar uma série de consequências negativas para os indivíduos, para as concepções de ser humano, e no que tange às liberdades civis (DAVIS, 2006).

Porém, com a ampliação do conceito a partir da ruptura entre medicalização e medicina, ou seja, a partir da mudança conceitual atribuída ao termo, que passa a ter sua ocorrência associada não apenas à jurisdição médica, mas a qualquer grupo que utilize a linguagem médica, Davis (2006) enfatiza a perda de rigor e coerência da análise crítica desta mais recente definição, o que faz com que os pesquisadores fiquem desprovidos de uma linguagem que possa avaliar a medicalização e suas consequências. Assim, a crítica de Davis (2006) alerta para a abrangência da utilização do conceito medicalização e como isso pode prejudicar a análise crítica sobre os fatores envolvidos no processo, o que pode representar uma perda de força conceitual.

Por outro lado, Zorzaneli *et al.* (2014) trazem para o debate a importância dessa ampliação para o entendimento de fenômenos que não são ligados estritamente ao domínio médico, mas que utilizam o deslocamento dos comportamentos para gerar problematização em relação a questões da vida social e criar uma demanda específica para a prescrição de medicamentos. Esse é o caso dos contraceptivos, de medicamentos indicados para a timidez, tristeza ou para aprimoramento cognitivo, ou seja, não são fatores que podem ser entendidos como doenças, mas mesmo assim recebem o medicamento para mudança de aspectos que não se alinham com a lógica de pensamento sobre o modo como a vida deveria ser. Além dos exemplos citados ainda há que se mencionar o papel ativo dos pacientes e usuários na busca por tecnologias médicas desenvolvidas a partir da biotecnologia. Então, se o conceito se restringir apenas a processos ligados ao campo médico, sua utilização pode não conter as vantagens teóricas que sua generalização poderia fornecer para o entendimento de como esse saber circula sobre o tecido social (ZORZANELLI, *et al.*, 2014).

Para lidar com esse impasse, é pertinente incrementar o debate com as reflexões e contribuições dos autores consolidados sobre o tema, como forma de demonstrar as origens do conceito, mas também de buscar uma contextualização sobre como a medicalização será tratada no presente estudo. Ademais, considerando as controvérsias que o conceito pode representar na sua utilização, optou-se por atribuir as reflexões que mais se alinham ao processo de medicalização da educação para buscar o enquadramento de maior vantagem teórica que possa contribuir para o entendimento do tema e de sua relevância para a atualidade.

### **1.1.2 MEDICALIZAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DE IRVING ZOLA**

Em 1972, Irving Zola publica o texto "Medicine as an institution of social control", no qual identifica que a medicina atua como uma instituição de regulação social, função antes desempenhada pela religião e da lei, e com isso, passa a ocupar o lugar de avaliador moral e propagar os valores que devem ser seguidos com base na suposta posição de ciência neutra e objetiva que lhe é atribuída. Há também a sustentação de que a medicina tem buscado uma expansão de sua jurisdição, atuando sobre comportamentos e ampliando sua gama de significados acerca de novas supostas doenças. O autor afirma que a população em geral também contribui para a expansão da jurisdição médica a partir da sua

reivindicação por cuidados. Também ressalta a ideia de uma lista crescente de comportamentos não saudáveis, aliada a uma sensação de que sempre algo pode melhorar na condição física dos indivíduos, indicando a crença na onipresença do transtorno (ZOLA, 1972).

Na mesma publicação, o autor também reflete sobre as noções de submissão e de responsabilidade moral por parte da medicina, sugerindo que, na relação com o paciente, a ação médica pode implicar na imposição de tratamentos que privam o indivíduo de alguns direitos, como o de relacionar-se sexualmente ou gerar filhos. Por outro lado, ao receber o rótulo de doente, o paciente recebe um tipo de redenção moral pelo mal que lhe acomete, fazendo com que sua responsabilidade moral diminua frente a certos problemas sociais em geral, como crimes cometidos ou mesmo drogadição. Após intervenção médica, esses problemas serão interpretados como doença.

Zola (1972) aponta que a expansão do modelo etiológico da medicina, que passa a incluir, além das doenças, preocupações e problemas da vida diária, contribui para a criação de parâmetros em torno das práticas cotidianas, sugerindo a partir do status científico relevante, quais hábitos devem ser incluídos e excluídos na rotina das pessoas. Assim, atividades como dormir, trabalhar, divertir-se e alimentar-se passam a fazer parte dos comportamentos que podem receber intervenção médica, se não estiverem sendo executados de acordo com o que é estabelecido como saudável e, além, o autor também ressalta a internalização da linguagem e do conhecimento médicos que é expressa na narrativa dos indivíduos acerca dessas práticas saudáveis da vida diária. Junto a isso, alguns procedimentos técnicos são compreendidos como práticas exclusivas da profissão, revelando um controle absoluto sobre a execução de cirurgias, emissão de parecer e regulação de medicamentos. Esses aspectos ampliaram o poder médico e contribuíram para o aumento da prescrição e consumo de medicamentos voltados não somente para as doenças de origem orgânica que já estavam estabelecidas como alvo de intervenção médica, mas agora os problemas da vida cotidiana também recebem o foco de tais intervenções.

Irving Zola contribuiu significativamente com o debate sobre a medicalização pois abriu diversas possibilidades de interpretação do processo. O autor comenta que o fenômeno pode ser entendido como uma via de mão dupla, em que dado momento a imposição do conhecimento médico ocorre por conta do poder alcançado ao longo do tempo, e por outro lado também há um desejo da sociedade de que se faça o uso desse

poder e forneça respostas a problemas de diversas naturezas. Zola (1972) destaca, ainda, que a predominância da jurisdição médica, bem como sua expansão, teve como consequência a aprovação de políticas públicas elaboradas por profissionais da área, e a diminuição da participação de organizações de base social.

### **1.1.3 A IATROGÊNESE DE IVAN ILLICH**

Quando se trata do tema medicalização, considerando os seus precursores históricos, Ivan Illich é um dos autores que reflete sobre o tema de forma crítica e profunda, desvelando características primordiais sobre esse processo. Sua obra é de grande relevância para os assuntos relacionados ao campo da sociologia da saúde.

Em 1975, Ivan Illich lança o livro “A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina”, em que o autor aborda de maneira incisiva a medicina como um importante agente que permeia a política, a economia e meio social. Inicialmente aborda a empresa médica como um importante paradigma para ilustrar a sociedade industrial, ao passo que concebe a medicina como uma “oficina de reparo e manutenção” que objetiva fazer com que o homem continue sendo usado como produto não humano e sua força de trabalho possa ser explorada com melhor proveito (ILLICH, 1975, p. 07).

Illich (1975), na primeira parte do livro, questiona a eficácia técnica do ato médico em todos os níveis em que atua: atos preventivos, diagnósticos, terapias em geral, afirmando que essas práticas, quando visam a existência de doenças específicas de uma população, contribuem para a redução do nível global de saúde de toda a sociedade, pois retira do indivíduo sua capacidade de autonomia pessoal. O autor utiliza como referencial teórico estudos científicos das áreas: ciências sociais, história, biologia, demografia e medicina; de origens essencialmente inglesa e norte-americana. Há também a constatação por parte de Illich do surgimento de uma nova doença causada pelos atos médicos e ações sanitárias, a iatrogênese, que é caracterizada como enfermidade, impotência, angústia e doenças em geral provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais a que o paciente se submete.

Nesse sentido, a doença iatrogênica é proposta pelo autor como aquela que tem sua origem a partir das regras de tratamento recomendadas pelos profissionais médicos. Ao longo da discussão, surgem outros sentidos ligados à iatrogênese, como o que se refere

às condições clínicas causadas pelos medicamentos e por frequentar hospitais, porexemplo. Assim, Illich nomeia “iatrogênese clínica” as doenças oriundas de efeitos secundários à intervenção direta da prática médica (ILLICH, 1975, p. 26).

Não somente as consequências diretas do ato técnico biomédico são abordadas pelo autor, mas também os danos causados na ordem social. O termo iatrogênese clínica se revela apropriado para significar as patologias decorrentes de ações médicas em forma de doenças orgânicas que ocorrem a partir da intervenção profissional. Portanto, Illich (1975) nomeia iatrogênese social o efeito não desejado e danoso do impacto social da medicina, que promove uma "desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio" (ILLICH, 1975, p. 31).

A partir desse conceito de iatrogenia social, são apresentadas maneiras pelas quais a medicalização está associada, como é o caso da medicalização do orçamento. Illich revela o aumento significativo de despesas médicas em países como França e Estados Unidos, demonstrando a progressão de gasto anual que esses países apresentam desde a década de 1950 até 1974. No caso dos Estados Unidos, esse aumento é de 330% de gastos em 20 anos. Junto a isso, também crescia a ideia do deslumbramento pela tecnologia médica, que aliado ao crescimento da contribuição de clientes para o funcionamento dos serviços de saúde, contribuiu para o enriquecimento não só de médicos, mas também de banqueiros e administradores. Apesar de ter ocorrido essa notável expansão econômica durante esse período, a expectativa de vida do adulto americano do sexo masculino declinou, o que também estaria ocorrendo na mesma época em países como Inglaterra, Japão, e os países do Mercado Comum Europeu. Em relação à União Soviética, Illich (1975) comenta que os custos com saúde aumentaram 260% nesse mesmo período, demonstrando que a submissão aos médicos também ocorre em outros sistemas políticos, porém é bem mais dispendiosa em um regime capitalista.

Illich (1975), abordando ainda a medicalização do orçamento, revela que os médicos se apropriam de 5 a 12% do produto nacional bruto, na forma de equipamentos e práticas em geral ou nos empregos que o setor controla. As maiores despesas médicas ocorrem em países mais pobres, em que somente uma pequena parcela da população tem acesso aos serviços. O preço dos equipamentos é maior nesses países em comparação aos desenvolvidos que produzem os equipamentos utilizados. A formação dos médicos

também é outro fator que exige certo grau de investimento de recursos públicos, e mesmo assim apenas pequena parte da população goza do suposto privilégio de ser tratada por médicos. Citando a “Latin American Research Review”, o autor demonstra que 80% dos custos de clínicas particulares dos países latino americanos que são pobres, são obtidos a partir de impostos cobrados com o objetivo de formar os médicos. Assim, o poder médico passa a decidir onde estão e quais são as necessidades financeiras de cada país para o financiamento de suas práticas, aumentando suas redes de apoio, conseqüentemente. Como indica Illich (1975):

“A medicalização do Orçamento é indicador de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem estar com o nível de saúde nacional bruta e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica. Essa saúde nacional bruta exprime a mercantilização de coisas, palavras e gestos produzidos por um conjunto de profissões que se reservam o direito exclusivo de avaliar os seus efeitos e que tornam o consumo de seus produtos praticamente obrigatório, utilizando seu prestígio para eliminar da vida cotidiana as escolhas alternativas. Este efeito paradoxal da medicalização do Orçamento é comparável aos efeitos paradoxais da superprodução e do superconsumo nas áreas de outras instituições maiores. É o volume global dos transportes que entrava a circulação; é o volume global do ensino que impede as crianças de expandirem sua curiosidade, sua coragem intelectual e sua sensibilidade; é o volume sufocante das informações que ocasiona a confusão e a superficialidade, e é o volume global da medicalização que reduz o nível de saúde” (ILLICH, 1975, p. 37).

A invasão farmacêutica é outra forma de iatrogênese social apontada pelo autor, que revela um aumento significativo de prescrições de medicamentos e de despesas farmacêuticas nos países europeus e nos Estados Unidos. Baseado nas pesquisas de Dupy e Karsenty (1974), Illich aponta a invasão farmacêutica, termo cunhado pelos próprios autores, ao constatar o aumento de despesas farmacêuticas na França de 16- 17% ao ano, superior ao de despesas médicas de 14% durante os anos 1960. As consultas médicas passam a ter o seu desfecho necessariamente relacionado à prescrição de algum medicamento. O número de substâncias químicas também se multiplicou rapidamente por conta das possíveis associações de princípios farmacêuticos. Isso permitiu ao médico ignorar a etiologia das doenças e se concentrar no tratamento dos sintomas. Os medicamentos mais caros são receitados com maior frequência em relação aos que são menos dispendiosos e tem os mesmos efeitos farmacodinâmicos. Em relação às pesquisas norte-americanas, Illich apresenta dados de crescimento no consumo de tranquilizantes

nos Estados Unidos, representando 31% das vendas globais. Os números também apontam o crescimento de 292% do consumo de substâncias prescritas que produzem hábito ou dependência de 1962 ao ano de publicação do artigo (1975), o que é relevante se comparado ao aumento de apenas 23% de venda de bebidas alcoólicas e opiáceos.

Illich (1975) analisa o impacto que a invasão farmacêutica provoca, tanto no social, quanto nas indústrias e políticas nacionais. A expansão na produção e venda de medicamentos a partir da década de 1960, faz com que o médico cumpra o mero papel de prescrever remédios na mesma velocidade em que a indústria farmacêutica os produz. A população que passa a consumi-los, que antes era dotada de conhecimentos sobre ervas e curas naturais, começa a duvidar de sua experiência para integrar o quadro de pacientes que criam o hábito de se automedicarem e são intoxicados por conta da falta de conhecimento, aliado a uma política de vendas que, inicialmente, não exige a receita médica para certos remédios.

Outro aspecto sobre a iatrogênese social levantado por Illich (1975) é o surgimento de diversas categorias que dividem os indivíduos em grupos para os quais são direcionadas as diferentes abordagens da medicina. Um exemplo disso é o enquadramento das diferentes fases de desenvolvimento natural do ser humano em condições clínicas específicas que merecem tratamento médico para que sigam na conformidade dos padrões estabelecidos por pediatras, ginecologistas, geriatras etc. Assim, as mulheres grávidas, os recém-nascidos, os idosos, as crianças e adolescentes, o homem em seu ambiente de trabalho, se tornam objetos da intervenção médica apenas por possuírem características de determinada fase da vida, e passam a adentrar em uma sequência de períodos cada qual com sua exigência particular de consumo terapêutico.

A prevenção de doenças é abordada pelo autor como fazendo parte, também, do conceito de iatrogênese social. Os “check-ups”, que são os exames laboratoriais feitos para o rastreamento de doenças ou de indicativos, ganham cada vez mais espaço nos modos de vida das populações. A partir disso, não só os cuidados de doença passam a ser mercadorias, mas também os cuidados de saúde. Os pacientes que se apresentam aos médicos em busca de saberem o resultado dos exames se colocam em mesma situação de doente que um enfermo que apresenta um sintoma mórbido em sentido estrito. A partir do momento em que as práticas preventivas se tornam de baixo custo, há uma procura maior por parte da população que passa a se submeter a exames periódicos, contribuindo para

a diminuição da autonomia do indivíduo em cuidar de si, provocando reações de ansiedade, e o induzindo a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável (ILLICH, 1975)

Nogueira (2002) comenta que Illich caracteriza, ainda, o conceito de iatrogênese cultural como a perda de autonomia pessoal da sociedade em lidar com problemas como a dor, a morte ou a enfermidade. Há, portanto, uma substituição dos saberes tradicionais eficazes criados ao longo dos séculos para orientar o ser humano frente às adversidades da vida, pelo saber médico, sua técnica profissional, e a expectativa de que com essa nova forma de interpretação dos males será possível estender indefinidamente a existência das pessoas.

De acordo com Nogueira (2002), após a publicação de “A expropriação da saúde”, Illich lança uma autocrítica ao texto, que revela uma pequena mudança no pensamento do autor em relação ao processo de medicalização da vida, e ao conceito de iatrogênese. Nogueira (2002) nos mostra que, em 1985, Illich proferiu de maneira autocrítica que a noção de iatrogênese não poderia deixar de partir da maneira como o corpo é concebido historicamente. Sendo assim, Illich menciona a importância do trabalho de Foucault (1977) e Rosen (1979), cujos estudos ressaltam que a história do corpo na modernidade se inicia com o mercantilismo, juntamente com o desenvolvimento do estado-nação e da polícia médica. De acordo com o autor, recentemente é que o corpo é transformado em objeto “portador de um direito individualizado, um direito de felicidade”, que permite sua eficácia dentro de um sistema industrial como trabalhadores produtivos que têm a prerrogativa do direito à saúde. Concluindo a autocrítica, Illich afirma que na atualidade de 1985 a busca obsessiva por saúde resultou em um estilo de vida totalmente tecnificado.

A partir desta autocrítica de Illich, Nogueira (2002) comenta que o conceito de iatrogênese cultural ganha um aspecto que havia lhe escapado em sua publicação primária: “a busca patogênica da saúde”. Este estilo de vida é fundado no culto ao corpo e na saúde física, e vai além de ser representado como uma consequência de uma expropriação profissional, mas seus valores e a crença do autocuidado passam a ser amplamente divulgados pelas mídias informativas, pelas academias fisiculturistas, pela indústria da dieta, entre outros. A consequência dessa mudança de paradigma é que a saúde pode ser alcançada, a partir disso, por meio de duas vias de acesso, a da Medicina e por meio da

cultura do corpo, em que os médicos representam uma pequena parcela de influência. Nogueira (2002) ainda menciona a mudança da percepção histórica do corpo, que na contemporaneidade é forjada sob o escopo midiático e high-tech, e por isso converge o autocuidado em comportamento indispensável à vida, que é exercido ao lado de uma suposta sabedoria naturalista e ao mesmo tempo opinativa e detalhada. Essas características discursivas operam para criar o sentimento de realidade sentida no corpo.

Interessante ressaltar na análise de Nogueira (2002) sobre a autocritica de Ivan Illich, é que este, na publicação original, critica a perda de autonomia da população frente aos acontecimentos concernentes à vida como a morte ou a enfermidade. Em 1985, Illich discorre sobre uma tendência de ganho de autonomia dos sujeitos, porém num processo que considera iatrogênico, pois é pautado nessa nova interpretação do corpo. Assim, os indivíduos recorrem a um saber difuso sobre a saúde veiculado pelos meios de informação, o que leva o autor a caracterizar esse processo como autonomia iatrogênica, ou uma pseudo autonomia, pois é desenvolvida a partir de conceitos sobre saúde fornecidos pelos veículos de informação. Illich menciona nesse movimento um processo de desmedicalização, mas com características iatrogênicas.

As consequências dessa mudança de paradigma sobre a saúde também são abordadas por Illich, que aponta o surgimento de um “pós profissional” preocupado com questões éticas e sociais e sensível aos problemas encontrados no profissionalismo médico anterior. A exemplo disso, cita a nova prática de recomendação médica que alguns pacientes de câncer abandonem o tratamento quimioterápico, por conta de todo sofrimento que lhes acometem durante o processo que, muitas vezes, não gera resultados satisfatórios em termos de cura. Para isso, devem surgir novas organizações específicas para promover essa auto-vigilância e até mesmo aumentar o número de profissionais envolvidos. A coordenação profissional também é uma consequência desse processo, uma vez que começam a surgir profissionais que se beneficiam da indústria do cuidado com o corpo, subtraindo parte do monopólio médico estabelecido nos anos anteriores à década de 1980, mesmo que sua atuação seja pautada no conceito de saúde desenvolvido pela medicina. A esse novo status do cuidado, observa Nogueira (2002), Illich atribui o surgimento do fenômeno social da iatrogênese do corpo.

#### 1.1.4 CONTRIBUIÇÕES DE PETER CONRAD

O sociólogo Peter Conrad, a partir do desenvolvimento de conceitos relacionados à medicalização, enfatiza como este processo é irregular e não pode ser compreendido com formulações escassas. Embora haja proximidade com outros autores como Illich e Zola, pois sua primeira obra sobre o tema é publicada em 1975, o autor em questão acompanhou as mudanças do campo médico a partir da década de 1980 e aferiu sobre o surgimento de um novo entendimento no que tange à prática médica no decorrer deste tempo. Seu primeiro objeto de estudo é a hipercinesia, e na mesma pesquisa também aborda o papel da indústria farmacêutica e a ação do governo dos Estados Unidos em fortalecer o poder da medicina na sociedade (ZORZANELLI, *et al.*, 2014)

Em 1975, Peter Conrad publica “The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior”, em que apresenta um breve histórico da constituição da hipercinesia como doença, e, em segundo momento, discute a medicalização do comportamento desviante e suas implicações. Nesta obra, o autor apresenta sua primeira definição de medicalização como um “processo que interpreta um problema não médico como um problema médico” (CONRAD, 1975, p. 12). Minakawa (2016) comenta que esta definição passou a ser amplamente difundida em autores posteriores como um padrão de referência sobre o tema medicalização e controle social.

Conrad (1975) inicia com a descrição da Hipercinesia como um fenômeno clínico recente no campo da medicina. A análise é pautada em fatores clínicos, como diagnóstico e tratamento, e sociais, em que são considerados o contexto social e econômico sobre o surgimento da categoria. As pesquisas sobre a doença não eram muito claras até o momento, pois os resultados obtidos não conseguiam precisar o dano orgânico causado no cérebro para indicar a sua etiologia. Conrad descreve a Hipercinesia, também conhecida como Disfunção Cerebral Mínima, como uma disfunção cerebral que acomete crianças com excesso de atividade motora e atenção muito curta. Os sintomas também entre inquietação, mudança frequente de humor, comportamento agressivo, impulsividade, dificuldade em seguir regras, inquietação na escola, podendo haver problemas de sono e aquisição de fala atrasada. A prevalência maior deste transtorno é em meninos. Importante destacarmos que este diagnóstico sofreu algumas transformações durante décadas até ser conhecido atualmente como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (MELO, 2016).

O autor enfatiza que a partir da década de 1950, nos Estados Unidos, houve um

aumento na produção de pesquisas sobre o efeito de medicamentos psicoestimulantes, como a anfetamina, no tratamento de distúrbios do comportamento infantil. Aliado a isso, o governo promove ações que colocam os médicos como responsáveis pela prescrição desses medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, determina que os pais das crianças não podem ser coagidos a submeter os filhos a qualquer tratamento e ainda exige que pesquisas de longo prazo sejam realizadas com o intuito de perceber o efeito do uso das drogas psicoativas. A indústria farmacêutica, de acordo com Conrad (1975), passa a investir no tratamento medicamentoso da hipercinesia, promovendo conferências e disponibilizando informações sobre diagnóstico e tratamento, ao mesmo tempo em que outras organizações, como a Associação para Crianças com Dificuldade de Aprendizagem, se empenhavam em enquadrar a doença como uma desordem da aprendizagem. Da mesma maneira, a Associação Nacional para Saúde Mental também prestou apoio social e foi influente na construção da legislação sobre a hipercinesia. Desta forma, a hipercinesia ganhou uma maior aceitação, ao passo que, subjetivamente, a doença passou a minimizar a culpa dos pais pelas dificuldades de aprendizagem por parte dos filhos. Ainda fortaleceu a indústria farmacêutica por divulgar a eficácia do tratamento medicamentoso.

Ainda na mesma obra, Conrad busca estabelecer uma relação direta entre o surgimento e consolidação da hipercinesia como doença, e seus respectivos tratamentos, com as implicações sociais da medicalização. O autor interpreta o processo de medicalização como um dos meios mais eficazes de controle social. O investimento em pesquisas na área da farmacologia e genética tem como consequência o desenvolvimento de tecnologias com objetivo de desvendar a etiologia de desvios do comportamento humano. Juntamente com Irving Zola, Conrad (1975) também afirma que a medicina é a primeira ciência a reivindicar a jurisdição sobre a doença. Outros aspectos também se inserem em sua análise, como o controle social médico, o problema do controle do especialista, a individualização de problemas sociais e a despolitização do “comportamento desviante”.

A questão do controle do especialista diz respeito ao modo como a concepção de “comportamento desviante” é esvaziada do domínio social e passa a ser um tema abordado a partir da perspectiva do profissional médico. Assim, problemas como alcoolismo, hipercinesia e toxicodependência são tomados como exemplo. A partir da interpretação dos comportamentos desviantes como problemas médicos, o contexto social

ao qual estão ligados pode não ser incluído como fator a ser considerado em um processo diagnóstico. Isso é chamado pelo autor de despolitização do comportamento. Conrad (1975) destaca o papel da medicina como um agente de controle social e que atua para manter o “status quo”. Porém, afirma que os especialistas médicos não escolheram por isso e sim foram impulsionados a desempenharem essa função por conta do desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia no campo da saúde. Portanto, o autor considera que a medicalização do comportamento desviante foi um processo que ocorreu historicamente e tem outros agentes envolvidos além do especialista médico, como a indústria farmacêutica, as associações de saúde mental e crianças com dificuldades de aprendizagem e a sociedade como um todo.

Zorzanelli *et al.* (2014) comenta que as considerações de Peter Conrad se diferenciam das abordagens sobre medicalização realizadas por Illich e Zola, justamente pela concepção de que este processo é composto por diferentes atores, não só pelos profissionais médicos e governo. Esse entendimento faz com que a medicalização apareça como irregular, variável de acordo com as categorias, com o grupo social que incorpora seus princípios, com o contexto e os vetores que agem na sua adesão ao social. Também torna possível pensar que certos comportamentos são mais medicalizáveis do que outros, dependendo do contexto o qual está inserido, se já existe ou não tratamento medicamentoso disponível, se há apoio da profissão médica etc. Além disso, de acordo com Zorzanelli *et al.* (2014), Conrad acompanha os problemas que se desenvolvem a partir das décadas posteriores à sua publicação primária.

Após sua primeira publicação sobre medicalização, Peter Conrad continua a abordar o tema em trabalhos subsequentes, ora concentrando sua análise sob os aspectos da medicalização do desvio, ora com o foco para a medicalização como construção social. Em “Medicalization of Society” Conrad (2007) realiza a abordagem sob uma perspectiva abrangente com o objetivo de fornecer um panorama sobre as transformações e ampliação que o processo alcançou desde a década de 1970 até os anos 2000. Interessante evidenciar que o conceito adotado em sua primeira obra sobre a medicalização é mantido, em que caracteriza o processo como o tratamento de problemas de diversas origens como questões médicas. Assim, seu foco não está em descobrir se os problemas são “realmente” médicos, mas nos fundamentos sociais envolvidos na expansão da medicina.

Conrad (2007) destaca que há um crescimento dos problemas que são definidos em termos médicos, da década de 1970, até os anos 2000, condizente com o aumento do interesse e pesquisas sobre medicalização. A medicina passa a atuar de maneira mais incisiva em relação a alguns temas como: alcoolismo, transtornos mentais, dependência de opiáceos, transtornos alimentares, diferenças sexuais e de gênero. Há o surgimento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, alguns processos comuns da vida também passaram a ter um controle maior por parte da área médica como: ansiedade e humor, menstruação, controle de natalidade, infertilidade, parto, menopausa, envelhecimento e morte.

O autor sugere que entre os anos 1970 e 1980 os estudos sobre medicalização estabeleceram análises em torno de alguns fatores fundamentais. Inicialmente, enfatiza o poder e a autoridade médica como fator de influência e principais impulsionadores da ampliação da medicalização. Em um segundo momento, Conrad aponta a institucionalização e a presença de atores de movimentos sociais que se organizaram para defender as definições das doenças ou promover a veracidade dos diagnósticos médicos. O que poderia ilustrar esse aspecto é o caso do alcoolismo que passa a ser defendido por organizações como os “Alcoólicos Anônimos”. Por último, os movimentos de profissionais organizados ampliaram a medicalização, pois defenderam as definições e estabeleceram condições específicas de suas áreas de atuação.

Como exemplo dessa expansão de entidades e categorias, Conrad (2007) cita o movimento de mulheres pela afirmação da TPM (Tensão Pré-Menstrual), o movimento dos veteranos do Vietnã com o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), o movimento gay e lésbico com o tratamento da AIDS. Ou seja, movimentos de grande força política e social contribuíram para o processo de medicalização de algumas categorias.

Outro aspecto relevante na análise de Conrad (2007) diz respeito às forças motrizes que contribuíram para a mudança na medicalização. Neste contexto, a indústria farmacêutica é responsável pela promoção de muitos de seus produtos, e conseqüentemente, isso promove também a medicalização de comportamentos relacionados aos efeitos que os medicamentos visam manipular. Em comparação com a pesquisa realizada anteriormente (CONRAD; SCHNEIDER, 1980), o autor destaca que alguns medicamentos como a Ritalina, Metadona e outros psico-ativos, na década de 1970, foram promovidos sobretudo por médicos e outros profissionais. Porém, houve mudança na

forma de divulgação dos produtos, mesmo considerando que os médicos ainda sejam os guardiões de muitas drogas. A indústria farmacêutica tem exercido influência mais agressivamente sobre os médicos e especialmente sobre o público. A maneira como isso ocorria durante o século XX era por meio da divulgação em eventos médicos e publicação em periódicos de revistas profissionais. Desde a aprovação, nos Estados Unidos, da Administração de Alimentos e Medicamentos, Lei de Modernização de 1997 (*Food and Drugs Administration, Modernization Act of, 1997*) e diretrizes subsequentes isso mudou, pois possibilitou revisões nos regulamentos que permitiram com que o uso de rótulos dos medicamentos fosse ampliado, o que facilitou a publicidade sobretudo na televisão.

A lógica por trás das decisões da *Food and Drugs Administration* (FDA) estão pautadas na ideia de que a publicidade direcionada ao público seria educativa e “conscientizadora”. Os gastos da indústria farmacêutica com publicidade televisiva aumentaram chegando aos 2,5 bilhões de dólares no ano 2000. Em 2004 o gasto foi de 4 bilhões para anúncios direto para o consumidor. Para ilustrar esse avanço, Conrad (2007) cita em como o medicamento Viagra se tornou tão popular. A FDA aprovou o Viagra como tratamento para a disfunção erétil em 1998. A impotência masculina já era tratada como um problema médico anteriormente a isso, e inicialmente o Viagra era prescrito para homens idosos com problemas de disfunção erétil causados por diabetes, câncer de próstata, entre outros. Porém, a Pfizer, empresa responsável pelas vendas do medicamento, notou que o mercado poderia ser expandido e iniciou um processo de publicidade associando a disfunção erétil como um problema comum a homens de qualquer idade e promovendo o Viagra como principal droga a ser prescrita para o tratamento. Além disso, o medicamento foi associado ao prazer por melhora do desempenho sexual independente do diagnóstico médico. Citando um estudo de Tuller realizado em 2004, Conrad (2007) sugere a estimativa de 30 milhões de homens atingidos pela publicidade somente nos Estados Unidos.

As contribuições de Zola, Illich e Conrad são importantes para entender o processo de medicalização da sociedade ocidental. A discussão proposta pelos autores revela a complexidade do tema e reafirma Zorzanelli *et al.* (2014) em relação à cautela necessária para abordá-lo sem que perca sua força conceitual. Com a análise das proposições no texto de Zola (1972), compreendemos que o autor é um dos primeiros a apontar que medicina passou por uma fase de expansão de sua jurisdição, ao ponto de se transformar em

referência para o modo de vida da população como avaliador moral, ocupando espaço antes dominado pela religião e pela lei. Nesta publicação, o autor também sinaliza para a internalização da linguagem médica na sociedade e a consequência da diminuição da responsabilidade moral e social por parte dos sujeitos, após receberem o rótulo da doença. Os tópicos sobre a mudança de comportamento da população para se adequar ao discurso de saúde-doença e a utilização do *status* científico por parte da medicina também são abordados. A argumentação abrangente de Irving Zola em relação à medicalização permite uma aproximação inicial sobre o processo, porém sem aprofundar em sua discussão, o que revela uma posição crítica do autor sobre as transformações observadas no meio social, mas ao mesmo tempo pode significar uma abordagem rasa a respeito do tema.

Illich (1975) desenvolve sua tese sobre a iatrogênese e revela, de maneira contundente, o impacto negativo que o discurso médico pode provocar na sociedade. A partir de citações de diversos campos do conhecimento, o autor elucida sobre o aumento significativo de gastos com a área médica, o que denominou “medicalização do orçamento”, sobre a crescente industrialização farmacêutica a nível mundial, apresentando dados para comprovação de sua tese. A crítica sobre a ineficácia da medicina em suas áreas de abrangência contribui para questionar a necessidade de investimento financeiro, tecnológico e científico em conhecimentos que, de acordo com o autor, não contribuem para aumento da expectativa de vida da população e do nível global de saúde. Illich também menciona a mudança de hábitos da população por influência da medicina, o que pode ser observado pelo aumento da procura por exames laboratoriais, os “check ups”. Outro ponto de destaque é a separação por categorias de abordagem médica, que revelam a necessidade de procura por especialistas em várias fases da vida, desde a gravidez, infância, adolescência até a velhice.

A análise de Conrad se pauta não só em um movimento de colonização médica, mas também sob a significativa influência da mobilização de pacientes e pessoas leigas que passam a reivindicar tratamentos, definição dos diagnósticos, informações sobre a etiologia das doenças, e se organizam em associações, grupos de autoajuda e de defesa aos pacientes como forma de afirmação de seus pontos de vista e busca por inserção na sociedade através da luta pelo bem comum. Além disso, o autor aponta vários desdobramentos do desenvolvimento do discurso médico, inclusive os modos de operar das organizações de controle de medicamentos, que potencializam, em dado momento, o poder que a medicina

tem sobre a sociedade em geral. A mudança sobre a forma de divulgação de medicamentos, que antes só era realizada por meio de encontros de especialistas, e que passa a ter espaço na mídia televisiva; a abrangência que o uso de medicamentos alcança na população, colonizando comportamentos fora do discurso de doença, como a impotência e a timidez são aspectos abordados pelo autor que revelam as forças motrizes do processo de medicalização.

A discussão dos autores permitiu verificar que se trata de um tema complexo de ser abordado, mas que demonstra sinais precisos de seus efeitos na subjetividade. A forma de entendimento sobre medicalização, se pensarmos de maneira conceitual, permite concluirmos que se refere ao processo em que os problemas decorrentes da civilização humana, que podem ser analisados sob diversas perspectivas, são interpretados e tratados como questões estritamente médicas. Ou seja, nestas definições há uma ênfase no deslocamento de comportamentos que antes não eram pertinentes ao tipo de abordagem médica, e após serem enquadrados em categorias e especificidades desta natureza, passa a receber o tratamento ligado a este campo do conhecimento.

A partir das reflexões levantadas pelos autores acima, é possível traçar alguns questionamentos sobre a medicalização. Compreendemos, então, que o conceito de medicalização deve ser utilizado com cuidado em determinadas situações. O fenômeno da medicalização é complexo e conta com diversos fatores para análise. O crescimento do poder médico, de sua jurisdição, certamente influenciou o modo como a sociedade se desenvolveu ao longo do século XX. Porém, aliado a isso, podemos relacionar o desenvolvimento da indústria de medicamentos, aumento de pesquisas na área, pressão da opinião pública por respostas aos impasses da sociedade, potencialização do marketing relacionado a tratamentos e medicamentos, atuação de especialistas validada pelo *status* científico, crescimento da tecnologia voltada para área médica, expansão da linguagem por uso de expressões de cunho médico etc.

A partir dos apontamentos, o impacto do processo de medicalização na escola merece uma análise específica por também se tratar de instituição complexa, mas que atualmente é marcada pela utilização de termos médicos e por um modo de atuação que visa a classificação de alunos com problemas de escolarização. Por isso buscamos entender de que maneira a medicalização da sociedade atinge a escola e como o discurso pedagógico se associa ao discurso médico para fornecer respostas ao fracasso escolar. O

discurso médico está emaranhado na subjetividade humana na atualidade e isso nos revela a importância de saber como ocorreu este processo até o presente momento, de que maneira houve a sua inserção nos espaços escolares com o objetivo de patologizar comportamentos, fazendo com que características do desenvolvimento do sujeito sejam tratadas como sintomas.

### **1.2.1 MEDICALIZAÇÃO E ESCOLA**

A medicalização na escola tem sido um tema frequentemente debatido no âmbito acadêmico e profissional da Psicologia. Isto revela a oportunidade de análise do fenômeno sob diversos aspectos e concepções teóricas. Há que se mencionar a atuação da metodologia/perspectiva denominada Psicologia Escolar e Educacional Crítica, criada por pesquisadoras da Psicologia Escolar, que advoga a favor de um olhar histórico e crítico na constituição de conceitos que serão usados na Psicologia Escolar e Educacional para análise dos problemas que ocorrem no contexto educacional. Uma referência histórica desta linha de atuação no Brasil é Maria Helena Souza Patto, docente pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP), que atuou como pioneira na refutação da “teoria da carência cultural”, a qual será abordada mais adiante.

Para entender melhor o panorama de consumo de psicofármacos no Brasil, podemos avaliar os dados divulgados pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que é um movimento social criado em 2010 por pais, profissionais da área da Saúde e da Educação, e pesquisadores com o objetivo de questionar o crescente aumento dos diagnósticos como o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), Dislexia e TOD (Transtorno Opositor Desafiador) incluídos no DSM- IV (DSM, 2002). Esses diagnósticos constituem uma das formas de expressão do fenômeno da medicalização da educação e da sociedade (HARAYAMA; GOMES; BARROS; SANTOS, 2015), à medida que a prescrição de medicamentos é utilizada como principal forma de tratamento desses supostos transtornos. Vale ainda ressaltar que a existência ou a causalidade orgânica dos transtornos citados nunca foi comprovada cientificamente. Esses questionamentos são debatidos por diversos autores (COLLARES, MOYSÉS, 2010; LIMA, 2005; RIBEIRO, 2015).

De acordo com a Nota Técnica produzida pelo Fórum sobre Medicalização da Sociedade e da Educação, e publicada em seu website<sup>1</sup>, a venda do número de caixas por

unidade de medicamentos para o tratamento do TDAH cresceu exponencialmente nas últimas décadas. Esses dados foram obtidos junto ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), criado em 2007, solicitado pelo Fórum sobre Medicalização da Sociedade e da Educação, através da Lei de Acesso à Informação. Foram solicitadas informações a respeito da venda de Ritalina, Concerta e Venvanse em todo o país, desde 2007, porém os registros começaram a fazer parte da rotina das farmácias particulares a partir de 2009. Estes medicamentos têm em sua composição o metilfenidato, e são receitados rotineiramente para tratamento do TDAH. Ressalta-se um aumento de mais de 200% de importação de Metilfenidato em 2013, comparado aos anos anteriores, conforme demonstra o gráfico abaixo:

**FIGURA 1**

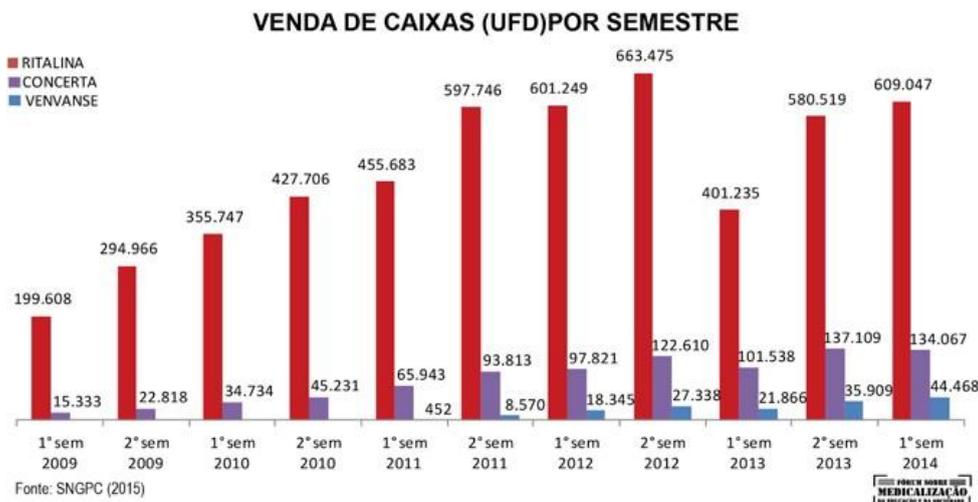


Em relação às caixas de medicamentos vendidas, é possível notar um aumento contínuo de 2009 a 2014. No primeiro semestre de 2013, ocorre uma queda nas vendas de Ritalina ocasionada, de acordo com nota oficial da empresa fabricante Novartis, por um desabastecimento por problemas de fabricação e importação. Porém, no segundo semestre do mesmo ano, o número de caixas já retorna ao patamar de crescimento dos anos anteriores, como podemos observar no gráfico abaixo:

---

<sup>1</sup> [medicalizacao.org.br](http://medicalizacao.org.br)

**FIGURA 2**



Na figura 3, ainda percebe-se um aumento de venda de cloridrato de metilfenidato a partir de junho de cada ano. A relação entre a medicalização e a escolarização sugere uma interpretação possível para tal aumento de vendas de medicamentos: os problemas enfrentados pelos alunos e professores no decorrer do ano letivo. Ou seja, são fortes os indícios de que o calendário de provas das instituições e as avaliações dos professores e educadores permitem o surgimento de novos diagnósticos durante o primeiro semestre e, como consequência, há o aumento de vendas dos medicamentos com base em metilfenidato, que se mantém até as provas finais e somente diminui com o término do ano escolar e férias, cuja preocupação dos familiares com o desempenho acadêmico dos filhos cessa momentaneamente.

**VENDA PROPORCIONAL (%) DE CAIXAS (UFD) DE CLORIDRATO DE METILFENIDATO POR MÊSxANO**

ANO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2008	0,9	4,1	6,8	7,5	9,2	10,9	9,4	11,7	11,8	11,1	9,9	6,6
2009	3,6	5	7,2	7	8,4	9,1	7,5	9,5	11	11,9	11,3	8,5
2010	4	5,6	8,6	8,4	9,5	9	8,1	9,2	9,5	9,6	10,5	7,8
2011	3,8	6,6	7,8	8	7	9,9	8,2	10,7	10,6	10,7	9,7	7,2
2012	4,7	6,9	8,7	8	9,6	9,1	7,9	10,5	9,8	10	8,2	6,5

Fonte: SNGPC (2015)

De acordo com os dados avaliados, o aumento do consumo desses medicamentos é evidente, tanto nos interiores quanto nos grandes centros urbanos, o que revela um retrato nacional preocupante sobre o uso de psicofármacos. É preciso salientar que dentre as razões para o aumento do consumo dessas substâncias atribui-se: o aumento do número de pessoas diagnosticadas com TDAH; o erro no diagnóstico da doença e prescrição indevida de metilfenidato; a pressão da opinião pública, como a exercida por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para tratamento do referido transtorno.

(HARAYAMA; GOMES; BARROS; SANTOS,2015).

O que também é preocupante são as consequências do uso prolongado dos medicamentos citados acima por crianças e adolescentes. Essas substâncias têm como base o metilfenidato que é um estimulante do sistema nervoso central derivado da anfetamina que pode causar dependência física e psicológica, e seus efeitos com o uso a longo prazo no organismo ainda não são esclarecidos (ITABORAHY, 2009).

A partir da década de 1950, a Psiquiatria passa a atuar em conjunto com a Psicofarmacologia com a descoberta de novos medicamentos, cuja “eficácia” na redução dos sintomas que se mostrava perceptível no tratamento de doenças mentais. Com rigor metodológico científico fundamentado na Biologia e na Farmacologia, e atendendo bem à velocidade de mudanças de mercado no sistema econômico capitalista, os psicofármacos ganham relevância no campo da Saúde Mental e passam a ser prescritos em diversos contextos do sofrimento psíquico. A “descoberta” de distúrbios, síndromes e transtornos ocorre na mesma velocidade do “surgimento” de novos medicamentos. Assim, o metilfenidato desponta como principal indicação para tratamento do TDAH tanto em crianças e adolescentes, como em adultos (DIONÍSIO; YASUI; SANTOS; LUZIO; SILVA, 2012).

### **1.2.2 O DEBATE SOBRE MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DA PSICOLOGIA ESCOLAR EDUCACIONAL CRÍTICA**

Na escola, os encaminhamentos de crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem para setores de saúde ocorrem diariamente. Foram justamente os frequentes encaminhamentos de crianças com queixa escolar para os postos de saúde que levaram psicólogos e pesquisadores a analisar tais encaminhamentos sob uma ótica crítica. Guarido (2008), além do debate a que se propõe sobre o modo como o desenvolvimento de pesquisas em biologia e neurociências constituem novas formas assumidas pela medicalização do discurso escolar, discute o papel do professor quando este assume a função de “diagnosticar” problemas dos alunos dentro da sala de aula tais como: desvios posturais, deficiência visual, entre outros. Mesmo que os termos descritivos não sejam especificamente médicos, o professor é convocado a exercer a função de especialista na identificação e reconhecimento de sintomas. Há uma divulgação ampla de tais diagnósticos, ao passo que eles começam a fazer parte dos discursos, dos laços sociais.

Logo, tal discurso passa a adentrar o universo escolar e ser aderido pelo discurso pedagógico. Importante enfatizar que esta convocação parte tanto de “dentro” como de “fora” da escola. Dentre os principais motivos mencionados nos encaminhamentos estão atitudes agressivas, dificuldades na leitura e na escrita e apatia.

Para ilustrar esse campo de pesquisa pode-se referenciar o estudo realizado por Souza (2007), no qual a autora analisa os prontuários de atendimento à queixa escolar em clínicas-escola da cidade de São Paulo. Dois momentos podem ser evidenciados: o relato das entrevistas de triagem e o relatório final do processo diagnóstico, realizados por psicólogos. A análise desse material revela que os relatórios produzidos são muito semelhantes entre si, diagnósticos que enfatizam as causas dos encaminhamentos como se justificando em questões individuais: no desenvolvimento da criança, em que se observa uma tendência a pesquisar doenças sofridas nos primeiros anos de vida; e em problemas emocionais familiares como separação de pais, entre outros. A metodologia adotada na produção desses laudos psicológicos, cujas solicitações são feitas pela escola, tem como principal instrumento a utilização de testes psicológicos que focalizam o indivíduo como as medidas de inteligência ou os testes projetivos como o *The House- Tree-Person Technique* (H.T.P) e o *Children's Apperception Test* (C.A.T), os quais enfatizam mecanismos de projeção e introjeção determinados pelas relações vividas no grupo familiar primário. As informações sobre a vida escolar só aparecem quando os professores preenchem um formulário detalhado sobre o aluno encaminhado, porém, nos relatórios finais essas informações não são levadas em consideração pelo psicólogo, que norteia seu olhar no que diz respeito principalmente à questão emocional na relação familiar e na realidade psíquica da criança (SOUZA, 2007).

Souza (2007) conclui que a causa da queixa escolar foi e continua sendo entendida, na maioria das vezes, pelas práticas psicológicas e pelos educadores, como um problema de âmbito emocional que, na escola, aparece como um sintoma do que ocorre com a criança que pode ter origem em disfunções emocionais, neurológicas e/ou em um rebaixamento intelectual. Assim, desconsidera-se a participação do sistema escolar como produtor dessas dificuldades e isso dificulta a proposição de ações que venham a modificar as relações e as ações escolares. O método que é empregado nos laudos e exames psicológicos corrobora a invisibilidade da diversidade das causalidades que podem ser atribuídas à queixa escolar.

É importante evidenciar que a análise de Souza (2007) a respeito da queixa produzida na escola permite verificar: o referencial teórico adotado pelo psicólogo

supervisor do atendimento psicológico, a abordagem dada à queixa, os instrumentos utilizados para levantamento de dados e o encaminhamento dado pelos psicólogos.

Semelhante metodologia de pesquisa é adotada por Dias (2018) quando discute os processos de trabalho e formas de se tratar a queixa escolar em ambulatórios públicos do Rio de Janeiro. Nesta pesquisa exploratória, a autora relata o mesmo caminho percorrido pelas crianças e adolescentes, desde o momento em que ocorre a problematização de seus comportamentos na escola, até que nos ambulatórios de Saúde Mental são atendidas com hipóteses diagnósticas focadas em questões individuais ou familiares. Enfatiza, ainda, a importância do desenvolvimento de um modelo de trabalho que possa interagir com a escola, no sentido de questionar a origem da queixa e como tratá-la sem que a responsabilização seja direcionada à criança ou à família (DIAS, 2018).

O processo de medicalização atual também pode ser melhor compreendido a partir da análise do meio em que circulam os diagnósticos dos transtornos. No âmbito educacional, a interpretação das dificuldades encontradas pelos estudantes em seu processo de aprendizagem como tendo causalidade orgânica, serve, muitas vezes, para fortalecer uma lógica econômica na qual as indústrias farmacêuticas são as principais beneficiadas, por conta da produção e venda de medicamentos direcionadas a essa demanda específica. Assim como nos estudos mencionados anteriormente sobre a rentabilidade econômica da venda do metilfenidato, que tem o nome comercial de Ritalina ou Concerta, e é receitado para portadores do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/TDAH), Souza (2014) sublinha a margem lucrativa que pode ser imaginada, uma vez que a venda das caixas destes medicamentos subiu 1.260% do ano 2000 para 2012.

De maneira mais sutil, consideramos que a medicalização está associada a uma tentativa de homogeneização dos modos de ser, sentir e estar no mundo. Essa normatização de comportamentos ganha seu status nas instituições que tem estrutura, lógica e funcionamento de acordo com uma sociedade que produz lucro aos detentores do poder econômico e político, e que produz ajustamento aos que escapam dos padrões por meio de tratamentos alienantes e ideologicamente comprometidos. Sendo assim, na escola também pode ser observada, cada vez mais presente, a legião de jovens que não se adaptam e não aprendem a ler e escrever, por conta principalmente da precariedade das condições de ensino, e são diagnosticados como portadores de doenças psíquicas e submetidos a tratamentos medicamentosos e consultas com especialistas das áreas fonoaudiologia, psicopedagogia e psicologia.

As relações estabelecidas na escola entre adultos e crianças/adolescente são permeadas por dispositivos e mecanismos que anulam o diálogo, buscando silenciar as expressões e manifestações que surgem no contexto escolar. Há uma tendência de se reproduzir o discurso dominante, que é marcado pela ausência de comunicação dialógica e a negação da diversidade e riqueza das experiências do sujeito. Assim, o objetivo se torna escolarizar para atender aos padrões pré-estabelecidos e o alcance de resultados idealizados, buscando o enquadramento, a submissão e o aprisionamento como lógica de funcionamento (RIBEIRO, 2015, MELO, 2016).

Souza *apud* Souza (2014) elucida sobre a concepção de queixa escolar como aquela que tem em seu centro o processo de escolarização e entende a existência de uma rede de relações que tem a criança/adolescente, sua escola e sua família como personagens principais. A autora relaciona, nesta alegoria, as pessoas como sendo os nós dessa rede, e os fios como as relações estabelecidas, de maneira que tudo está interligado, então quando uma parte se movimenta cria-se também uma movimentação nas partes que estão imediatamente conectadas a ela. Nesse sentido, abordando a queixa escolar, é possível pensar que a crianças, família e escola estão interligadas produzindo fracassos. Ainda propõe um trabalho buscando a potencialização dessa rede, uma forma de contrapor o aspecto de individualização da queixa e do adaptacionismo das concepções e ações medicalizantes, também objetivando reposicionamentos e movimentos que passem a produzir o desenvolvimento e a saúde mental de todos os participantes.

---

Em uma pesquisa realizada por Coutinho e Moreira (2018) é relatado o caso de um jovem adolescente acompanhado por dois anos pelos participantes do projeto de pesquisa desenvolvido em ambulatório de saúde mental infanto-juvenil do Rio de Janeiro, cujo objetivo foi observar de que modo o mal-estar aparece nos discursos dos atores (pais, escola, médicos e criança/adolescente) envolvidos na situação do encaminhamento em questão. O levantamento de dados foi realizado a partir de entrevistas clínicas, reuniões com a família, com a escola e especialistas e análise de prontuários. No início da pesquisa, Pedro<sup>2</sup> tinha 16 anos, porém desde os 8 anos foi encaminhado a diversos especialistas (psicólogo, psiquiatra, neurologista) com a queixa de que era muito agitado e por conta das dificuldades de aprendizagem que dificultavam sua inserção no ambiente escolar. Foi diagnosticado com TDAH e passou a ser medicado com Ritalina, cujo uso foi suspenso

---

<sup>2</sup> Nome fictício

após a constatação de que não houve mudança no quadro. Aos 13 anos foi diagnosticado com retardo mental leve e, na escola, houve a solicitação para que houvesse atenção especial em sala de aula.

Este jovem não conseguia ler nem escrever corretamente, repetiu o quinto ano do Ensino Fundamental por três vezes, e a escola o considerava incontrolável. Se desentendia frequentemente com os colegas de classe, se recusava a participar de atividades pedagógicas e o número de faltas era significativo. Nos primeiros atendimentos clínicos, o jovem já demonstrava dificuldades em emitir respostas, o que, aliado ao discurso produzido através do diagnóstico, ocasionaram em falas como: -Eu não consigo aprender porque sou “TDAH”. A mãe do adolescente também utilizava o discurso proferido pelos especialistas para caracterizar a situação do filho. Em suas falas, o colocava no lugar de aluno “especial”, dificultando a possibilidade de o sujeito elaborar um significado para os problemas que atrapalhavam sua vida escolar. Afirmações como “Ele não quer estudar, não quer nada com nada” ou “Ele não aprende porque é TDAH” faziam parte do discurso da mãe quando se referia ao jovem em questão (COUTINHO; MOREIRA, 2018).

Ao longo de 2 anos, ocorreram alguns acontecimentos significativos na vida do rapaz. Pedro passou a frequentar uma turma da Educação de Jovens de Adultos (EJA) mas largou a escola antes de terminar o Ensino Fundamental para começar a trabalhar, pois nas suas falas estava presente esta vontade de tentar novas experiências/significações, e que isso poderia se dar a partir do trabalho. Porém, também teve dificuldades de adaptação aos padrões emocionais e físicos esperados no trabalho. Em uma ocasião, o jovem desmaiou no banheiro da lanchonete em que trabalhava, pois se sentia pressionado pelo número de clientes em determinados momentos. Após o revés do trabalho o jovem ainda eximia a responsabilidade atribuída a si mesmo. No final da pesquisa, o jovem conseguiu um emprego de entregador de pizza, porém sua situação escolar ainda estava indefinida (COUTINHO; MOREIRA, 2018).

O artigo de Coutinho e Moreira (2018) também demonstra como o processo de medicalização vai muito além da prescrição de medicamentos, uma vez que a Ritalina, nesta ocasião, não teve o efeito desejado. Após receber um diagnóstico, o jovem fica marcado pelo estigma TDAH, identificado e alienado na classificação que recebera, discurso presente em suas próprias elaborações e nas falas da mãe, dificultando a possibilidade de desenvolver respostas singulares para superação do seu quadro. Neste sentido, o mal-estar gerado por este processo se estende até a vida adulta, em que o sujeito

se esforça para seguir direções próprias, mas os padrões exigidos no mercado de trabalho estão aquém de serem atingidos considerando sua fragilidade emocional pelo acúmulo de fracassos.

De acordo com as pesquisas citadas, compreendemos que a maneira pela qual as dificuldades de aprendizagem vêm sendo tratadas atualmente na escola revela a influência potente do discurso médico como modalidade de intervenção diretamente no corpo do aprendiz. É cada vez mais frequente o uso de medicamentos por parte dos alunos que não alcançam os padrões quantitativos e qualitativos estabelecidos pela escola. Essas substâncias atuam no corpo e modificam o comportamento de crianças e adolescentes com o objetivo de lhes garantir a eficácia esperada no processo de escolarização e a redução dos sintomas que causam incômodo, que dificultam a implementação da rotina institucional, como agressividade, agitação, falta de atenção.

O saber médico e seu *status* científico faz parte dos discursos que circulam dentro e fora da escola. A repercussão da sua utilização dentro da escola produz um processo de estigmatização e rotulagem que é simbolizada através da doença. Assim, os alunos recebem uma marca, um diagnóstico que muitas vezes carregam por toda a vida, o que dificulta a elaboração de respostas para os seus próprios impasses. A possível consequência desta dinâmica é o aumento da desigualdade social, visto que na atualidade, os sujeitos que não dominam as técnicas para adquirir conhecimento estão mais propensos a serem dominados pela cultura do capital e inseridos na lógica da exploração do trabalho.

### **1.2.3 RESSIGNIFICANDO A TEORIA DA CARÊNCIA CULTURAL**

Buscando compreender os processos que levam ao fracasso escolar bem como a caracterização das dificuldades de ensino/aprendizagem, deve-se levar em consideração a relevância dos trabalhos publicados por Maria Helena Souza Patto, a partir da década de 1980, sobre a patologização e a psicologização no contexto escolar, que são, no contexto de sua pesquisa, as modalidades de atuação do psicólogo educacional que contribuem para responsabilizar os próprios alunos pelas dificuldades vivenciadas durante a escolarização, sobretudo os alunos de população baixa renda da rede pública de ensino.

Viégas e Freire (2015) analisam a produção intelectual da autora no que tange à utilização dos termos medicalização, patologização e psicologização, obtendo referências que vão desde a tese de doutorado de Patto, publicada no livro “Psicologia e ideologia:

uma introdução crítica à psicologia escolar”, em 1984, passando pelo artigo produzido em 1988 intitulado “O fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características de um discurso”, e concluindo, o resumo de conceitos obtidos na leitura do livro “A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia”, publicado em 1990. É conveniente enfatizar que essas obras contribuíram significativamente para construção do campo de saber da Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica, e influenciaram uma geração de pesquisadores que nas últimas duas/três décadas produziram trabalhos sobre o tema medicalização, psicologia e fracasso escolar.

Os autores abordam a análise realizada por Patto em sua tese de doutorado sobre as origens históricas da psicologia científica no início do século XX, que a partir de um viés ideológico e caráter classificatório, é promovida para identificar os indivíduos mais capazes, atuando por meio de três modalidades dominantes: a aplicação de testes de inteligência e prontidão para aprendizagem e psicodiagnóstico; a realização de psicoterapia e avaliação psicológica na escola; e a criação de programas de higiene mental junto a pais, alunos, administradores e professores, baseados numa concepção adaptacionista de saúde mental. Sendo assim, o processo de psicologização se faz presente, quando se atribui a origem do fracasso escolar a questões biológicas individuais dos alunos, corroborando a função ideológica da sociedade capitalista marcada pela luta de classes, desigualdade social e exploração do trabalho pelas classes subalternas. No que diz respeito ao ensino público e aos alunos mais pobres, essa prática ainda desempenha a função de precarização da educação oferecida para essa parcela da população, já que serve a ocultar a natureza social e política dos problemas existentes (FREIRE; VIÉGAS, 2015).

Historicamente, nos demonstra Patto (1992), o fracasso escolar das crianças que pertencem às classes populares é marcado por diversas justificativas, de ordem biológica, emocional, física e de ajustamento que apontam os problemas de aprendizagem como efeito de mau desenvolvimento do aluno. Tendo sua origem nos Estados Unidos, a “teoria da carência cultural” surge como resposta aos movimentos reivindicatórios de negros e latino americanos que questionavam por que as camadas mais pobres não conseguem ter melhores resultados na sociedade norte-americana. As pesquisas que receberam investimento de verbas públicas para sua realização apontaram como resposta que os brancos teriam melhores oportunidades porque são mais escolarizados. A população que não atinge o mesmo nível estaria incluída na lista de famílias desajustadas, as quais não oferecem um ambiente ideal para a criação dos filhos. Desta maneira, justifica-se que as

crianças adquirem deficiências físicas e psíquicas que os impedem de aprender e frequentar a escola. A autora menciona diversas concepções científicas que têm em comum o apontamento dos alunos e suas famílias como causa das dificuldades de aprendizagem, como as concepções genéticas e ambientalistas da inteligência. Essas versões do conhecimento compreendem “ambiente”, de maneira naturalista e a-histórica, uma vez que não consideram aspectos sociais de dominação e poder, o que revela a presença do senso comum e de preconceitos e estereótipos direcionados aos mais pobres e não-brancos.

Neste mesmo texto, Patto discorre sobre o papel adotado pela Psicologia Científica no início do século XX, que contribuiu para justificar a desigualdade social dos grupos e classes após a Revolução Francesa. Em oposição ao sistema feudal, a Revolução Francesa adotou a igualdade, liberdade e fraternidade como principais ideais a serem seguidos, porém a existência entre ricos e pobres era notável, e as justificativas religiosas não poderiam mais ser sustentadas. Portanto, o cientificismo deveria ocupar o lugar da Igreja na transmissão de verdades, levando em conta as características de neutralidade e objetividade. Então as causas da desigualdade passaram a receber explicações baseadas na “igualdade de oportunidades”, na diferença de capacidades individuais em que os mais aptos estariam mais propensos ao êxito no convívio social. A autora menciona o aparecimento do “darwinismo social” que significa exatamente que os indivíduos mais capazes seriam os vencedores, uma vez que todos teriam as mesmas oportunidades. Se uma família é mais rica é porque os seus participantes lutaram e conseguiram um lugar de destaque exclusivamente por conta do desenvolvimento de melhores habilidades. Patto (1992) cita Klineberg para demonstrar as pesquisas antropométricas que foram implementadas para produzir provas da inferioridade de pobres e não-brancos, como a escavação de cemitérios atribuídos às classes “superiores” e “inferiores” em busca de números que justificassem o racismo na ciência.

Otto Klineberg (1899-1992), psicólogo social e antropólogo canadense radicado nos Estados Unidos, foi um crítico dos testes de inteligência que adotavam marcadores raciais para evidenciar diferenças de desempenho entre os brancos, negros, indígenas e imigrantes norte americanos. Klineberg, desde os anos 1920, se posicionou contra a crença social da hierarquia das raças, em uma época que a visão racialista tinha respaldo científico nos Estados Unidos, e utilizava para isso os testes de inteligência que supunham melhores desempenhos entre brancos comparados a outros grupos étnicos. Esses testes foram desenvolvidos pelos psicólogos franceses Alfred Binet e Théodore Simon, que criaram a

escala Binet-Simon e, posteriormente, o alemão Wilhelm Stern e o americano Lewis Terman incluíram o quociente de inteligência. Os Estados Unidos, entre as décadas 1910 e 1920, implementaram estas escalas antropométricas nas pesquisas quantitativas de agências do Estado e organizações privadas. De acordo com artigo científico publicado por Maio (2017), a elaboração e utilização dos testes de inteligência tiveram forte influência do eugenista britânico Francis Galton, que afirmava o caráter hereditário da capacidade intelectual humana e propunha o uso de instrumentos que pudessem mensurar a diferença de atributos psicológicos com base no pertencimento de grupos raciais.

Assim, Klineberg, que se posicionava contra a suposição de que a inteligência constituía uma capacidade biológica inata e hereditária, passou a colocar os testes à prova. Entre 1920 e 1950, em algumas de suas pesquisas, analisou a relação entre fatores como educação e condição socioeconômica na diversa gama de resultados obtidos por brancos e não-brancos nos testes de inteligência. A exemplo disto, Maio (2017) cita a pesquisa em que Klineberg aplicou testes em crianças indígenas e brancas com variação de idade entre 7 e 16 anos, chegando à conclusão que o fator agilidade, um dos parâmetros para medir a inteligência, constituía atributo somente das sociedades modernas e competitivas como a norte americana, e portanto, não poderia ser considerado critério absoluto para avaliação das aptidões mentais.

Retornando à análise das publicações de Patto, em artigo publicado em 1988, a autora enfatiza a relação entre o fenômeno da medicalização e as práticas de caráter ideológico que servem para explicar o fracasso escolar. Patto (1988) critica a “teoria da carência cultural” presente no pensamento educacional brasileiro, que entende a criança pobre como incapaz de aprender os conteúdos escolares. Neste artigo, a autora analisa o discurso oficial da Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos (RBPE), que reúne colaboradores e intelectuais e técnicos envolvidos com a política educacional. Em comemoração de quarenta anos de existência (1944-1984), a revista traz publicações de destaque que serviram de referência para as práticas pedagógicas desse período histórico que tomaram como objeto o problema do fracasso escolar e suas causas.

Inicialmente, Patto (1988) aborda a predominância na RBPE de autores com os pontos de vista pedagógicos pautados pelo movimento da Escola Nova. Essa visão política é sustentada pelos pressupostos do liberalismo, em que prevalece a crença da igualdade de oportunidades na sociedade capitalista, cabendo à escola a responsabilidade de se tornar um lugar onde possa haver a identificação dos mais aptos, independente da origem social.

A autora também percebe que o diagnóstico do ensino público durante essas décadas permaneceu inalterado, sempre recebendo avaliações negativas tanto quantitativa quanto qualitativamente. Isso sugere que as medidas que foram adotadas por todos esses anos, assim como a caracterização da origem dos problemas, não viabilizaram mudanças positivas na oferta de educação pública, o que revela que as concepções equivocadas no pensamento dos colaboradores serviram para agravar os desfalques existentes nas escolas. Nos discursos oficiais veiculados pela revista, palavras como “calamidade” serviram para qualificar o ensino primário do país, tanto nos anos 1940 quanto nos anos 1980. Porém, as explicações não foram atribuídas, em nenhuma hipótese, à metodologia empregada pelas escolas, tampouco levantou-se a suspeita dos equívocos no pensamento e elaboração dessas políticas. Como observa Patto (1988):

“Quando se trata de explicar as causas das dificuldades da escola elementar pública, as análises contidas na RBPE incluem desde considerações não- críticas de natureza econômica, política, social, cultural – sempre no marco de uma visão liberal de mundo e de uma concepção funcionalista de sociedade – até referências às dimensões pedagógica e psicológica do processo educativo. É no âmbito destas últimas que se localiza uma incoerência fundamental do discurso educacional que o torna um *discurso fraturado*: de um lado – e de acordo com uma clara influência da filosofia educacional escolanovista – há críticas aos métodos de ensino, especialmente à ausência de significado para o aprendiz de um ensino formalista baseado na memorização, e levado a efeito por um corpo docente via de regra incapacitado; de outro – e em íntima relação com a medicalização do fracasso escolar ocorrida desde o início do século – a atribuição das dificuldades de aprendizagem escolar a distúrbios físicos e psíquicos localizados no aprendiz, em sua família, ou até mesmo em seu professor. Quando o nível pedagógico e o psicológico comparecem juntos num mesmo artigo ou ensaio, o resultado é uma explicação que não resiste a qualquer análise lógica.” (PATTO, 1988, p. 74)

Aqui, Patto observa claramente a contradição do discurso especialista a respeito das políticas educacionais, e utiliza a palavra medicalização em conjunto com o fracasso escolar, criando uma relação em que o primeiro conceito é ocasionado pelo segundo. Interessante em seu ponto de vista é que a autora se refere a um “discurso fraturado”, pois é contraditório, e deixa sinais da sua ineficiência. Porém, seu trabalho demonstra que é possível desmontá-lo com a análise crítica do pensamento.

Em relação ao preconceito e estereótipo presentes no discurso científico, Patto discorre sobre as teorias racistas que sempre estiveram presentes na cultura brasileira. Caracterizado pelo trabalho escravo e pela prática institucional do favor, o país tem em sua história a marca incrustada do racismo como parte do caráter nacional, que aderiu às teorias

de inferioridade racial e sobre o arianismo da aristocracia, ambos provenientes da Europa. É notável a presença de médicos nesse processo de influência das teorias racistas, como Raimundo Nina Rodrigues, médico baiano, que afirmava ter obtido provas sobre a inferioridade da raça negra; seu discípulo Arthur Ramos (1939), intelectual que realizou síntese entre as teorias racistas, a psiquiatria e a psicanálise, entre outros. Sobre isso, Patto discorre:

“Na passagem do século [XX], frequentemente os estudos de psicologia e de antropologia foram conduzidos por médicos-pesquisadores, muitas vezes preocupados com as relações entre raça, clima e personalidade, desenvolvendo temas de Criminologia e Psicologia Forense, visando à compreensão e solução de problemas sociais através de programas da Medicina Social. A influência desta vertente médica da psicologia tornou-se ainda maior nos meios educacionais a partir do momento em que a presença de médicos no corpo docente das escolas normais passou a ser usual. De outro lado, a própria trajetória institucional de muitos destes médicos foi decisiva para os rumos da explicação do insucesso escolar e do tratamento que passou a lhe ser dispensado nas décadas seguintes: dos Hospitais Psiquiátricos para os Institutos, Ligas e Clínicas de Higiene Mental, destes para os Serviços de Inspeção Médico-Escolar, destes para as Clínicas de Orientação Infantil estatais e destas para os Departamentos de Assistência ao Escolar das Secretarias de Educação.” (PATTO, 1988, p. 75)

Estes fragmentos sugerem a significativa relevância que o discurso médico-científico ganhou ao longo do século nas práticas escolares. Patto realiza uma análise minuciosa sobre os escritos contidos na RBPE, em que relata, em forma de denúncia, a maneira como as políticas educacionais foram criadas a partir da visão de mundo de que a classe pobre, que também é negra, é desprovida de habilidades cognitivas e sensoriais que a possibilite absorver os conteúdos escolares. Isso demonstra que o fenômeno da medicalização da educação atual tem um engendramento histórico na política educacional brasileira, que permite sua compreensão por conta das evidências discursivas e elementos chave que certamente influenciaram os modos de subjetivação contemporânea na escola.

#### **1.2.4 A MEDICALIZAÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR: A LÓGICA PATOLOGIZANTE**

De maneira próxima a Patto, Carraher *et al.* (1982) discutem a evasão e o fracasso escolar no sistema educacional brasileiro levando em consideração a existência de concepções distintas de fracasso, como a que coloca o indivíduo como centro do problema, ou que focalizam determinada classe social, ou sistema social, econômico e político como causalidade. Os autores criticam a teoria da “privação cultural”, que compreende o fracasso escolar como efeito de deficiências afetivas, cognitivas e comportamentais entre as crianças de “ambientes desfavorecidos culturalmente”. Assim, o processo de aprendizagem da matemática, leitura e escrita estaria comprometido caso o aprendiz estivesse inserido em “ambientes culturais deficitários”, permanecendo alheio, nos primeiros anos de vida, às experiências fundamentais no desenvolvimento de qualquer indivíduo. Esta teoria ainda compreende que os problemas de saúde e alimentação que causam as deficiências ocorrem com mais frequência na população de baixa renda. Porém, frente ao questionamento sobre os alunos que pertencem a essa classe social e obtêm bom rendimento escolar, afirmam que: “(...) apenas aqueles indivíduos da classe baixa que sofressem de fato da ‘síndrome da privação cultural’ estariam fadados ao fracasso escolar” (CARRAHER *et al.* 1982, p. 80).

Nesta mesma publicação, os autores abordam a teoria que atribui o fracasso escolar a não valorização da educação por parte da população de baixa renda, por não entenderem um sentido prático no aprendizado institucional. Assim, grande parcela de indivíduos podem não almejar êxito no processo de escolarização, pois não é algo que lhes traga rendimentos extras para sustento da casa e de família, ou que contribua para empregá-los precocemente, que seriam demandas mais urgentes para essa parcela da população. Esta linha de raciocínio, então, não compreende o fracasso escolar como um fracasso real, mas somente aos olhos dos outros, pois o sucesso na escola não seria almejado pelos sujeitos inseridos neste determinado contexto sociocultural (CARRAHER *et al.* 1982).

Outra concepção de fracasso, apontada por Carraher *et al.* (1982), é a que considera a escola como aparelho ideológico do estado, e então a maneira como o sistema educacional se organiza, privilegiando o ensino de qualidade aos colégios particulares, faz com que a parcela da população em vulnerabilidade socioeconômica tenha acesso apenas ao ensino público destituído e de má qualidade. Esta seria uma maneira de manter o controle social exercido pelo estado.

Em contraponto a estes pontos de vista, os autores apontam para o entendimento do fracasso escolar como um fracasso da escola, considerando a existência das diferenças de natureza social “(...) em que as características culturais são vistas como expressão simbólica do econômico e do político, constituindo, pois, parte essencial da explicação do fenômeno”. (CARRAHER *et al.* 1982, p. 81). A partir deste ponto, sugerem a reflexão sobre os problemas entre o que é ensinado na escola e as habilidades desenvolvidas na vida cotidiana de crianças inseridas em contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Desta maneira, a exemplo do uso da matemática, crianças e adolescentes, em geral, a partir de dez anos de idade que trabalham ajudando membros da família em atividades de venda passam por situações em que utilizam conhecimentos de cálculo no decorrer de suas ocupações. Problemas como quanto custa um produto, quanto devem dar de troco, multiplicação e até mesmo divisão em situações mais complexas fazem parte do cotidiano neste contexto. Com o objetivo de observar o desempenho das crianças, neste mesmo estudo, os autores elaboraram um teste formal e um teste informal e aplicaram em crianças e adolescentes de 9 a 15 anos, de escolaridade que variava entre terceira e oitava séries do Ensino Fundamental<sup>3</sup>. Os participantes foram avaliados no contexto em que normalmente realizam os cálculos: na barraca de cocos, ou próximo ao carrinho de pipocas. No teste informal, o examinador propunha diferentes questões matemáticas para obtenção de respostas verbais. No teste formal os problemas foram colocados na forma de operações aritméticas a serem resolvidas sem qualquer contexto, e também problemas do tipo escolar: “Maria comprou ... bananas, cada banana custava ... , quanto dinheiro ela gastou?”. Como resultado, 98,2% dos problemas do teste informal foi resolvido corretamente, enquanto a taxa de acertos do teste formal apresentaram 36,8% das operações e 73,7% dos problemas.

A discussão dos resultados no estudo realizado por Carraher *et al.* (1982) nos mostra que a performance das crianças em relação aos problemas matemáticos com elementos práticos e que levam em conta contextos naturais mais próximos do contexto de vida das crianças é melhor do que nas operações escolares simples que não levam em conta tais contextos naturais. Dado que confronta as estratégias de ensino escolar nas quais prioriza-se, implicitamente, a explicação sobre as operações matemáticas formais para depois serem aplicadas em contextos específicos.

---

<sup>3</sup> Atualmente, seria equivalente ao quarto e nono ano do Ensino Fundamental.

As habilidades necessárias para obtenção de respostas no teste informal envolvem os seguintes aspectos cognitivos: interpretação do problema, determinação da operação a ser realizada e efetuação da operação. Os autores destacam que a discrepância observada nos resultados pode ser associada a dificuldades como a escrita e a representação de números no papel, uma vez que as respostas verbais foram corretas e o raciocínio lógico foi utilizado com êxito. Ou seja, os métodos utilizados, embora corretos, não seriam tão aproveitados na escola como o são na vida cotidiana dessas crianças e adolescentes. Nesta pesquisa, concluem, pode-se constatar a competência matemática dos entrevistados, o que no contexto escolar poderia aparecer como rendimento insatisfatório pela inadequação dos métodos empregados para resolução de problemas. Deste modo, os pesquisadores concluem:

“Dentro deste contexto, o fracasso escolar aparece como um fracasso da escola, fracasso este localizado a) na incapacidade de aferir a real capacidade da criança; b) no desconhecimento dos processos naturais que levam a criança a adquirir o conhecimento e c) na incapacidade de estabelecer uma ponte entre o conhecimento formal que deseja transmitir e o conhecimento prático do qual a criança, pelo menos em parte, já dispõe.” (CARRAHER *et al.* 1982, p. 86).

A análise da queixa escolar produzida nas escolas por professores e educadores compõe material que pode gerar diversos desdobramentos teóricos no campo da Psicologia Escolar e Educacional. A abordagem do tema da medicalização também pode ser feita de diversas perspectivas. Este estudo visa à abordagem do tema medicalização da vida escolar de maneira crítica, buscando autores que considerem aspectos sociais e históricos no entendimento de conceitos. Além disso, para pensar em caminhos possíveis de atuação na escola dentro desta perspectiva, é fundamental a busca de um entendimento da maneira como surgem as dificuldades de aprendizagem nos alunos, considerando a estrutura e funcionamento escolares, mecanismos de planejamento organizacional como controle das atividades, delimitação de horários, comportamentos e gestos considerados adequados.

Neste contexto, é possível notar que o processo de medicalização se inicia, muitas vezes, na escola quando o aluno apresenta dificuldades nas etapas de ensino-aprendizagem, e por isso é encaminhado a setores de saúde, onde, não raras vezes, o especialista confirma o diagnóstico apresentado na queixa e aponta como principal forma de tratamento o uso de medicação. Podemos supor que essa situação ocorre em diversos estados brasileiros, dado às suas similaridades políticas e estruturais no âmbito da

educação.

A partir do conhecimento desses fatos, torna-se relevante pensar quais foram os fatores e contextos que fizeram com que a sociedade atual, com seus aparatos técnico-científicos, adotasse o modelo médico-biológico como dominante no âmbito das relações humanas e políticas sociais. Parece certo que o modo de funcionamento das instituições está inclinado a favorecer e incentivar a lucratividade da indústria farmacêutica, já que na lógica do sistema econômico capitalista o aumento de oferta do produto, combinado com a necessidade e demanda gerada pelo discurso, apresenta resultado extremamente rentável financeiramente para os que obtêm os meios de produção. Também chama atenção a inexpressividade dos atores inseridos nessa lógica, que acatam as decisões tomadas por especialistas acerca do cuidado de seus filhos e de si, o que sugere certa naturalidade com que recebem essas ideias e recomendações.

O que tem sido notável é que a prática médica pressupõe um meio discursivo em que circulam informações sobre a constituição biológica do ser humano, assim como seu modo de funcionar adequadamente. Esse discurso que está dentro e fora da escola, convoca os profissionais da educação a atuarem em seu sentido, contribuindo na elaboração de elementos que o qualifiquem como verdade incontestável. Podemos apontar como consequência deste processo o aumento da negligência por parte dos agentes sociais sobre as instituições escolares, que, ao se depararem com o diagnóstico direcionado a crianças e adolescentes, encerram qualquer possibilidade de discussão sobre as questões como: métodos de ensino, mudanças na dinâmica de organização escolar, elaboração de conteúdo e em relação a pensar meios de resolver os problemas que surgem ou aparecem no ambiente educacional.

## **CAPÍTULO 2: TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS PARA AS SUBJETIVIDADES DO NOSSO TEMPO**

Como maneira de buscar aprofundamento sobre o processo de medicalização na contemporaneidade é possível direcionar o olhar para algumas transformações ocorridas na passagem do período nomeado modernidade para a pós-modernidade. O objetivo aqui é investigar algumas modificações no campo sociocultural que puderam contribuir para que a ciência médica e os saberes relacionados à área de cuidado, na sociedade ocidental, chegassem ao patamar de uma representação atual a partir da qual dita políticas públicas e modos de se comportar socialmente. Serão apresentados alguns conceitos desenvolvidos por autores de áreas de conhecimento distintas, porém, complementares à percepção crítica das sociedades, suas transformações e impacto nas subjetividades durante este período histórico. Sendo assim, o objetivo neste capítulo é apontar alguns acontecimentos na evolução das teorias e práticas científicas que tem como principal objeto a subjetividade humana, assim como também elencar mudanças no tecido social e no âmbito familiar que abriram espaço para a incorporação do discurso médico na cultura. Não temos a finalidade, neste momento, de explorar a grande quantidade de acontecimentos históricos relevantes para o aparecimento e fortalecimento do fenômeno da medicalização atualmente, e sim apresentar algumas modificações no tecido social que podem ter contribuído para esse processo.

### **2.1 OS ESPECIALISMOS E O DESLOCAMENTO DA AUTORIDADE PARENTAL**

A partir da área de conhecimento da psiquiatria infantil e medicina social, Lima (2005) aborda uma série de questões relacionadas ao desenvolvimento da medicina na cultura e como as transformações sociais impactaram nos modos de ser do sujeito contemporâneo.

Nas últimas décadas é recorrente a atribuição que se faz do mal-estar psíquico a causas biológicas como as compreendidas pelos transtornos descritos na quarta e quinta versão do *Diagnostic and Statisc Manual of Mental Diseases* (DSM-IV e DSM-V). A forma de abordagem dos desconfortos decorrentes da vida no ocidente, até meados do século passado, poderia considerar outras instâncias como a precariedade de serviços prestados pelo Estado ou mesmo conflitos interiores para significar as dores e sofrimentos.

Porém, uma leitura mais pormenorizada das tendências atuais mostra que o campo psiquiátrico tem abrigado tais formas de pensamento e entendimento do mal-estar, que dispensa explicações de ordem psicológica, sociológica, pedagógica ou provenientes da moral leiga, e reduz a sua causalidade a aspectos orgânicos e biológicos(LIMA, 2005).

Lima (2005) aponta para importância da contextualização histórica para entendimento crítico sobre as formas de subjetivação. O autor propõe um olhar sobre as mudanças ocorridas decorrentes da fragmentação do campo social e das identidades individuais, os quais mostram os efeitos da troca da segurança pela liberdade desregulamentada descritos, por exemplo, na obra de Zygmunt Bauman. O processo de “destemporalização do espaço social” é tratado por Bauman como um dos aspectos que evidenciam as diferenças entre os modos de ser do indivíduo moderno e pós-moderno. Enquanto o indivíduo moderno investiu no tempo características de espacialidade para organização social, o que proporcionava o sentido de segurança e progresso e que também oferecia um delineamento e direção para as experiências de vida; na pós-modernidade há a ruptura do valor do tempo como algo linear e garantido, e a estratégia para se viver tem sua ênfase no momento presente, em que tudo pode mudar em instantes e o transitório passa a ser enfatizado no lugar do estático. Assim, a capacidade do indivíduo se adaptar passa a ser a característica esperada para que haja sucesso na vida de incertezas (LIMA, 2005).

Outro fator abordado por Lima (2005) como preponderante para as transformações na subjetividade é a desregulamentação do mercado econômico, em que prioriza-se a liberdade do fluxo de capitais em detrimento da garantia de direitos oferecida pelo Estado, pela seguridade social e por organizações sindicais. A ideia de oportunidades igualitárias promovida pela concepção de livre mercado capitalista contribui para suprimir as regras estabelecidas por projetos coletivos, tendo como consequência a ameaça aos empregos, a desvalorização de conhecimentos adquiridos, o temor da perda da posição social. Lima destaca outras ameaças:

“O espírito de consumismo e competição, associado às incertezas permanentes, mina os laços comunitários, que são impossibilitados de se conservarem duradouros. Como as relações interpessoais vão se regendo pela lógica do mercado, seu exercício vai assumindo um caráter de desfrute interesseiro, imediato e efêmero de experiências agradáveis.” (LIMA, 2005, p. 25)

Esse novo modelo de vida impacta a subjetividade, levando o consumo a assumir o papel de facilitador da pouca sociabilidade que restou da modernidade. Os indivíduos passam a ser estimulados a buscarem aventuras e realizações momentâneas, afastando-se do pensamento de construção de objetivos sólidos e duradouros. O comportamento de desejar a breve satisfação e no momento seguinte desviar o foco para novos interesses também passageiros é característica dos sujeitos contemporâneos nomeados por Bauman como “colecionadores de sensações”. Essa reflexão apontada por Lima (2005), a partir das transformações na cultura, aponta para um novo arranjo subjetivo, em que a intensidade das experiências e a importância da renovação de vivências exigem um padrão de classificação em que o indivíduo se vê implicado a questionar se está obtendo sucesso no consumo de sensações. A ineficiência do sujeito contemporâneo em manter o nível progressivo de satisfação esperado faz com que haja a busca por profissionais “especialistas na identidade” para que estes possam medir a sua intensidade de vida e utilizarem de sua técnica para elevar o seu padrão de sensações (LIMA, 2005, p. 27-29)

Bezerra Jr. (2010) aponta para a ruptura de um modo de vida pautado em determinações provenientes da cultura que indicavam um roteiro a ser seguido de acordo com variáveis como etnia, religião, e classe social. O que o autor denomina por “sociedades de risco”, na atualidade, reflete um novo processo de construção da subjetividade que é marcado pela incerteza, imprevisibilidade e multiplicação de possibilidades para a vida. O enfraquecimento da ordem simbólica que tem como base as tradições faz emergir o indivíduo cuja identidade está baseada em sua autonomia como valor central. A definição do indivíduo, sua origem e trajetória, é cada vez mais relacionada à ideia de que sua vida é construída por escolhas, e cada vez menos ligadas aos significados definidos pelo seu contexto sociocultural. O advento das biotecnologias ampliou este processo, contribuindo para o aparecimento do imperativo que coloca a felicidade individual como meta principal da vida, e que tem um padrão de sucessos e fracassos elaborado como referencial. Nas palavras do autor: “Aparentemente hedonista, esta sociedade acaba impondo aos sujeitos um esforço incessante para se manterem à altura de expectativas – de performances física, mental e social – que não conseguem atender” (BEZERRA JR., 2010, p. 119).

A partir desta pressão social exercida para que os indivíduos sejam realizados e felizes, nasce uma demanda por assistência e consultorias para dar suporte a esta ideia de construção de vida. Bezerra Jr. (2010) aponta dois caminhos, quando faltam os

referenciais simbólicos tradicionais: a ancoragem dos valores e sentido da vida no real do corpo, o qual o discurso da ciência, da biologia em especial, atuará como suporte para extrair o máximo de realização; a ancoragem nos objetos como suporte estável para o eu, em que o indivíduo elege a referência objetual para dar conta da falta de solidez ou de ideal simbólico.

Se, por um lado, na cultura, há a nova concepção de vida aliada à livre circulação de capital que sugere transformações na maneira de viver dos indivíduos, e tem como resultado o aparecimento da subjetividade colecionadora de sensações e das sociedades de risco; por outro, no âmbito da família, também há modificações nos modelos parentais de identificação na transição da modernidade para a pós-modernidade.

A análise de Lima (2005) sobre a organização subjetiva do indivíduo contemporâneo aponta para as contribuições do historiador Christopher Lasch sobre a família burguesa e processo de esvaziamento das funções parentais no cuidado com os filhos, decorrente das transformações na cultura.

As considerações de Christopher Lasch, apresentadas por Lima (2005), sobre o desenvolvimento do capitalismo indicam que as modificações ocorridas nos arranjos políticos e econômicos produziram efeitos marcantes na constituição da subjetividade. Importante evidenciar o papel da família como referência primordial para os indivíduos em seus primeiros anos de vida, e como elemento que constitui relação inerente com a cultura, pois é a partir das figuras parentais que se tem, em primeiro momento, a representação do mundo e suas maneiras de existir em sociedade. Durante a modernidade, a concepção de casamento prudente e seguro foi associada à acumulação de capital. Os filhos eram considerados peça chave para o plano de continuidade do desenvolvimento econômico familiar, por isso a infância passou a ser interpretada como fase específica do indivíduo, marcada pela vulnerabilidade e inocência, e que por isso merecia cuidados especiais. As crianças passaram a não frequentar os mesmos espaços que os adultos, cabendo à escola e aos especialistas assistenciais desempenharem a função de cuidado. A prevalência do amor romântico em detrimento do casamento arranjado fortaleceu a ideia da família nuclear como refúgio da brutalidade do mundo externo, ocasionando o distanciamento da família extensa e de todos que permaneciam fora de seu alcance. A noção de privacidade aproximou os membros da família e intensificou os conflitos emocionais provocados pela estreita relação que estabeleceram. No final do século XIX, os Estados Unidos registraram sinais evidentes de crise deste modelo familiar, com elevadas taxas de divórcio e queda da

natalidade. O processo de industrialização contribuiu para que o trabalho fosse enfatizado como prioritário para sustentação do novo modo de vida, tendo como consequência o aumento do número de mulheres que passaram a dedicar seu tempo em atividades externas. Surgem, então, as “ciências domésticas” como aposta na resolução dos problemas, desde gestão financeira a questões da vida amorosa. O amor romântico passou a ser atacado como fonte de conflitos que retiravam a estabilidade necessária para se obter êxito no trabalho e na vida em geral. Assim, a racionalização da vida emocional e o cuidado com a saúde psíquica foram aspectos que ganharam maior visibilidade entre os indivíduos neste período específico.

A privacidade das famílias é, então, vista como ameaça ao empenho dos reformadores sociais, ou seja, essa nova classe de profissionais, ao projetar na sociedade os ideais de coesão e racionalidade, influenciaram as famílias a delegarem a função de transmissão de princípios morais às instituições como a escola e a justiça. Tais reflexões sobre a proliferação dos especialismos e suas consequências nas famílias também foram desenvolvidas por Costa (1989) e Alberti (2010). Assim, com a justificativa de que os pais não conseguem cumprir seus papéis com excelência, houve expansão nos serviços de saúde, educação entre outros, cujos especialistas passaram a utilizar seus saberes técnicos para enfatizar a dependência que a família deve ter em relação às suas intervenções. Esvazia-se, portanto, a família nuclear da função parental de provedora de educação moral, de maneira que pai e mãe não se sentem mais capazes de cumprirem seu papel doméstico, o que qualifica cada vez mais o saber especialista a ocupar esse espaço. Costa (1989, p. 17) comenta como uma determinada assistência familiar com suas normas educativas-terapêuticas eram modos conservadores de interferir no cotidiano, revestidos de “lições de amor e sexo dadas à família”.

Em analogia às modificações sofridas no âmbito do trabalho industrial, em que o trabalhador se vê alienado da produção de maneira geral, ficando restrito a realizar tarefas isoladas, Lasch (apud LIMA, 2005), no âmbito da família, denomina a “proletarização da paternidade” a incapacidade de pais e mães desenvolverem suas funções sem o conhecimento técnico dos especialistas.

A medicina, por representar uma liderança simbólica no campo de conhecimentos racionalistas, amplia seu alcance de atuação no ambiente familiar. Sendo assim, os médicos iniciam um ataque à formação conservadora da família e ao poder patriarcal, defendendo a democratização da vida doméstica, os direitos das mulheres e a educação das crianças livre

das repressões e superproteção parentais. A sociedade em geral é tratada, agora, como paciente, e a família deveria representar os novos padrões culturais a perigo de serem taxadas de fonte de pessoas desajustadas e despreparadas para lidar com a realidade. Estes aspectos são apontados por Lima (2005) como cruciais no desenvolvimento do indivíduo consumista da sociedade contemporânea.

Outras profissões assistenciais também tiveram os seus campos de atuação ampliados tendo como referência a ciência médica. Os especialistas ganharam cada vez mais espaço no modo de vida das pessoas, ao inferir sobre os desvios comportamentais e morais da população, tanto em relação ao seu tratamento quanto da prevenção. A delinquência juvenil era entendida como consequência de má-educação dos pais disfuncionais. Até mesmo a função da família de provedora emocional, responsável por fazer de seus lares um refúgio de afetos, estava comprometida por conta do esvaziamento moral influenciado pela ideologia emergente do consumo, das relações superficiais, das incertezas e todo arsenal de conhecimentos produzidos pelos “patologistas sociais” (LIMA, 2005, p. 39). As noções éticas de certo e errado perdem sentido no meio familiar, assim como também não se sustentam o potencial de identificação parental, e o comportamento emergente aponta para a busca de recompensas, em que a lógica do próprio interesse se sobrepõe ao vínculo afetivo sustentado pelo sentido de devoção à autoridade. O papel de mediação entre a cultura e os membros familiares também se mostra ineficaz no momento em que os jovens percebem a dissonância existente entre o modo dos pais de interpretar a vida e o que o meio cultural impõe como modelo de consumo a ser perseguido, o que os leva a buscarem a adaptação a essa nova forma de vida por meios próprios. Como consequência, os genitores passam a incorporar os moldes da sociedade capitalista em seus lares, se restringindo à tentativa de preparo dos seus filhos para o mundo de incertezas, que exige rápida adaptação a mudanças, e com orientações básicas sobre autocuidado, mesmo ainda manifestando preocupações no âmbito emocional sobre o desenvolvimento dos seus membros.

## **2.2 DECLÍNIO DA AUTORIDADE PARENTAL**

A partir do campo de conhecimento da psicanálise e para tratar do lugar da adolescência na modernidade, Alberti (2010) também aponta para um processo histórico de transformações na cultura que contribuíram para a humilhação da família tradicional

burguesa, e, especificamente, para um deslocamento da autoridade parental. A ascensão do cientificismo ditando a nova concepção de mundo fez com que a capacidade educativa original dos pais se tornasse passível de observação, exame e disciplina por parte das ciências médicas e assistenciais; as terríveis guerras que fizeram desaparecer o heroísmo e a luta por ideais, consequência da massificação, segregação de diferenças e despedaçamento do corpo; e ainda os movimentos de luta feminista por equiparação dos sexos, deslocou a importância de papéis delimitados e vividos como ideais numa família burguesa nuclear.

No que diz respeito às modificações ocorridas nos últimos dois séculos em relação à autoridade paterna, Alberti (2010) traz ainda para discussão acontecimentos que marcaram a passagem do século XIX para o século XX, como a industrialização, o advento do capitalismo e a revolução burguesa herdada da Revolução Francesa. De acordo com a autora, o lugar da autoridade paterna foi bastante abalado com a criação das ciências humanas e os modelos que qualificam comportamentos como bons ou maus, corretos ou incorretos, pois se atribuía aos cientistas uma melhor capacidade de discernir sobre determinados assuntos. Sendo assim, o que antes era interpretado como valores morais, passa ter validade ou não pelo discurso científico, de maneira que até mesmo a transmissão de princípios e visões de mundo, por parte dos pais com as suas crias, se torna objeto de exame e disciplina próprios dos padrões médicos estabelecidos à época, e mais tarde, dos psicólogos, pedagogos e legisladores. Esses acontecimentos e novas configurações contribuíram para a “humilhação do pai” ou o que designamos aqui como deslocamento da autoridade parental frente às situações que envolvem o cuidado com os filhos. Conseqüentemente há a valorização do saber especialista sobre o cuidado com as crianças e os modos de educar.

Para concluir, a autora qualifica que a função paterna, a partir da perspectiva desenvolvida por Freud, está relacionada à instauração de uma lei que traz a interdição do incesto. Neste caso, a interdição de um filho ser reacoplado como objeto do corpo materno, tal como formula Lacan (1957-58) a partir de Freud. O pai, portador da lei simbólica, “legalizador, pacificador, protetor” é aquele que ajuda os filhos a escapar do caprichos da mãe (QUINET, 2015). Logo, pode servir de sustentação do desejo para o filho, pois possibilita os sujeitos a resistirem às tentativas de serem subjugados, tomados como objeto a serem manipulados a bel prazer por um outro nos laços sociais. A função paterna em Freud sempre foi a de reguladora das rivalidades intrínsecas ao estabelecimento de laços sociais e de fazer frente às novas formas de submissão, e barrá-las, para que os filhos tenham a

potencialidade para enfrentar os padrões que lhe são impostos pelo momento histórico e determinação cultural (ALBERTI, 2010).

O debate proposto por Alberti sobre a função paterna e seu deslocamento nesta época de transição entre os séculos é importante para demonstrar que as mudanças no âmbito familiar, e no papel que desempenham no cuidado com a criança, podem influenciar no modo dos sujeitos desejarem em suas existências. A análise das mudanças no campo biossocial trazidas por Alberti e Lima contribui para elucidar como o discurso médico científico ganha notoriedade na sociedade ocidental, invadindo o imaginário da população, uma vez que começa a fazer parte dos discursos, e se evidenciando como única verdade, portanto a legítima, em detrimento dos saberes oriundos das instituições de referência e pertencimento.

O desvelamento de como o saber especialista toma o seu espaço com notável facilidade no campo social se torna relevante para pensar e promover políticas de combate à medicalização e a condutas medicalizantes adotadas por profissionais da saúde, silenciando o sujeito em sofrimento psíquico e reduzindo as problemáticas que se enunciam como sintomas a problemas de origem e soluções médicas.

Com o estudo das transformações sociais históricas torna-se possível tangenciar o discurso médico e realizar uma aproximação necessária para se pensar sobre sua composição, e como sua proliferação interfere nos modos de subjetivação contemporâneos. A investigação sobre o contexto sociocultural em que tal discurso ganha espaço nas sociedades ocidentais, ao que parece, deve ter o seu foco nas mudanças ocorridas na passagem do momento histórico chamado Modernidade, caracterizado pelo surgimento dos saberes especialistas, do conceito de infância e das escolas como instituições de ajustamento, para a pós-modernidade, que sustenta modos de subjetivação bem distintos e dispõe de transformações bastante significativas no âmbito das relações humanas e organização social.

### **2.3 SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DO DSM E O AVANÇO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA**

Dentre as transformações históricas que contribuíram para os modos de subjetivação contemporâneos pode-se destacar o desenvolvimento da psiquiatria biológica ao longo do século XX. Marcada pelo advento dos medicamentos psicotrópicos durante a segunda metade do corrente século e pela elaboração do DSM- III, a psiquiatria norte americana

passa a dominar o cenário internacional e se constitui como principal referência no tratamento e diagnóstico das doenças mentais. Com perspectiva atórica e sistematizada dos transtornos, o DSM III e IV representam mudanças fundamentais no diagnóstico e na clínica psiquiátrica, ampliando o mercado para consumo de medicamentos com vistas à redução dos sintomas nos quadros descritivos inseridos nestes manuais. Após o momento histórico de crise no modelo da psiquiatria psicodinâmica, marcada por forte influência da psicanálise, pela ênfase no tratamento de pacientes levando em conta sua história de vida e no modo como este desenvolve reações ao quadro sintomático, a perspectiva biológica passa a ganhar corpo no modo como a doença mental é interpretada, marcada pela causalidade orgânica dos transtornos, pela natureza mórbida da doença e pela aposta principal na redução de sintomas por meio da prescrição de medicamentos.

Como forma de contribuição para esta análise, utilizaremos como referência Dunker e Neto (2011), Chiabi (2018) e ainda a publicação de Aguiar (2004) com o objetivo de fornecer visões distintas, porém complementares sobre este momento histórico de cisão entre a psicanálise e a psiquiatria com o advento do DSM-III.

Após as análises sobre o desenvolvimento do DSM, abordaremos a evolução da psiquiatria infantil a partir da perspectiva de Cirino (2015), a qual contribuirá para a contextualização histórica de formação da área de atuação clínica deste saber, e quais influências científicas prevaleceram em sua constituição atual.

Aguiar (2004) analisa o modo como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e suas versões atravessam o campo psiquiátrico no decorrer do século XX, e possibilitam a expansão do controle desta área do conhecimento sobre os problemas que acometem a sociedade. O autor se empenha em fornecer respostas aos questionamentos sobre como a psiquiatria contemporânea funciona, quais forças a fazem emergir, com que dispositivos ela se conecta, a que novas realidades e subjetividades estão ligadas. A partir de certo momento histórico, a psiquiatria passa a dispor de uma gama de medicamentos no tratamento de transtornos mentais, e isso favorece o surgimento de um novo modo de funcionamento da clínica. Anteriormente à década de 1980, quando o discurso teórico da psicanálise era dominante na clínica psiquiátrica, os psicotrópicos eram utilizados como potencializadores da psicoterapia e não como norteadores do tratamento como se observa com o advento da psiquiatria biológica durante a referida década. Neste sentido, para Aguiar (2004), a terceira edição do DSM é um dos fatores fundamentais para o processo de remedicalização da psiquiatria, tornando a psiquiatria biológica hegemônica

nos Estados Unidos e contribuindo para a expansão de seu *modos operandis* em nível internacional.

A primeira classificação psiquiátrica oficial nos Estados Unidos é datada de 1840 com a divisão entre “idiotice” e “insanidade” (AGUIAR, 2004; CHIABI, 2015; DUNKER; NETO, 2011). Após quarenta anos, surgem seis categorias diagnósticas: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo. A partir destas denominações, a Associação Psiquiátrica Americana e a Comissão Nacional de Higiene Mental desenvolveram a primeira edição do Manual Estatístico para Uso de Instituições de Insanos, o DSM-I, com 22 diagnósticos. Este manual recebeu influência significativa de Adolf Meyer (1866-1950) com categorias de orientação psicodinâmica, com divisão marcante entre neurose e psicose. As doenças mentais eram interpretadas como reações aos diversos problemas enfrentados pelos indivíduos durante a vida, e os psiquiatras formulavam diagnósticos com base no tipos de reação que cada paciente apresentava. Os dois grupos principais de enquadramento eram: os que consideravam os estados de ansiedade à depressão com preservação de ligação com a realidade, e os que predominavam sintomas de alucinação e delírio com perda da realidade. Porém, não estabelecia clara separação entre normal e patológico (NETO; DUNKER, 2011).

A psicobiologia de Adolf Meyer exerceu forte influência sobre diversas gerações de psiquiatras no Hospital Johns Hopkins entre 1910 e 1941. Com embasamento nas teorias freudianas, Meyer adotou a concepção de reações psicobiológicas para fatos específicos da história de vida dos pacientes, buscando identificar nos sintomas as características etiológicas de cada modalidade de sofrimento psíquico. O entendimento do processo de adoecimento como reação, que envolvia aspectos físicos e mentais, se opunha ao modelo proposto por Emil Kraepelin<sup>4</sup>, que tinha uma abordagem descritiva dos fenômenos e entendia as doenças psíquicas como entidades mórbidas universais. A influência de Meyer abriu caminho para a ampla aceitação da psicanálise na psiquiatria durante e após a Segunda Guerra Mundial. Nos episódios da guerra, começaram a eclodir diversos quadros psiquiátricos que receberam o tratamento a partir das técnicas psicanalíticas com bons resultados. Nesta época, houve um grande número de psicanalistas europeus que emigraram para os Estados Unidos para encontrar ambiente favorável ao desenvolvimento da prática psicanalítica (AGUIAR, 2004).

---

<sup>4</sup> Emil Kraepelin, psiquiatra alemão que defendia que as doenças psiquiátricas têm como causalidade desordens genéticas e biológicas.

A psiquiatria de orientação psicanalítica foi chamada de “psiquiatria psicodinâmica” e foi marcada pelo pressuposto básico da dificuldade de adaptação dos indivíduos ao seu ambiente. Qualquer pessoa poderia desenvolver em maior ou menor grau certa quota de sintomas, que poderiam ser classificados de neuróticos a psicóticos. Os diagnósticos tinham menor importância no tratamento clínico, em que os aspectos da história de vida do paciente eram analisados com maior relevância. A doença era entendida como processo e não como entidade nosológica. Assim, a psiquiatria se afastava cada vez mais de uma prática clínica ligada ao modelo médico, marcado pelo diagnóstico e classificação de doenças. Além disso, afirma Aguiar:

“A psiquiatria dinâmica trazia, assim, uma forte tendência de *desmedicalização* (termo criado por Sabshin) do campo da psiquiatria, que incidia tanto no plano teórico quanto nas técnicas de investigação e tratamento dos transtornos mentais. O afastamento do modelo médico, no entanto, não demoraria a carrear alguns riscos para a profissão que, pressionada por forças externas e internas ao próprio campo, veria o modelo psicanalítico ruir” (AGUIAR, 2004, p. 13).

Em 1952 é elaborado o DSM-II, que tem algumas revisões até 1973. O DSM-II surge no contexto em que começam a aparecer os transtornos mentais decorrentes da Segunda Guerra Mundial, uma vez que a edição anterior não contemplava os distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade encontrados nos militares combatentes durante e após a guerra. A classificação é ampliada para 180 distúrbios, ainda com influência marcante dos critérios diagnósticos formulados por Meyer. Após as revisões, a segunda edição do manual, publicada na mesma época que o CID-8, o termo “reação” foi abandonado e “neurose” foi mantido, assim como também a noção dos distúrbios com a perda e contato com a realidade, porém os sintomas não eram descritos com detalhes dos distúrbios específicos e alguns grupos eram vistos como efeitos e reações de determinados problemas da vida. De acordo com Neto e Dunker (2011, p. 614), a segunda edição do DSM foi marcada pela “síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada”, tendo como base um cientificismo ideológico que associava histeria à feminilidade e homossexualidade à perversão, e que foi inserido pelo Estado nos âmbitos educacionais, jurídicos e de pesquisa para fins de repressão política. Os autores relatam o episódio em que ativistas gays invadiram o congresso da APA para protestar sobre o enquadramento da homossexualidade como patologia. O diagnóstico foi substituído por “Distúrbio de Orientação Sexual”, atual

“Transtorno de Identidade de Gênero” (NETO; DUNKER, 2011, p. 615).

A falta de demarcação específica de fronteiras entre o normal e o patológico contribuiu para o descrédito da psiquiatria psicodinâmica nos anos subsequentes. A abrangência do vocabulário psicanalítico na cultura propiciou a vulgarização da prática clínica e fez com que outras terapias de eficácia duvidosa ganhassem cada vez mais espaço como modalidades de cura. O movimento da anti-psiquiatria começa a ganhar corpo a partir da década de 1960, expondo as fragilidades do modelo analítico, com críticas direcionadas ao modo de interpretação da doença mental como estratégia de controle social, questionando a relevância da função do psiquiatra na sociedade, já que não se apresentavam respostas precisas sobre a etiologia dos diagnósticos. Havia críticas às péssimas condições das instituições asilares e reivindicação para desospitalização. A legitimidade da profissão passa a ser questionada perante a classe médica, à sociedade e ao Estado americano, nos diz Aguiar (2004).

Aguiar (2004) aponta que durante a década de 1950, ainda que a orientação de pesquisa fosse direcionada à experiências clínicas com base na psiquiatria social e a teoria psicanalítica, um grupo de pesquisadores da Universidade de Washington, desenvolvia instrumentos que pudessem aumentar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. Assim, em 1972, foi publicado um artigo de Feighneir e colaboradores que descrevia 14 síndromes psiquiátricas com critérios específicos, o que garantiu notável referência nos estudos da década de 1970 a 1980. Em 1975, é publicado um estudo para pesquisa financiado pelo NIMH (*National Institute of Mental Health*), baseado nos critérios de Feighneir. Na mesma época, um dos principais colaboradores deste estudo, Robert Spitzer, foi nomeado pela APA (*American Psychiatric Association*) para elaborar um novo instrumento de classificação diagnóstica para a psiquiatria americana, o DSM-III. Spitzer selecionou os pesquisadores que mais se alinhavam com a perspectiva a qual trabalhava, a maioria da Universidade de Washington. O grupo era visto no meio psiquiátrico como contrário aos interesses da atuação com tradição psicanalítica.

Aguiar (2004) afirma que o objetivo de Spitzer e colaboradores era produzir um manual com princípios de verificabilidade, com embasamento empírico, com critérios objetivos e simples que pudessem contribuir para uma maior confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. De acordo com a opinião do grupo, os manuais anteriores falharam em descrever quadros clínicos, baseando-se em etiologias que não poderiam ser comprovadas cientificamente. Portanto, essa nova edição deveria ser pautada em uma

perspectiva descritiva e atórica, de modo que se não houvesse forma científica de explicar as condições patológicas dos indivíduos. Os diagnósticos seriam realizados com base no comportamento observado na clínica. Os relatórios não poderiam fazer referência a nenhum sistema teórico específico. As terminologias “neurose” e “psicose” poderiam ser utilizadas apenas como adjetivos, e não mais como princípios classificatórios. Os psicanalistas criticaram esta nova visão, pois se baseavam em décadas de experiência clínica com pacientes que validavam as classificações etiológicas. Outros pesquisadores apoiavam as modificações por julgarem necessárias para formulação de uma linguagem comum entre profissionais de diversas correntes teóricas, que facilitasse o diagnóstico de uma maneira geral e clara.

A elaboração do DSM-III representava a aposta da psiquiatria numa reorganização do campo, em que houvesse a definição clara do normal e patológico e a diferenciação mais precisa dos diagnósticos produzidos na clínica. Além disso, os medicamentos psicotrópicos criados a partir da década de 1960, como a clorpromazina, antidepressivos tricíclicos, inibidores de monoaminaoxidase, os ansiolíticos e o lítio, tinham efeitos na redução de sintomas específicos, o que pressupunha a necessidade de elaboração de critérios mais precisos sobre os diagnósticos psiquiátricos. O estabelecimento de um sistema descritivo de classificação bem definido seria importante para diminuir a variabilidade de diagnósticos que um paciente poderia receber e para facilitar a escolha do medicamento a ser prescrito considerando os sintomas apresentados. Com o advento dos medicamentos psicotrópicos, também surgiu a necessidade do desenvolvimento de pesquisas, com dados empíricos, em consonância com as metodologias utilizadas nas ciências biológicas. Para os medicamentos serem lançados no mercado deveriam se submeter a provas de segurança e eficácia, com comprovação estatística e a partir de estudos com placebo, elaborados e aplicados por uma agência de controle regulatório: a *Food and Drugs Administration* (FDA). Porém, afirma Aguiar (2004), isso só se concretizaria se a psiquiatria pudesse aumentar a confiabilidade dos diagnósticos de modo a promover maior sistematização e divisão dos pacientes em grupos homogêneos para serem medicados de acordo com sua doença mental e gama de sintomas. A crise da psiquiatria norte americana ainda foi mais agravada pela perda de investimentos de pesquisa e financiamento do sistema de saúde, que manifestavam sua descrença em relação à capacidade dos profissionais diagnosticarem e tratarem os pacientes. As grandes seguradoras de saúde também impunham restrições financeiras à categoria, diminuindo a cobertura nos números de consultas e dias de hospitalização, com a

justificativa de que em outras áreas médicas não há tantos problemas relacionados à terminologia como no caso das doenças mentais, e também pela inexistência de dados epidemiológicos adequados.

Em 1980, o DSM-III é publicado como sistema de classificação teórico e operacional dos diagnósticos das síndromes psiquiátricas compreendido em 5 eixos, quais sejam: transtornos clínicos; transtornos de personalidade e desenvolvimento; condições e distúrbios físicos; escalas de avaliação para a gravidade dos estressores sociais; e avaliação global do funcionamento (AGUIAR, 2004). De acordo com Dunker e Neto (2011, p. 616): “(...) esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental.”

O DSM-III foi o grande responsável pela recuperação de status da psiquiatria e também representava o retorno do financiamento das grandes corporações privadas, da indústria farmacêutica e das seguradoras de saúde. De acordo com Aguiar (2004, p. 16):

“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*.”

O manual produziu um enorme impacto internacional, sendo traduzido para mais de 20 idiomas. Segundo o autor, o DSM-III é considerado “a segunda revolução” da psiquiatria, depois do advento dos medicamentos psicotrópicos. Em 1994 é lançado pela APA (Associação Psiquiátrica Americana) o DSM-IV que representa a consolidação da ruptura das descrições psicanalíticas e ainda podendo ser utilizado para estudo de psicopatologia na formação de novos profissionais. Com a intenção inicial de alcançar uniformidade nos diagnósticos e facilitar a comunicação entre profissionais e pesquisadores, o DSM passa a guiar a clínica psiquiátrica, e também impõe o seu modelo como padrão para o mundo, tornando-se “o idioma mundial da psiquiatria” e levando a Associação Psiquiátrica Americana a ocupar um posto fundamental de referência internacional (AGUIAR, 2004, p.17).

Dunker e Neto (2011) contribuem com a análise da ruptura entre a psicanálise e a psiquiatria, ou a transição da psiquiatria psicodinâmica para a biológica, a partir da

publicação do DSM-III. Os autores atentam para uma nova metodologia de construção de conhecimento do campo psiquiátrico, antes marcado pela disputa de diferentes concepções acerca da doença mental, em que os movimentos de contradição próprios da pesquisa científica permitiam progredir por meio dos consensos provenientes da discussão teórica. A busca pela unificação de correntes teóricas e adoção de diagnósticos baseados em dados descritivos abre caminho para a superficialidade sem a concorrência de paradigmas, o que modifica as regras adotadas na utilização do dispositivo social do diagnóstico. Desta maneira, as explicações formuladas para a questão da universalidade das formas do patológico, ou seja, as doenças mentais com certa regularidade clínica que permanecem no tempo, são direcionadas à análise sob pressupostos biológicos como perturbações genéticas, anatômicas, neuroquímicas etc. Outra questão marcadamente presente no que diz respeito à psicopatologia é a evolução do patológico, que concerne na transformação do paciente em relação ao sintoma que o condiciona no lugar de doente, de maneira que há a suposição de que é possível desenvolver reações para a superação do quadro, ou busca-se a justificativa pela estrutura e indistinção entre a história do sujeito e seus sintomas. Porém, não é possível perceber respostas nítidas para estes problemas nos manuais elaborados após o rompimento com a vertente psicanalítica e social, que ligavam a patologia mental aos processos subjetivos no contexto de reflexões lógicas e racionais. Então, “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; NETO, 2011, p. 618)

A formulação do DSM-III marcou o momento de transição da psiquiatria dinâmica para a perspectiva biológica, na qual o paciente seria agora avaliado de acordo com seus sintomas e enquadrado em categorias diagnósticas. A pluralidade de interpretações para as causas e as discussões sobre os melhores caminhos para o tratamento das perturbações mentais cedia lugar ao modelo atóxico descritivo de atendimento, que reduz o sofrimento psíquico ao vocabulário biológico e metodologia médica, contribuindo para o aparecimento de um discurso fortemente reducionista. Na clínica, esse reducionismo conceitual é traduzido na desvalorização do encontro terapêutico, seguindo os moldes impostos pela objetividade corporativa das empresas financiadoras dos serviços de saúde. A consequência se revela na diminuição do tempo de atendimento do psiquiatra ao seu paciente e na prescrição cada vez mais frequente de medicamentos como principal instrumento de estabilização de quadros, como observa Aguiar (2004).

Com a promessa de constituir um modelo ateórico na psicopatologia, o DSM anula a adoção e utilização de conceitos em campos específicos do saber. Porém, as disciplinas com metodologia empírico-experimental sobre o sofrimento psíquico foram beneficiadas com a utilização do manual. Com uso intenso na epidemiologia, nas neurociências, e no planejamento de uso de verbas públicas em saúde mental, o DSM possibilitou a implantação de estudos sobre a prevalência de entidades clínicas em determinada área geográfica, contribuindo para que ocorressem intervenções concretas na vida das pessoas, nas instituições sociais e na constituição de parte das políticas de saúde.

A prática clínica passa a ser marcada pela ideia de eficácia e hipervalorização da “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), que se caracteriza pelo atendimento em condições de mundo ideal, ou seja, na redução de sintomas. É também uma maneira dos profissionais se protegerem juridicamente. Portanto, a execução do trabalho de padronização normativa na condição de clínico é legitimada no âmbito político e científico. A partir deste processo de normatização, há a tendência de substituição da clínica pela epidemiologia, em que a causalidade do sofrimento psíquico do sujeito tem cada vez menos relevância nos atendimentos. Isso faz com que haja divergências classificatórias, como a possibilidade de dois pacientes serem diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e não apresentarem sintomas em comum. A atribuição de causalidade que o DSM permite é ligada à organicidade do corpo, como desequilíbrios neuroquímicos que podem desencadear na depressão, por exemplo. Nestecaso, a causalidade se confunde com a descrição do processo, dificultando o entendimento lógico da constituição do quadro: “(...) ficamos tristes porque há menos serotonina, ou há menos serotonina porque ficamos tristes? O que causa a depressão é a diminuição da recaptção da serotonina no interior dos neurônios, ou essa é apenas uma descrição do processo?” (DUNKER; NETO, 2011, p. 622).

Dunker e Neto (2011) ressaltam que a psicanálise tem uma contribuição relevante na atualidade no tocante à prática clínico-terapêutica, pois permite a abordagem ao sujeito em sofrimento psíquico de modo subjetivo e singular. Afirmam ainda que os efeitos de redução de sintomas produzidos pelo uso de medicamentos, em muitos casos, podem ser alcançados com o trabalho que o paciente pode desenvolver na clínica. O DSM não permite a captação dos tipos de doença mental como manifestações psíquicas complexas, e tende a reduzi-la a aspectos orgânicos, para que seja mantido seu prestígio como instrumento científico a serviço de determinadas categorias profissionais. As estratégias de tratamento da psicanálise visam à intervenção e transformação do paciente, que ocorrem com o

mecanismo da transferência a partir do endereçamento da fala, e que permitem a elaboração de um diagnóstico com função terapêutica, abrindo mão das descrições de quadros para simples categorização do estado mental do sujeito.

Os autores contribuem para o entendimento de como a psiquiatria, ao longo do século XX, deixou de ter influência da psicanálise para inaugurar a era da categorização do sofrimento psíquico. A elaboração do DSM-III, como vimos, se mostra fundamental neste processo de transformação da psiquiatria dinâmica, marcada pelos pressupostos psicanalíticos, para a psiquiatria biológica pautada na insinuação de que a causalidade dos transtornos está em aspectos orgânicos do corpo, com foco de tratamento nas prescrições de medicamentos para redução de sintomas. A partir desta contextualização histórica dos acontecimentos, é possível perceber que este fenômeno é marcado por diversas forças atuantes no âmbito político e científico, que contribuíram para a disseminação de um discurso baseado em terminologias médicas com alcance internacional. Mesmo que as pesquisas científicas ainda não apontem resultados expressivos sobre a causalidade física de alguns transtornos, o DSM continua sendo utilizado como referência, trazendo explicações que confundem causa e efeito, reduzindo o tempo de atendimento clínico e fazendo como que o psiquiatra assuma o papel de produtor de estigmas que separa e agrupa sintomas de acordo com certas categorias diagnósticas.

Chiabi (2018) ao analisar a constituição histórica das edições do DSM também aponta a ruptura entre a psicanálise e a psiquiatria, principalmente entre o DSM II e DSM III em que a categoria “neurose” foi abandonada. Esse marco contribuiu para a perda do valor clínico da psiquiatria, que passou a adotar a perspectiva atórica e descritiva dos transtornos, como vimos. A autora ressalta que a prática da psiquiatria e o atual campo de pesquisa da área estão sob domínio norte-americano do DSM, referenciados em um modelo médico-científico, o que leva ao distanciamento da eficácia da tradição clínica, do contato médico-paciente. A consequência da adoção do discurso da ciência que trata o sujeito com psicofármacos é o embotamento do desejo, que o torna alheio à própria dor e dificulta o questionamento sobre as causas do sofrimento e adoção de novas perspectivas para a vida.

Cirino (2015), em seu texto “Genealogia da psiquiatria da infância” analisa as diversas perspectivas que contribuíram para a constituição do campo psiquiátrico infantil desde o início do século XIX até os dias atuais nos países europeus e americanos do ocidente. Referenciando-se na perspectiva epistemológica do psiquiatra francês Paul Bercherie, Cirino (2015) expõe os três grandes períodos da história deste campo do

conhecimento.

O primeiro diz respeito aos 75 anos iniciais do século XIX, em que a discussão sobre “retardamento mental” entre crianças recebe maior ênfase, tendo como causalidade os casamentos consanguíneos e desregramentos morais como alcoolismo e promiscuidade. Também chamado de “idiotia”, o quadro foi objeto de discussão entre médicos e educadores sobre o grau de irreversibilidade, o que levou a criação de instituições especializadas para crianças “anormais”.

O segundo período compreende os anos posteriores a 1880 até o primeiro terço do século XX, e recebe a influência da clínica psiquiátrica dos adultos, de maneira que a psiquiatria infantil ainda não constituía campo autônomo e era apenas objeto de curiosidade entre os psiquiatras. A exemplo da “demência precocíssima”, conceito elaborado para adultos e adaptado à clínica infantil. Nos dois períodos citados a concepção de infância ainda não tem uma demarcação específica, ou seja, a criança é compreendida como um adulto em potencial.

O terceiro período tem início a partir de 1930 até 1980, época em que Bercherie escreveu seu artigo e recebe grande influência das ideias psicanalíticas, em que a perspectiva de cura é invertida e a criança passa a ser objeto de investigação para a melhor compreensão do sofrimento psíquico dos adultos. A partir da colaboração de pediatras com a clínica psiquiátrica há o surgimento do campo de denominação pedopsiquiatria e o modelo psicossomático das manifestações patológicas ganha destaque neste contexto. Nas palavras do autor:

“A riqueza desse novo campo clínico destaca, além das doenças psicossomáticas (cefaleias, asma, taquicardias), os distúrbios do comportamento ou de conduta e a perturbação do desenvolvimento das funções elementares (motricidade, sono, funções esfinterianas, fala).” (CIRINO, 2015, p. 24)

Ainda sobre a análise de Bercherie, Cirino (2015) destaca a integração das noções psicanalíticas nos países de língua inglesa, que, combinada com a influência funcionalista americana marcada pelo surgimento do behaviorismo, ou seja, de uma visão pragmática do psiquismo, contribuíram para a incorporação da psicanálise à clínica psiquiátrica.

“É dessa apropriação da psicanálise pela psiquiatria funcionalista americana – incentivada, sobretudo, por Adolf Meyer –, de onde provêm os conceitos que estruturam o imenso campo recentemente conquistado pela clínica pedopsiquiátrica: a noção de patologia das grandes funções, com suas expressões nos transtornos de conduta.” (CIRINO, 2015, p.24)

Este novo campo do conhecimento provoca instabilidade na prática psiquiátrica, dividindo os profissionais que atuam sobre o processo evolutivo da criança, abordando temas como a conduta alimentar, sono, motricidade e linguagem, e os que analisam os transtornos de conduta na área da sociabilidade, e discutem temas como agressividade, padrão repetitivo de conduta antissocial e desafiadora. Os dados para embasamento são referenciados em escalas comparativas que partem do princípio de existência do desenvolvimento “normal” para estudar os desvios da evolução. O autor cita o médico e epistemólogo francês George Canguilhem em seu trabalho “O normal e o patológico” (1966) para relativizar o estabelecimento de uma norma para o psiquismo, uma vez que a transgressão é necessária para a possibilidade de existência e manutenção da normalidade. Então, o estudo sobre o desenvolvimento da criança só seria possível por conta da apropriação dos modos de ser do idiota, do débil mental e das crianças com dificuldade de aprendizagem. Ou seja, a pedo-psiquiatria ficou conhecida por uma abordagem de psicopatologia genética e funcionalista americana que relacionava as fases da vida da criança com um suposto nível de evolução do indivíduo em sua interação com o meio.

A perspectiva do psiquiatra Leo Kanner também é abordada por Cirino (2015), dada a relevância da publicação de Kanner sobre o histórico de quatro décadas (1900- 1940) da Psiquiatria Infantil dos Estados Unidos que contribuem para a sua inserção no campo do conhecimento científico. De 1900 a 1910, Kanner destaca a introdução da psicometria e dos testes de inteligência e idade mental idealizado por Alfred Binet e Théodore Simon; o surgimento da psiquiatria dinâmica, influenciada pela psicanálise; instalação dos tribunais dos menores e criação do movimento “Higiene Mental” para a prevenção da “delinquência” e “insanidade”. Na segunda década (1910-1920), há a criação de diversas instituições públicas para crianças delinquentes, abandonadas e retardadas.

O terceiro decênio (1920-1930) é marcado pelo aumento significativo de “clínicas de orientação infantil”, cujos profissionais da psicologia, psiquiatria e serviço social orientavam os pais, as escolas e outras instituições a lhes enviar crianças avaliadas como problemáticas. Esta época representou o surgimento do modelo terapêutico voltado para a atitude, no sentido de permitir que pais, professores e médicos pudessem juntos pensar em estratégias para lidar com as crianças “difíceis”. Essa prática influenciou o Brasil nas décadas de 1970 e 1980 a adotar modelos de tratamento parecidos nas “clínicas da LBA” (Legião Brasileira de Assistências), mantidas com subsídio do governo federal para prestar assistência a crianças e adolescentes.

O quarto decênio (1930-1940) foi o período, descrito por Kanner, da sistematização das técnicas psicoterápicas, com forte influência das práticas terapêuticas de Anna Freud e Melanie Klein, em que as crianças passaram a se envolver em seus tratamentos, a partir do uso de jogos e brinquedos. Assim, passou-se a considerar não só as atitudes das famílias e professores, mas também dos sujeitos em acompanhamento.

As considerações de Kanner analisadas por Cirino (2015) também revelam a extensão do saber psiquiátrico para os transtornos de conduta, nos Estados Unidos, com o estabelecimento de uma divisão específica na esfera jurídica no que tange à transgressão de leis. A partir do início do século XX, a justiça norte-americana passou a julgar de maneira distinta crianças e adultos que cometessem crimes, com a adoção dos tribunais de menores, passaram a permitir os julgamentos em salas e horários especiais, além de possibilitar uma abordagem menos formal à situação da “criança delinquente”. Essa mudança teria sido resultado de pressões sociais exercidas por organizações filantrópicas, e teve como consequência a criação do “regime de liberdade assistida”, ao qual os infratores ficaria submetidos à vigilância de um agente do Estado encarregado de proteger a criança da atitude desviante dos pais e propor atividades educativas para reinserção na sociedade. Este contexto possibilitou os juízes a interrogarem crianças e adolescentes sobre os motivos que os levaram a cometer crimes, e, conseqüentemente, houve a necessidade de consulta aos psiquiatras para avaliar a conduta do “delinquentes” (CIRINO, 2015, p. 28).

Ainda neste mesmo texto, Cirino propõe a reflexão sobre este processo de inserção dos profissionais “psi” nestes contextos em que houve a necessidade de fornecer respostas às demandas sociais relacionadas à subjetividade infantil. O autor sugere que o desenvolvimento da psiquiatria da criança ocorreu com ênfase na prática e não como fruto de elaboração teórica consistente, fazendo com que os profissionais se pautassem em fontes bem diversas para constituir seu campo de atuação. As referências variadas que vão desde as teorias genéticas, etológicas, da psicologia comportamental e psicanálise, até a neurofisiologia, dificultam a delimitação do objeto da psiquiatria infantil. Por fim, o autor traz a reflexão:

“Desse modo, devemos nos perguntar, quando se trata da infância e da adolescência, contra quais forças e interpretações nos colocaremos. Poderíamos dizer: contra o caráter normativo dos manuais de classificação, tipo DSM ou CID, contra as escalas avaliativas, contra o marketing patrocinado pela indústria farmacêutica que incentiva a patologização e medicalização da vida cotidiana, enfim contra a submissão ao ‘paraíso tecnobiológico’ difundido pelo discurso capitalista” (CIRINO, 2015, p. 31).

Compreendemos que algumas transformações no meio social e cultural dos países europeus e americanos ocidentais levaram ao aparecimento de questões relacionadas à subjetividade infantil que necessitavam de resoluções práticas e bem definidas. A partir disto, houve a convocação dos conhecimentos técnicos e científicos das áreas de atuação emergentes à época, que pudessem fornecer, através de seus objetos de pesquisa e conquistas teóricas, respostas às demandas surgidas com a atribuição do novo lugar à criança e ao adolescente nas sociedades. Refletimos sobre diversos fatores que contribuíram para o desenvolvimento da psiquiatria infantil, desde mudanças jurídicas que passaram a conceber de maneira distinta crianças e adultos, até surgimento e continuação dos DSMs, que estabeleceu a perspectiva atórica e descritivas das doenças mentais. Neste contexto, concordamos com Conrad quando o autor destaca que o processo de medicalização é complexo e marcado por forças motrizes de origens distintas. Dos anos 1970 até os anos 2000, pudemos observar, ainda, o fortalecimento de relações entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria, que resultou na formulação de diversos transtornos e no crescimento significativo de diagnósticos e prescrições de medicamentos psicotrópicos. Estas instituições contam com apoio de organizações de fiscalização e controle, com divulgação midiática das doenças e respectivos medicamentos a serem utilizados, e flexibilização de legislação que permitem o *marketing* e circulação massiva desta modalidade de discurso no meio social.

#### **2.4 NOVOS TRANSTORNOS, TDAH E A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA**

Após as reflexões sobre o desenvolvimento da psiquiatria biológica, partimos em busca do conhecimento sobre os transtornos atuais, descritos pelo DSM, em especial, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, cuja principal forma de tratamento está relacionada com a prescrição do metilfenidato. Crianças, adolescentes e adultos podem ser diagnosticados com o suposto transtorno, e como vimos, na escola os encaminhamentos a especialistas com a suspeita da doença é cada vez mais frequente, o que revela um cenário preocupante no âmbito da educação. Como forma de desvelar o “discurso fraturado”, como nos diz Maria Helena Souza Patto, que sustenta a criação desta modalidade nosológica, podemos abordar parte da constituição histórica do transtorno, desde sua nomenclatura “Lesão Cerebral Mínima” até a configuração conhecida como TDAH.

Em 1917, nos Estados Unidos, após uma epidemia de encefalite, as crianças que sobreviveram começaram a apresentar quadros clínicos com limitação nas capacidades de

atenção e memória e comportamento perturbador. Os pesquisadores da época associaram o aparecimento dos sintomas a uma suposta lesão no encéfalo, que por relação de causa e efeito, teriam causado alterações congênitas no cérebro das crianças (SIGNOR *et al*, 2013). O surgimento do termo Lesão Cerebral Mínima provém de uma especulação feita pelo neurologista Strauss, em 1918, como um tipo de lesão que compromete exclusivamente as funções ligadas ao comportamento e aprendizagem. Recebe a nomenclatura “mínima”, pois de acordo com o autor é pequena ao ponto de afetar somente pequenas áreas do encéfalo. Porém, não encontrou nenhuma evidência empírica que comprovasse sua existência (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Em 1962, foi realizado, em Oxford, um workshop internacional com o objetivo de encontrar a lesão cerebral mínima proposta por Strauss, em que as equipes participantes utilizaram o estudo anatomopatológico, que observa o cérebro diretamente no microscópio, em pessoas diagnosticadas com a referida lesão. Porém, não foram encontradas evidências da existência de lesões no encéfalo e, então, as equipes caracterizaram a doença, não mais como lesão, mas como uma Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que tem como características o comprometimento exclusivo de funções ligadas à aprendizagem e comportamento. O termo -disfunção “ foi a alternativa encontrada para justificar a ausência de evidências da suposta lesão. A nova terminologia é marcada por critérios vagos e subjetivos como hiperatividade, baixa tolerância a frustrações, sem um número mínimo de sinais, sendo necessário apenas preencher um critério para fazer o diagnóstico, ausência de sinais no exame físico e neurológico, enfim, concluindo, nada que possa caracterizar cientificamente uma Disfunção (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Lima (2005) e Melo (2006) assinalam que a DCM foi sendo tomada como uma categoria diagnóstica imprecisa, muito confusa, já que não apresentava fatores comprobatórios de sua existência, e com isso, houve uma mudança no modo de caracterizá-la. Começaram a surgir algumas denominações com ênfase descritiva do comportamento, que evidenciavam a sintomatologia aparente dos pacientes e ainda havia uma tentativa de isolar as “patologias”, como, por exemplo, a separação de distúrbios de aprendizagem e linguagem de uma noção que compreende a hiperatividade como sintoma. Isso proporcionou aos quadros uma confiabilidade maior e facilitou sua incorporação na medicina tecnológica e na psiquiatria biológica posteriormente. Surgiam as primeiras propostas de inclusão do termo hiperatividade, com Laufer, Denhof e Salomons, em 1957, com a noção de “síndrome do impulso hipercinético” e em 1960, com a noção de

“síndrome da criança hiperativa” tendo como uma de suas defensoras Stella Chess, sempre com o relato de um comprometimento em uma área específica do encéfalo que causa uma alteração na atividade motora das crianças. Assim, a segunda edição do Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-II), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), inclui como categoria a “reação hipercinética da infância”, demonstrando o rápido respaldo que os relatos anteriores obtiveram na comunidade científica e também revelando a influência psicanalítica por conta da utilização do termo “reação” em seu postulado descritivo. Mesmo com a defesa de uma causalidade biológica por parte de alguns especialistas, o advento da psicanálise no campo da psiquiatria contribuiu para mostrar a influência de fatores ambientais e psicológicos na origem da síndrome, sendo necessário o uso do referido termo para designar a maneira pela qual a criança lida com todos estes aspectos, incluindo os relacionados à sua vida familiar.

Importante enfatizar a diferença do modo de tratamento da doença na passagem da psiquiatria psicodinâmica, marcada pela influência psicanalítica, para a psiquiatria biológica já descrita neste trabalho, influenciada pela ênfase em aspectos orgânicos na constituição das categorias diagnósticas. As mudanças ocorridas no modo de entendimento das doenças mentais, com o declínio da psiquiatria dinâmica e formulação do DSM-III podem ter grande influência na maneira em que o quadro TDAH foi construído ao longo das décadas posteriores. A caracterização por sintomas descritivos que confundem causa e efeito, própria da formulação e consolidação do DSM-III, parece ser bem conveniente para a constituição do TDAH enquanto entidade nosológica. O advento dos medicamentos psicotrópicos, como as anfetaminas, com autorização e regulação de entidades de controle farmacológico como a FDA (Foods and Drugs Administration) serve à consolidação e aceitação do transtorno no âmbito político, social e científico, já que cumpre bem o papel esperado de redução dos sintomas especificados na categoria. As transformações históricas no campo da psiquiatria favorecem a construção do TDAH e o lançamento do metilfenidato para o seu tratamento como uma verdadeira composição simbiótica para a patologização e controle social de indivíduos, ao longo do século XX, e que permanece até os dias atuais, não somente nos Estados Unidos, mas também no Brasil e em outros países que adotaram os critérios do DSM como hegemônicos no tratamento das doenças mentais.

Durante a década de 1960, alguns trabalhos de Virgínia Douglas demonstram uma mudança de foco da hiperatividade para as dificuldades de atenção e controle do impulso. Como observa Lima (205):

“Essa autora identificou quatro déficits envolvidos na síndrome: na manutenção da atenção e esforço; na inibição do comportamento impulsivo; na modulação dos níveis de alerta e no adiamento de recompensas, acarretando uma inclinação para buscar reforço imediato.” (LIMA, 2005, p. 72).

Essa descrição foi fundamental para o postulado do DSM-III, em 1980, que, com a inclusão de um subtipo com e outro sem hiperatividade, renomeou a entidade nosológica de “Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)”. Lima (2005) nos mostra que a mudança da caracterização diagnóstica da DCM para uma entidade que compreende a existência de um distúrbio da atenção com um subtipo hiperativo permitiu a abrangência diagnóstica, uma vez que crianças que não apresentassem hiperatividade, mas com dificuldades manter o foco nas atividades escolares, poderiam ser enquadradas como Déficit de Atenção, e os adultos também passaram a compor o grupo de portadores do transtorno. Após o surgimento de algumas críticas em relação ao foco dado à atenção, em 1987, na terceira edição do DSM-III, com a revisão de tal manual, o distúrbio recebeu sua nova denominação: “transtorno do déficit de atenção e hiperatividade” (TDAH). Moysés & Collares (2010) demonstram que os critérios para a definição do TDAH são vagos uma vez que iniciam sempre com “frequentemente; parece não ouvir; age sem pensar” e que esperar que se faça o diagnóstico de uma criança dessa maneira foge aos princípios da racionalidade científica. A quarta edição do DSM, em 1994, apresenta o transtorno com 3 subtipos, um predominantemente desatento, outro hiperativo/impulsivo e um combinado (Lima, 2005). Com a constituição dessa nomenclatura, a mesma entidade da DCM se mantém, porém com os adicionais do comprometimento da atenção da hiperatividade. A partir daí, a Ritalina e o TDAH se tornam praticamente indissociáveis, sendo a primeira prescrita para o tratamento do segundo, ampliando interesse da indústria farmacêutica neste diagnóstico.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde compreende na sua edição de 1978 o termo “síndrome hiperkinética da infância” e na edição CID-10, de 1992 “transtorno hiperkinético”, alegando que a expressão “déficit de atenção” presume um conhecimento de processos psicológicos ainda não disponível, que incorpora ao transtorno crianças ansiosas, preocupadas ou “sonhadoras”. Entretanto, Lima (2005) afirma que os dois manuais diagnósticos: o CID e DSM mantêm muitas semelhanças entre as denominações do transtorno como forma de torná-lo universal e homogêneo. Ressalta, ainda, que há a afirmação de que essas categorizações são construídas a partir de um modelo atóxico, de maneira que isso implica uma vantagem

metodológica na abordagem das patologias mentais. Porém, logo afirma que a crença na possibilidade de ser atóxico utilizando critérios diagnósticos vagos e sintomas descontextualizados já denota uma posição teórica e valorativa, carregada de princípios culturalmente determinados.

A lista de sintomas do TDAH do DSM-IV pode ser observada:

**A. Ou (1) ou (2)**

(1) **seis (ou mais)** dos seguintes sintomas de desatenção persistiram pelo período mínimo de seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Desatenção:**

- (a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras.
  - (b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
  - (c) com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
  - (d) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
  - (e) com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
  - (f) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p.ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).
  - (g) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
  - (h) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
- (2) **seis (ou mais)** dos seguimentos de hiperatividade/impulsividade persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Hiperatividade:**

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.

- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
- (f) frequentemente fala em demasia.

**Impulsividade:**

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completamente formuladas.
  - (h) com frequência tem dificuldade para aguardar a sua vez.
  - (i) frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex. em conversas ou brincadeiras).
- B.** Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
- C.** Deve haver claras evidências de comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- D.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

**314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado:** se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento:** se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:** se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

**Nota para a codificação:** Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que

atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

Em 2013, foi lançado o DSM-V, em que o TDAH tem sua lista de sintomas inalterada. Porém, o número de itens para se chegar ao diagnóstico é reduzido de seis para cinco, no caso de adultos, o que contribui para maior alcance do transtorno na população desta faixa etária. Em relação às crianças, houve ampliação no critério etário, que, para alguns sintomas, antes o diagnóstico poderia ser obtido em crianças até sete anos, e com a quinta edição a faixa etária passa para até doze anos. Signor *et al.* (2013) ainda assinala outra ampliação do alcance do diagnóstico, uma vez que o termo “subtipo” foi substituído por “apresentação”, com a justificativa de que os sintomas podem se modificar com o tempo, porém sem a possibilidade dessa mudança representar a cura da doença. A ideia de subtipo favorecia a interpretação de categoria estável e imutável com o tempo. Assim, o termo “apresentação” faz com que o diagnóstico mantenha-se o mesmo, mudando apenas a maneira como a doença se apresenta. Se uma criança deixa de escalar ou correr demasiadamente, ou com a chegada da idade adulta, por conta desta modificação, ela não pode ser considerada curada do transtorno. O TDAH, além de representar uma doença mental, ainda se apresenta como transtorno crônico, revelado o caráter mórbido da constituição da categoria, e, portanto, incurável.

Observamos, a partir da análise das publicações indicadas, que é possível perceber como ocorreu a criação e desenvolvimento de um transtorno popularizado nos dias atuais em diversos países, sobretudo o Brasil. Com o pequeno apanhado histórico, torna-se notável a importância do DSM-III na elaboração desta categoria diagnóstica, que antes poderia ser tratada pela psiquiatria psicodinâmica como reações diversas aos tipos de acontecimentos relacionados à vida dos pacientes. A perspectiva “ateórica” (como vimos, embutida de ideologias) permite a construção de um status de ciência neutra aos conteúdos dos manuais subsequentes, o que cria condições favoráveis para a disseminação do TDAH como algo que pode acometer qualquer criança ou adulto que fuja aos padrões estabelecidos de comportamento. Quando se tem um transtorno com essas características circulando no imaginário social, com um medicamento como o metilfenidato para tratamento e redução de sintomas, e um manual como o DSM para normatizar os atendimentos, torna-se trivial e cada vez mais aceitável o enquadramento de sujeitos com este diagnóstico. Os comportamentos considerados critérios avaliativos para a o TDAH fazem parte da constituição humana em suas possibilidades de manifestação do corpo e

expressão do sujeito. No caso das crianças, as expressões dos modos de ser e os diferentes processos de aprendizagem se mostram ainda mais singulares, seja no ambiente familiar ou quando estão em grupo na escola. A lógica construída em torno do DSM e da prática terapêutica organicista não tolera essa singularidade e ainda sugestiona que há um processo biológico anormal correspondente como explicação para a manifestação dos comportamentos não aceitos socialmente. Este silenciamento é realizado de forma tão efetiva que dificulta o processo de elaboração dos sujeitos sobre seus próprios problemas e males que os acometem, deixando-os alheios às circunstâncias as quais os especialistas lhes impõem.

As transformações históricas sobre a constituição do campo da psiquiatria infantil, o surgimento e desenvolvimento do DSM, a configuração do TDAH, e mudanças no âmbito familiar da cultura contribuem para a compreensão de como o processo de medicalização é um fenômeno complexo, que passa pela patologização de comportamentos do indivíduo, se entrelaça na cultura, e envolve a escola com os transtornos da aprendizagem. Cirino (2015) destaca que a multiplicação de diagnósticos de TDAH, de Dislexia, Transtorno Opositor Desafiador e Transtornos de Conduta misturam elementos clínicos e morais, e são ordenados por uma “clínica da medicação”, em que o enquadramento do sujeito nestas categorias é pautado pelo padrão de tratamento caracterizado pela administração de uma substância clínica para redução dos sintomas. Os contextos familiares e escolares em que os problemas infantis aparecem não são levados em consideração, enquanto o que ocorre é uma resposta pronta dos especialistas que recebem a convocação para fornecer repostas. As angústias de crianças e adolescentes passam a ter as causas cada vez mais vinculadas à sua composição fisiológica, ao invés de serem associadas a problemas sociais como desemprego, violência, miséria, dependência química, e ainda os relacionados às políticas públicas como corrupção e problemas institucionais.

Outro fator que merece ser abordado é o discurso capitalista, que aliado ao discurso médico contribui para a ampliação do fenômeno da medicalização. Como vimos de maneira sucinta, a indústria farmacêutica se vincula ao desenvolvimento da psiquiatria biológica de modo a fornecer os produtos utilizados para redução dos sintomas, ou “correção” dos comportamentos desviantes. Compreendemos que a lógica patologizante, junto à disponibilidade de medicamentos específicos no mercado, impulsionada pela propaganda massiva na mídia corporativa, amplia significativamente a invasão do discurso médico no tecido social. A escola, como não está alheia a esta influência, acaba por se

apropriar deste discurso e utilizá-lo junto ao pedagógico. Logo, a criança e o adolescente que não corresponde à expectativa da instituição de ensino, seja por meio de desempenho ou comportamento, passam a ser vistos como indivíduos acometidos por doença, transtorno, ou disfunção orgânica cerebral. A análise que considera a medicalização sem o olhar crítico ao sistema econômico que alimenta este fenômeno se mostra ineficaz. É lucrativo para a indústria farmacêutica que o aluno com problemas na escola seja diagnosticado com algum transtorno e seja tratado com medicamentos. O profissional que atende essa criança no consultório e lhe profere o estigma recebe o prestígio por desempenhar o papel de solucionador de questões. Em contrapartida, o sujeito é silenciado para atender expectativas sociais e culturais impostas pela instituição de educação, pelos pais, e pela população em geral que verbaliza os seus incômodos em notar a expressão do outro, e para isso se utiliza do vocabulário embutido do discurso médico.

## **CAPÍTULO 3: MEDICALIZAÇÃO E MAL-ESTAR: O AVANÇO DO DISCURSO CAPITALISTA**

### **3.1 TRATAMENTOS DO MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO**

Com a intenção de elaborar uma análise mais aprofundada sobre o comportamento humano, alguns conceitos produzidos por Freud na primeira metade do século XX podem trazer contribuições sobre o processo civilizatório. Alguns atos não aceitos em determinadas sociedades ocidentais, seja por conta de padrões morais ou legislativos, entram em evidência no momento em que Freud levanta a hipótese de que as pulsões, consideradas como a “impulsão do sujeito que tende à satisfação” (Quinet, 2003, p. 24), determinam o agir do homem e o leva a buscar diferentes vias de satisfação de modos variáveis durante a convivência com os seus semelhantes. As formas de organização social adotaram certos parâmetros para diferenciar ações que tenham ou não um *status* utilitário e destrutivo. Com isso, a contradição latente de viver em sociedade e não poder expressar genuinamente seus impulsos, para manter a sua existência na *pólis*, pode ter levado o ser humano a implementar medidas de controle que visam suprimir ou silenciar os sujeitos nos seus modos de ser e agir. Por isso é relevante trazer à luz as ideias deste autor sobre os comportamentos inerentes ao homem, para depois pensarmos como as práticas discursivas, muitas vezes legitimadas pelo Estado, desempenham esse papel de repressor das pulsões com uma política de controle social.

Freud, em sua obra “O mal-estar na civilização” (1930), inicia uma reflexão acerca da religião e sua importância para a constituição de laços sociais na história da humanidade. O autor menciona uma carta que recebera de uma pessoa que, após ler o seu livro em que trata a religião como uma ilusão, respondeu lamentando que Freud não havia investigado o que seria a fonte da religiosidade, um sentimento “oceânico” comum em muitas pessoas, que remete a uma sensação de infinitude e eternidade. Então, o autor parte para a interpretação do que poderia caracterizar esse sentimento nos seres humanos. Explica que na primeira infância, o bebê não consegue diferenciar o seu eu/ego do mundo externo e consegue aos poucos obter esse contraste, a partir da falta que se insere nas suas vivências iniciais de vida quando não tem suas necessidades fisiológicas satisfeitas no momento imediato à fome. Com o tempo, a criança aprenderá a distinguir a fonte dos estímulos que se inserem sobre ela: em determinadas ocasiões, a excitação poderá surgir a partir de seus

próprios órgãos corporais, em outras, as sensações podem ocorrer pela ação de um “objeto”, a exemplo do mais desejado de todos, o seio materno, que é exterior ao eu/ego e aparece de tempos em tempos podendo surgir forçadamente a partir de uma ação especial, qual seja, o choro do bebê. Outro incentivo para que haja essa diferenciação do mundo externo é a fuga e o afastamento de situações de desprazer e sofrimento, que são comportamentos regidos pelo princípio do prazer: –Surge, então, uma tendência a isolar do ego tudo que pode tornar-se fonte de tal desprazer, a lançá-lo para fora e a criar um puro ego em busca de prazer, que sofre o confronto de um “exterior estranho e ameaçador.” (FREUD, 1930, p. 43).

A partir disto, surge o questionamento sobre o que busca o homem no decorrer de sua vida, qual seria o propósito de sua existência. Considerando que esse pensamento pode ser derivado da presunção humana de achar que somente sua vida merece um propósito de existência, Freud levanta a proposição da busca da felicidade como desejo de realização. O ser humano, então, buscaria alcançar um estado de felicidade e faria um esforço para se manter nele, ao passo que as vivências prazerosas estariam em primeiro plano e se associariam a esse estado, ao contrário das situações de sofrimento, que seriam evitadas a todo custo e representariam o oposto do referido sentimento. Desta maneira, o propósito da vida pode ser representado e regido pelo princípio do prazer, que demonstra seu efeito notório no funcionamento do aparelho psíquico desde o início da vida, entrando em ação para promover a redução da excitação corporal. Contudo, dadas às condições ambientais as quais o ser humano está sujeito como habitante terrestre e, portanto, condicionado a vivenciar as leis universais, a exemplo do limite espaço temporal, o princípio que busca a redução da tensão e das excitações é impossível de ser executado por representar um antagonismo próprio da existência mundana. Resta ao homem se associar aos momentos, passíveis de finitude, em que há possibilidade de satisfação das suas necessidades e tentar ao máximo prolongá-los com o objetivo de gerar contentamento, mesmo que transitório (FREUD, 1930).

O sofrimento tem a tendência de ocorrer com mais trivialidade, pois pode ser sentido pelo corpo, que está condicionado ao tempo a ter seus elementos fragmentados pela morte; pode ter como fonte o mundo externo com as forças naturais de destruição; e por fim, o sofrimento pode acontecer em virtude do relacionamento com outros homens. Freud associa este último como talvez o mais penoso em relação aos demais. O autor, a partir desta diferenciação, conduz a elucidação para os caminhos possíveis que levam à

realização do princípio do prazer. A busca indiscriminada de satisfação pode ser um método tentador de buscar a felicidade. Porém, sem a devida cautela, esse caminho pode significar a desventura por conta da reação dos outros homens como consequência dos atos praticados com este intuito. Como escreve Quinet (2003, p. 24), a satisfação da pulsão é sempre perversa porque “usa o outro não como uma pessoa, mas apenas um pedaço de corpo para sua satisfação, pois a pulsão não considera o parceiro como sujeito e sim como objeto”. Outra opção seria a fuga de todas as situações de desprazer, a exemplo do isolamento da relação com outros homens, a fim de evitar desentendimentos e os sofrimentos possíveis advindos dessa fonte, o que também acarretaria em uma existência limitada à presença de si mesmo (FREUD, 1930).

Sobre o mundo externo, pode-se pensar na opção de buscar os próprios meios para lidar com os perigos da natureza, ou a associação a outros homens como viabilidade de vencer os desafios ambientais através da técnica e conhecimento científico. Na medida em que se associa o sofrimento à sensação corpórea, a solução pode estar na manipulação química de substâncias com a intenção de produzir efeitos no corpo, como o uso de drogas que visam à obtenção de prazer por meio de alteração na sensibilidade, ou por conta do bloqueio de impulsos indesejados. Porém, as mesmas propriedades que levam o sujeito a refugiar-se no mundo interno das sensações, são também aquelas que apresentam características que podem levá-lo à intoxicação.

A seguir, Freud destaca a satisfação proveniente das pulsões que não passam pelo controle do eu/ego, destacando-a como a mais intensa comparada àquela proveniente das pulsões domadas pelo eu/ego. Quando esses impulsos não são satisfeitos, podem representar os estados de infelicidade da vida. Uma forma de defesa contra essa modalidade de sofrimento é o aniquilamento das pulsões do aparelho psíquico por meio de práticas meditativas, como é prescrito em algumas vertentes da sabedoria oriental. Caso a aplicação deste método seja realmente efetiva, a consequência se dá pelo abandono de outras atividades da vida, tornando possível a “felicidade da quietude”.

De outra maneira, pode haver outros destinos das pulsões pelo que o autor chama de agentes psíquicos superiores, os quais estão sujeitos ao princípio da realidade. O princípio da realidade toma o lugar do princípio do prazer no momento que o eu/ego percebe que pode sofrer algum dano do mundo externo ao responder à pulsão para satisfação: “Ao domar os movimentos do id dessa forma, ele substitui o princípio do prazer, que antes era o único decisivo, pelo chamado princípio de realidade, que certamente

busca o mesmo objetivo final, mas leva em conta as condições impostas pelo mundo real exterior” (FREUD, 1926, 188). Por este caminho, a meta da satisfação não é abandonada, apenas adiada. Os “Agentes psíquicos superiores” entram em ação, e desviam a satisfação da pulsão pela via do assujeitamento ao princípio da realidade, garantindo a proteção necessária para que, com o tempo, seja possível alcançar o alívio da excitação. Porém, parece certo, para o autor, que a satisfação atingida pela via mais segura para o ego é menos intensa do que aquela que não passou pelo controle da inibição. (FREUD, 1930, p. 51).

Outro processo relevante é a sublimação das pulsões, que se caracteriza pelo deslocamento da libido para a obtenção de satisfação e prazer decorrentes de trabalhos intelectuais e artísticos. De acordo com Freud, a sublimação possui uma qualidade especial dentre os métodos de controle das pulsões, pois revela sua importância para o desenvolvimento da cultura e promove os laços sociais. O autor disserta: “A sublimação do instinto constitui um aspecto particularmente evidente do desenvolvimento cultural; é ela que torna possível às atividades psíquicas superiores, científicas, artísticas ou ideológicas, o desempenho de um papel tão importante na vida civilizada.” (FREUD, 1930, p. 62). Exemplos deste destino pulsional podem ser encontrados na satisfação que o artista encontra na criação de suas obras, ou nos atos de descobrir verdades e solucionar problemas os quais o cientista se inclina na sua trajetória de estudo. Mesmo que tenha seu aspecto formidável por não depender de relações humanas para se constituir, é um método que não pode ser acessado por muitas pessoas, pois revela a necessidade de dotes que possam proporcionar as condições de realização dessas formas de trabalho. Porém, de maneira análoga à busca de satisfação no contexto do princípio da realidade, a sublimação também tem o alcance limitado da produção de prazer quando comparada à satisfação pelas pulsões grosseiras e primárias, de maneira que: “(...) ela não convulsiona o nosso ser físico.” (FREUD, 1930, p. 51).

Ainda assim há a abertura para que o destino contribua com o desencadeamento das dores físicas e psíquicas do ser humano, uma vez que o processo sublimatório não pode representar uma proteção a todos os acontecimentos da vida. Por outro lado, a vida da imaginação é um procedimento que se mostra capaz de dispensar aproximações com a realidade, e por isso pode alçar vôos a fim de realizar os desejos mais difíceis de serem executados. A proposta de uma suave embriaguez do pensamento tem sua atratividade por provocar o afastamento momentâneo das pressões exercidas pelas necessidades vitais. As

peessoas mais receptivas à influência da arte podem desfrutar da fantasia nos momentos em que se permitem esse movimento do pensamento, mas ainda assim estarão sujeitas ao sofrimento real. Estes dois procedimentos psíquicos sublimação e imaginação internos se mostram parcialmente efetivos na busca da felicidade e afastamento das dores da vida.

A seguir, Freud menciona outra forma de conseguir a felicidade, a qual está ligada a um processo de deslocamento da libido, com seu direcionamento ao objeto de desejo, pela modalidade de vida que adota a busca do prazer de amar e ser amado. É uma forma bastante naturalizada do ser humano buscar conforto nas relações afetivas, que também revela o potencial de atingir uma intensa experiência de prazer. O amor sexual pode proporcionar, de maneira transbordante, a sensação de alcance da felicidade. Porém, é certo que quando ocorre a perda do objeto amado, seja por separação, pela morte ou mesmo por nunca o ter alcançado, o sofrimento se faz presente e revela força suficiente para deixar o sujeito desamparado no seu processo de dor (FREUD, 1930).

Esta é a lição do mal-estar na cultura: a vida social se fundará na renúncia pulsional, pois que há um irremediável antagonismo entre as exigências pulsionais e as restrições impostas pela cultura. E “o saldo subjetivo dessa renúncia é a inescapável sensação de mal-estar” (Iannini; Tavares, 2020, p. 7). Mais adiante, Freud caracteriza o trabalho como a atividade principal que possibilita ao homem melhorar sua vida no contato com a natureza. No momento em que recebe a companhia de outro homem que contribua com o labor empenhado, consegue um alcance maior de seus objetivos e ainda constitui relações que darão à vida um *status* social. A busca da satisfação genital por via do amor sexual, e a necessidade de manter o objeto de desejo por perto, numa tentativa de perpetuar os momentos de felicidade, fez com que o homem se organizasse em forma de famílias. Esses dois grandes objetivos, quais sejam o trabalho e a busca pela satisfação do amor, contribuíram para a formação de comunidades, e a partir disso, resulta numa civilização com um grande número de pessoas. Assim, as chances de se conseguir um controle maior dos aspectos da natureza aumentaram gradativamente, à medida que mais participantes foram incluídos nas comunidades.

Freud ressalta que a mobilização libidinal em direção ao objeto desejado nem sempre é correspondida, ocasionando um processo de sofrimento no sujeito. Como uma forma de proteção contra esse desalento, é possível que o homem, ao invés de eleger um objeto para obter satisfação amorosa, desvie seus objetivos sexuais para a tentativa de realização de um amor mais constante, afetuoso e duradouro, resultando na modificação do

instinto primário em um impulso com finalidade inibida. Sendo assim, pode haver um deslocamento do desejo de satisfação vinculada a um único objeto, para a realização de um amor abrangente a todos os seres humanos, de caráter universal. Tanto o amor em sua fonte original, quanto o concebido como afeição inibida em sua finalidade, constituem operadores da civilização. Em relação ao primeiro, é o principal motivo de formação de novas famílias, e sobre o segundo, as amizades ganham importante influência nos modos de vida por não representarem certas características do amor genital, como a exclusividade. Apesar de serem processos preponderantes na constituição da civilização, sua existência se torna um conflito nas comunidades, pois, na medida em que os vínculos são fortalecidos na família, torna-se mais difícil a inclusão de seus membros em círculos mais extensos, posteriormente. Além disso, há a contradição notória pela qual passa o homem de, ora mobilizar seu desejo de satisfação a realizações do trabalho, ora extrair os momentos de felicidade com o objeto amoroso. Algumas civilizações adotam a tendência de restrição da vida sexual, uma vez que para manter o amor genital deve-se mobilizar grande parte da energia sexual. Com isso, há a insistência em modos de vida baseados em ideias como legitimidade do amor e na monogamia, ignorando as diversas maneiras pelas quais a vida sexual pode ocorrer. No momento em que ocorrem as proibições, os interesses sexuais são direcionados a atividades que não recebem as medidas restritivas.

Aparentemente pode-se pensar em uma civilização com seus elementos estáveis: indivíduos satisfeitos sexualmente, e que por meio da meta sexual inibida seja possível a afeição pelo outro e construir relações de amizade, a qual tenha interesses em comum nos trabalhos realizados. Porém, Freud destaca um descontentamento dos sujeitos com esse modo de vida, uma vez que para que essa mobilização seja bem-sucedida é preciso que ocorra a restrição sexual. O antagonismo entre civilização e sexualidade fica evidente nesta reflexão, o que leva a supor que a necessidade de privação sexual, para que haja maior ênfase nos trabalhos comuns, exibe um conflito de interesses.

O que Freud busca enfatizar neste texto é que os seres humanos não são criaturas que conseguem um convívio pacífico. O que se revela como mais evidente é que se encontra nos homens certa quota de agressividade, e que, nas relações que constitui com o outro, busca satisfazer esse sentimento por via de: exploração de capacidade de trabalho sem compensação, causar humilhação, utilizar o corpo com finalidade sexual sem consentimento, causar sofrimento, torturar e matar. “*Homo homini lúpus*”. O autor utiliza exemplos para fortalecer sua asserção, como as atrocidades cometidas durante a Primeira

Guerra Mundial. A existência desse fator nas relações humanas é a chave para o entendimento do fracasso que as envolve, assim como também é o motivo da ameaça à desintegração dos laços sociais a qual a humanidade está submetida. Assim, pode-se compreender o esforço que a civilização empreende em restringir sexualmente, em utilizar o impulso inibido em sua finalidade, e a tentativa de influência pela religião para que o homem “ame o próximo como a si mesmo”. Esforços que dão um tratamento para o mal-estar daqueles que se incluem na civilização e para tanto pagam com renúncia pulsional.

Compreendemos assim que a agressividade compõe parte das pulsões humanas e faz com que a civilização se ponha em risco, considerando as formas de manifestação e tentativa de satisfação desses impulsos destrutivos. A restrição a essa pulsão e às inclinações sexuais parece contribuir significativamente para que o ser humano seja infeliz na sua existência. As formas de escoamento da agressividade podem estar relacionadas com a hostilidade de grupos sociais distintos, que adotam o comportamento de proteção dos semelhantes como expressão principal desse aspecto. Portanto, a pulsão agressiva pode ser empreendida, tanto quando há oposição e ocasião para inimizade, quanto na prática de luta e competição. Mas o que Freud salienta é que este aspecto da natureza humana é tão presente que provavelmente acompanhará o ser humano no seu processo de evolução enquanto ser civilizado.

A contribuição do autor sobre essas características humanas são úteis para refletir sobre como a humanidade tem negado certos atributos inerentes ao homem: a agressividade e destrutividade dirigida ao outro e ao seu meio como também para si mesmo. Tais reflexões de Freud nos instrumentalizam para um debate que leve em conta o potencial destrutivo da humanidade, e de maneira semelhante indica o seu potencial criador. É fundamental realizar o exercício proposto por Freud de buscar explicações para o modo como se constituem as relações, e quais forças pulsionais se revelam preponderantes nos modos de ser.

Assim, além das pulsões sexuais\eróticas, também nomeadas como pulsões de vida, representadas pela figura de Eros, Freud afirma a partir dos anos 1920 a existência da pulsão de morte. Através do conceito de repetição e de trauma, Freud assinala a existência de experiências qualificadas como demoníacas, experiências que apontam para um outro princípio mais além do princípio do prazer. Enquanto Eros representa a conservação da vida, em que estão inclusas as pulsões sexuais, Freud reconhece a pulsão da agressividade,

que quando mesclada a Eros, produz, por exemplo, os efeitos do sadismo utilizado a serviço da função sexual. O autor conclui:

“Então, as pulsões em que nós acreditamos se separam nestes dois grupos: as eróticas, que querem aglomerar substâncias vivas em unidades maiores, e as pulsões de morte, que contrariam essa determinação e reconduzem o vivo ao estado inorgânico. Da ação combinada e contrária de ambas surgem os fenômenos da vida, a que a morte põe fim” (FREUD, 1920, p. 99)

A partir das reflexões de Freud acerca do mal estar na cultura é possível estabelecer algumas conclusões que contribuirão para os objetivos deste trabalho. O malestar é, então, inerente ao ser humano, tem sua fonte a partir das exigências de satisfações pulsionais e as exigências da civilização. Mesmo que haja diferentes destinos da pulsão, como os descritos pelo autor, haverá resquícios da renúncia pulsional em prol do desenvolvimento da cultura, processo que não se conclui de maneira impune. A renúncia à satisfação das pulsões se faz necessária para existência e manutenção dos laços sociais na civilização, e certa quota de agressividade humana capaz de produzir atrocidades e efeitos devastadores nas sociedades permanece como um resto não eliminável ameaçando os laços sociais. A constante exigência da satisfação pulsional faz com que a felicidade seja condicionada a momentos de prazer fadados ao fim com o tempo. A busca desse sentimento como propósito de vida é o que move o ser humano e o que acaba por promover o seu mal-estar, e nem mesmo a religião é capaz de dar conta da sensação de incompletude.

Ao se deparar com os infortúnios, ora causados pelas transformações da natureza, ou por consequência da fragilidade do corpo físico, o homem percebe a necessidade de construir soluções e para isso recorre à coletividade. Das relações provenientes da cooperatividade nascem o sentimento de amizade e também os desentendimentos e dificuldades de convívio. Ao analisar o princípio do prazer, Freud detecta falhas no programa que visa a satisfação das pulsões como prioridade para a vida humana, de maneira que a realidade deixa evidente que a adoção dessa perspectiva pode significar a imposição de uma série de limitações ao sujeito, e inclusive podem levá-lo à morte. Os relacionamentos, então, condicionados ao princípio da realidade cujo programa estabelecido é o que prioriza a renúncia pulsional, são apontados pelo autor como outra fonte de sofrimento durante a vida, e muitas vezes pode ser considerada a mais implacável. Nas palavras de Iannini e Tavares (2020, p. 54): “No fundo, é esse fator de renúncia cultural (*Kultursagung*) que rege o vasto domínio da relação entre os homens”.

Iannini e Tavares (2020, p. 55) comentam que Freud sugere um funcionamento econômico da cultura, em que os homens devem procurar resolver as tensões criadas pela pressão das pulsões, devendo se atentar aos custos, ganhos e prejuízos envolvidos nas possibilidades de investimento libidinal. Assim, de acordo com os autores, a cultura é constituída como uma tentativa de compensação, ou “contrainvestimento simbólico”, relacionada à falta de satisfação obtida pela renúncia pulsional. A impossibilidade de felicidade faz com que a experiência total de satisfação seja interpretada como um mito. A efetivação da satisfação só é possível como resultado de um efeito de subtração do gozo absoluto, e a linguagem é o agente fundamental dessa subtração.

O antagonismo proposto por Freud, entre Eros e a morte, é o elemento que resume os fenômenos da vida e o que estabelece a impossibilidade da felicidade. O mal-estar inerente e a forma como cada ser o vivencia está intimamente ligado ao modo de lidar com a pulsão de morte e o sofrimento. Iannini e Tavares (2020, p.56) concluem: “Com a pulsão de morte, obtém-se a formalização da falha primordial da satisfação”.

O mal-estar é inerente aos laços sociais e decorrente da atuação da pulsão de morte, o elemento que leva o homem à destrutividade. A reflexão proposta por Freud sobre a busca de satisfação das pulsões, que traz como desdobramento a elaboração, pelo autor, do princípio do prazer, representa o ponto ao qual o discurso capitalista e o discurso científico incidem. Isto porque tais discursos buscam ocupar a lacuna do desejo insatisfeito, oferecendo as promessas de satisfação plena pela via do consumo, e ausência de dor pelo silenciamento dos sintomas no corpo. Assim, é conveniente investigar os modos pelo qual operam esses dois discursos e como se entrelaçam buscando a perpetuação.

### **3.2 O AVANÇO DO CAPITALISMO EM UM MUNDO CADA VEZ MAIS LIBERAL**

As transformações do meio social, cultural, econômico em cada momento histórico incidem sobre as subjetividades e provocam a reflexão sobre a vida humana, seus impasses e as múltiplas formas de lidar com a “dor de existir”. Os modos de ser e estar no mundo acompanham essas mudanças e suas consequências, de maneira que se torna difícil ignorar a influência da organização política e estrutural das sociedades, já que impactam significativamente nas relações das pessoas entre si, na configuração dos laços sociais e relação do homem com o ambiente que o cerca. Por isso, neste capítulo, abordaremos o

sistema econômico do capitalismo e seus viesamentos ideológicos, parte de seu desenvolvimento histórico, suas dissidências com as sociedades contemporâneas e sua relação com o conceito de mal-estar proposto por Sigmund Freud.

Harari (2018) explica que o século XX é marcado por três narrativas formuladas pelas elites econômicas que pretendiam atribuir uma significação aos fatos ocorridos no passado e elaborar novos rumos para o futuro. São conhecidas como as narrativas liberal, comunista e fascista. Após a Segunda Guerra Mundial, a narrativa fascista foi derrotada e durante os anos posteriores os debates eram compostos pelas narrativas liberal e comunista, esta última tendo entrado em colapso até o final de 1980. Portanto, a narrativa liberal triunfou perante as outras, e passou a ditar as perspectivas tanto dos países emergentes quanto dos dominantes no que tange ao acúmulo de capital e poder financeiro. A livre iniciativa é a principal marca deste modelo político, que tem em seu discurso a luta pela liberdade individual e econômica. Este modelo ideológico é apresentado como uma contraposição às organizações dos regimes autoritários e opressores que não concedem direitos e oportunidades para a maioria das pessoas inseridas no âmbito social.

De acordo com Harari (2018), a narrativa liberal foi posta no cenário mundial como uma alternativa que pode tomar o lugar de ditaduras brutais e tentar instaurar os seus valores em regimes democráticos, reforçando a ideia de que os países que se juntassem a esta forma de pensar seriam recompensados com o progresso. Por outro lado, os países que não adotassem este modelo, sofreriam as consequências econômicas e comerciais. De 1990 ao ano 2000, a narrativa liberal se tornou um “mantra global”, fazendo com que países como o Brasil e a Índia adotassem medidas liberais para se juntarem ao espírito do progresso. Porém, após a crise financeira de 2008, as pessoas começaram a desacreditar nesta ideologia. Somado a isso, problemas globais parecem ganhar mais visibilidade, como o aumento da imigração entre países e resistência a acordos comerciais internacionais. Problemas relacionados à ecologia e à maneira como o ser humano explora os recursos naturais estão cada vez mais notáveis, assim como a diminuição dos postos de trabalho por conta do processo de automatização industrial. No ano de 2016, os marcos assinalados por Harari, como aqueles com maior impacto são o voto pró-Brexit da Grã-Bretanha e a vitória de Donald Trump nas eleições dos EUA. Estes momentos históricos ressaltam o descrédito ao processo de globalização que antes era aclamado pela pauta liberal. A mensagem principal de Donald Trump é que não é papel dos Estados Unidos fornecer uma visão política ao mundo e sim promover os ideais de liberdade, responsabilidade social e

direitos humanos até a fronteira. A construção de muros e a adoção de políticas protecionistas em relação a estrangeiros são as marcas dos votos políticos no Brexit e em Trump. Por isso Harari assinala: “Em 1938 foram oferecidas três narrativas aos seres humanos para que escolhessem uma; em 1968, apenas duas; e em 1998 uma única narrativa parecia prevalecer; e em 2018 chegamos a zero.” (HARARI, 2018, p. 15).

A ausência de narrativas provoca uma sensação de desorientação, que é ainda mais agravada com o fato da evolução tecnológica ter atingido um ritmo acelerado desde 1990, com a era da internet. Harari (2018) aponta o potencial explosivo da revolução da inteligência artificial, aliada à biotecnologia com intervenções nos corpos e mentes das pessoas. Os sistemas políticos não foram capazes de acompanhar estas mudanças e levantar questões éticas sobre as produções de engenheiros, empresários e cientistas. O autor aponta que as pessoas comuns não conseguem acompanhar e entender o potencial das inovações tecno-científicas, e isso contribui para um sentimento de irrelevância, em contraposição à ideia que era difundida no início do século XX, em países como a Alemanha, União Soviética e Estados Unidos, a qual as atividades laborativas de operários, donas de casa e mineradores apareciam em pôsteres e propagandas evidenciando o valor significativo das atividades exercidas por essas pessoas para o desenvolvimento das sociedades. A narrativa liberal compunha esta identificação, diferente do que ocorre atualmente, o que faz com que se torne cada vez mais desacreditada.

O que é preocupante é que a narrativa liberal foi difundida e aceita por países do oriente e ocidente, e em caso de um possível colapso, os impactos na subjetividade da população seriam alarmantes. Mas como o liberalismo ganhou tanto espaço nas organizações políticas mundiais?

Sobre a globalização, Jaguaribe (2001) conceitua como o processo que se iniciou no Renascimento, com as descobertas marítimas e a Revolução do Comércio, prosseguiu com a Revolução Industrial desde o século XVIII até grande parte do século XX e se intensificou com a Revolução Tecnológica do final do século XX com o advento da internet. O sociólogo menciona o caráter incomparável das dimensões alcançadas pela Revolução Tecnológica em relação às Revoluções precedentes, uma vez que o desenvolvimento tecnológico, através das áreas da informática, comunicações, transportes, e outros, produziram impactos profundos de escala mundial em processos produtivos, gerenciais e mercadológicos. Essas mudanças significativas possibilitaram a descentralização espacial de produção de bens e prestação de serviços, a criação e gestão

de empresas multinacionais de enormes proporções, que permitem a transferência quase instantânea de bilhões de dólares de um país para outro. As novas condições de atuação no mercado reduziram a capacidade regulatória dos governos, debilitando o poder estatal, o que caracteriza o triunfo da ideologia neoliberal e coloca o controle mercadológico na posse de um pequeno grupo de empresas multinacionais.

Jaguaribe (2001) nos explica que a Revolução Tecnológica não foi orquestrada por nenhuma país específico, porém favoreceu os países de alta tecnologia, particularmente os Estados Unidos, fazendo com que se tornassem a economia mais competitiva do mundo. Os países que lideraram os três processos de globalização desde a Revolução Mercantil detêm o maior poder econômico, em detrimento dos demais. Com o advento da indústria tecnológica e as novas formas de circulação de capital, os países subdesenvolvidos se vêem num dilema perverso descrito pelo autor:

“Se, para proteger suas indústrias subcompetitivas, esses países recorrem à velha estratégia do protecionismo, enfrentam, por um lado, sérias retaliações das agências regulatórias internacionais (OMC, FMI, etc.) a serviço das grandes potências e, diretamente de parte destas. Se, contrariamente, atendendo às prescrições neoliberais, abrem seus mercados para a concorrência internacional, são por ela levados à destruição de seu parque industrial e à internacionalização de suas economias, tornando-se meros segmentos do mercado internacional, reduzidos à produção de itens de baixo valor agregado.” (JAGUARIBE, 2001, p. 285).

As reflexões dos autores sobre o sistema político liberal e o processo de globalização decorrente da Revolução Tecnológica contribuem para pensarmos que nas últimas décadas o capitalismo levou o consumo a um patamar jamais visto na história. A evolução deste discurso demonstra como o pensamento liberal se entrelaça na cultura fazendo as pessoas acreditarem que esta seria a única forma de organização política possível.

As estratégias de consolidação da narrativa liberal foram efetivas para sua manutenção enquanto sistema político, porém ocorreram algumas derrotas e incorporações de parte de outras ideologias. Harari (2018) discute como o liberalismo resistiu à Primeira Guerra Mundial, em um contexto em que as pessoas acreditavam mais no imperialismo para conquistar territórios, porém, com a carnificina decorrente deste momento histórico, a ideologia de competitividade baseada nos princípios de liberdade e paz ganhou novos ares. O fascismo de Hitler de 1930 até o início dos anos 1940 também representou uma força contrária, e o comunismo de Che Guevara entre as décadas 1950 e 1970 mostrou ao

mundo a possibilidade de outro tipo de organização política. A narrativa liberal resistiu durante o século XX e demonstrou flexibilidade superando o imperialismo, fascismo e comunismo. Seu discurso passou a valorizar cada vez mais as liberdades e os direitos humanos, de maneira que houve um reconhecimento maior de programas visando o bem-estar social. O pacote liberal democrata com livre mercado, direitos humanos e serviços para manutenção do bem-estar social superou os obstáculos do tempo para ser apresentado ao mundo como única opção disponível de se fazer política.

O liberalismo foi capaz de reconciliar o proletariado, a burguesia, os povos imigrantes, os religiosos, diminuindo as tensões com a promessa de crescimento econômico do qual todos poderiam usufruir. Porém, na atualidade, ao lidar com problemas como o colapso ecológico e a disrupção tecnológica, a narrativa liberal não consegue produzir respostas adequadas. A estratégia de crescimento como única maneira de resolver os impasses não funciona com estes temas, muito pelo contrário, é justamente o crescimento econômico que causa a crise ecológica e prolifera a criação de novas tecnologias sem o acompanhamento ético e regulamentador dos estados. Harari discorre:

“A narrativa liberal e a lógica do capitalismo de livre mercado estimulam as pessoas a ter grandes expectativas. Durante a parte final do século XX, cada geração — seja em Houston, Xangai, Istambul ou São Paulo — usufruía de uma educação melhor, serviços de saúde superiores e maior renda do que a que lhe antecedia. Nas décadas por vir, no entanto, devido a uma combinação de disrupção tecnológica e colapso ecológico, a geração mais jovem terá sorte se permanecer nos mesmos patamares.” (HARARI, 2018, p. 25)

A narrativa liberal ditou as regras do jogo para muitos países durante o século XX. Ocorreram mudanças significativas na cultura e nas subjetividades a partir da sedimentação destes ideais na organização política mundial. O sofrimento psíquico dos sujeitos inseridos nesta lógica é perceptível, mas como relacionar o mal-estar subjetivo e o sistema econômico capitalista?

Sarti e Tfoní (2013) apontam o deslocamento do discurso publicitário, vinculado ao capitalismo, que levou a uma redefinição da prática do consumo. O contexto histórico que serve como pano de fundo das autoras é a crise econômica de 1929 nos Estados Unidos, que levou à quebra da bolsa de valores de Nova York devido à superprodução de mercadorias. Nesta época, a relação dos sujeitos com os produtos correspondia ao domínio da necessidade e da saciedade. Assim, os indivíduos compravam e consumiam o que lhes servia, o que poderia ser associado à utilidade do produto e à atividade desempenhada, seja para alimentar-se e sentir saciado, ou para agasalhar-se e se proteger do frio, ou mesmo

para embriagar-se. No entanto, a partir de 1929, opera-se um deslocamento de posição dos sujeitos em relação ao produto, de maneira que o desejo passa a ser inscrito no simbólico. Neste ínterim, o consumo alia-se ao insaciável, levando os indivíduos a comprarem mais do que seria necessário e funcional para suas vidas. O desejo passaria, então, a ser útil ao sistema econômico através do imperativo do consumo de produtos que, a partir deste momento, são vendidos acompanhados de uma ideia, que deve ser vinculada à identidade do sujeito, e não à singularidade do desejo.

Então, a partir da segunda metade do século XX, o capitalismo inaugura sua nova fase, que leva muitos autores a caracterizarem como a “sociedade do consumo”. Os aspectos imaginários dos sujeitos são levados em consideração, num processo de reificação do eu, e ideias como igualdade, autonomia, liberdade e felicidade foram aliadas ao consumo de mercadorias, a partir da publicidade visual. Assim, as autoras pontuam:

“Sob essa transformação, pontuamos a incidência de um deslocamento de posição na relação dos sujeitos com as mercadorias, que passa a corresponder ao domínio da constituição do desejo pelo simbólico, ou seja, ao domínio imperioso da não-saciedade. A publicidade emerge como lugar discursivo privilegiado para a apreciação desse deslocamento, na medida em que, a partir de 1929, passou a desempenhar o papel de encaixar a mercadoria na particularidade identitária de cada um, numa espécie de livre-concurso ou liquidação de sinais particulares.” (SARTI; TFOINI, 2013, p 269)

O deslocamento do discurso apontado pelas autoras, que insere o sujeito na posição de consumidor de produtos supérfluos, levando em consideração os processos de identificação, reificação do eu, e inscrição do desejo no simbólico do inalcançável indica que a subjetividade contemporânea marcada pela lógica capitalista é um desafio que merece ser investigado de maneira mais incisiva.

### **3.3 A LÓGICA E O DISCURSO CAPITALISTA**

O avanço do capitalismo engendrou o discurso capitalista, abordado por Lacan (1970-1972) em sua teoria sobre os discursos. Colette Soler (2011) nos convida a refletir sobre o conceito de discurso capitalista e seu impacto sobre as sociedades atuais. Soler destaca que a noção de discurso para Freud está contida no que o autor entende por civilização. Assim, a expressão discurso foi introduzida por Lacan para ressaltar algo que faz parte do coletivo, que está presente nos vínculos sociais. Em 1970, Lacan elaborou a teoria dos discursos, a qual é representada pelo discurso do mestre, discurso da histeria,

discurso universitário e discurso analítico. Os quatro discursos têm um modo de funcionamento singular, que revela uma modalidade de vínculo social peculiar a cada um. Os laços sociais, ou seja, as maneiras das pessoas se relacionarem, com seus corpos, comportamentos, modos de se comunicar, são permeadas pela estrutura da linguagem, que para Lacan, também é a estrutura do inconsciente. A realidade também é algo que é sustentado pela linguagem. Então, Soler (2011) salienta que o discurso capitalista aparece como um quinto discurso elaborado por Lacan como uma evolução do discurso do mestre, porém com o adendo de que sua existência é voltada para desfazer os laços sociais entre os indivíduos.

A teoria dos quatro discursos de Lacan contribuirá para a abordagem do discurso capitalista neste trabalho, por isso sua caracterização se faz necessária, porém não há aqui o objetivo de aprofundar os estudos sobre o autor, pois o foco da corrente pesquisa é o tratamento do mal estar na atualidade e como o processo de medicalização está inserido na civilização. Por isso nos deteremos em trazer contribuições de autores inseridos no Campo Lacaniano que descrevem os pressupostos para um estudo mais voltado para os laços sociais.

Assim, de acordo com Quinet (2006), os discursos desvelados por Lacan abordam as quatro modalidades de laço social que estão inseridas nos quatro discursos. No discurso do mestre teríamos então o laço social firmado a partir da pessoa que manda e de quem obedece. Utilizando de exemplos na atualidade, Quinet destaca a relação entre médico e paciente que pode ser entendida à maneira dos quatro discursos. Fazendo jus ao discurso do mestre, o médico manda e o paciente obedece. Em relação ao discurso universitário, o médico consegue convencer o paciente sobre a importância do tratamento, utilizando para isso o saber. No discurso do analista, o médico/psicanalista tomaria o lugar de objeto de desejo de transferência do paciente, fazendo-o falar e ocasionando a lembrança e elaboração de conteúdos recalçados. Com o discurso da histeria, o médico se percebe entusiasmado em buscar o conhecimento que não possui para que possa responder às indagações do paciente, ou seja, há um despertar de desejo que se origina no primeiro e o segundo é atingido. Como indica Quinet (2006), o nome histeria “não é o mesmo utilizado por Freud para designar a tipificação da neurose, mas é uma referência direta ao desejo do autor de buscar respostas para os problemas levados à clínica pelas mulheres histéricas” (QUINET, 2006, p. 19).

Lacan, para desenvolver o conceito de discurso capitalista, utiliza o conceito de

mais-valia introduzido por Karl Marx. Interessante que Soler (2011) aponta que Marx criticava a Revolução Francesa, não por ter promovido a idealização dos direitos humanos, mas porque, junto a isso, fomentou o desenvolvimento de um regime de exploração capitalista. A noção de mais-valia pode ser entendida como a parte do trabalho que não é paga ao trabalhador, no contexto capitalista de propriedade privada, gerando lucro para os detentores dos meios de produção. Assim, é possível observar uma divisão entre os que possuem os meios de produção, os capitalistas, e os que apenas possuem seus corpos que são utilizados para o trabalho, que são os proletários. Em termos lacanianos, a mais-valia é o que é retirado do trabalhador, o que lhe é roubado, extraído, apropriado pelo capitalista, que por sua vez, passa a se entusiasmar e a desejá-la cada vez mais. Com a noção de mais-valia, também surge a consciência de classe do trabalhador, que se percebe subtraído e passa a desejar o objeto perdido. Dessa forma, a mais-valia passa a ser a causa do desejo de todos os que participam do sistema, capitalistas e proletários, “uns para apropriar-se e outros para recuperá-la” (SOLER, 2011, p. 435).

No discurso capitalista não tem hiato, ao ponto de ser irreconhecível quem manda e quem obedece, ou de onde parte a ordem do desejo. A partir do saber produzir, o sujeito manda para que o produto seja feito e possa ser extraído o seu “mais de gozar” ou sua mais valia. Porém, o produto também exerce o seu poder sobre o sujeito, uma vez que este tem que continuar a produção para engrossar o capital. A autora conclui:

“Portanto, temos um circuito fechado, contínuo, sem ruptura, onde podemos dizer que tanto o sujeito quanto os produtos estão no comando, já que cada sujeito também é explorado pelos produtos; que, mais do que condicionados, condicionam o próprio funcionamento da vida cotidiana.” (SOLER, 2011, p. 436).

Os discursos descritos por Lacan inscrevem um laço social entre os seres que os compõe. No discurso do mestre há o laço entre o mestre e o aprendiz; o discurso da histeria inscreve o laço entre o sujeito (histérico) e todos os que vem encarnar o significante mestre; o discurso universitário inscreve o vínculo entre os que detém o saber e os que são seu objeto do conhecimento, ou seja, a quem o saber forma; por fim o discurso do analista inscreve o laço entre um analista e outro analisante. O discurso capitalista é o único que não inscreve laços, uma vez que cada sujeito se relaciona com o objeto mais-valia (SOLER, 2011)

Assim, na atualidade se tornou legítimo o entusiasmo pelo gosto do lucro. A

competitividade e acúmulo de riqueza se tornaram ideais, fazendo com que os vínculos da família, dos casais, do trabalho, tenham se corroído e se fragmentado. Com essa precariedade de laços, há o aumento da sensação de falta de sentido da vida, o que pode ser constatado pela queixa que os pacientes levam à clínica, e também pelo retorno de antigas sabedorias, como o budismo e outras religiões de origem oriental, que exemplifica a ascensão de métodos alternativos para lidar com o sentimento de vazio. De acordo com Soler (2011), Lacan também previu que estas práticas retornariam com força.

O mais-de-gozar que se faz presente no capitalismo com o seu desenvolvimento tecnológico apoiado pelo conhecimento técnico-científico não dá conta das aspirações humanas e não acrescenta nada à civilização humana, a não ser o sentimento de falta, em alguns casos, devastador. O resultado disto pode ser descrito ao observar o individualismo exacerbado, em que cada sujeito se vê responsável pelos vínculos que estabelece. Aqui, Soler estabelece uma comparação com os modos de se relacionar do Antigo Regime, em que os sujeitos viviam com laços prescritos, consistentes, difíceis de desfazer, e isso também implicava em controle social. Na atualidade, a dificuldade está em manter os laços sociais, construir relações que não desfaçam, um trabalho que dure.

Para Soler (2011), o individualismo é marcado pela conjunção de dois termos, quais sejam: narciso e cinismo, formando “narcinismo”, que designa os indivíduos que não tem outra causa a não ser ele mesmo (narciso) e que se consagra em seus próprios gozos (cínico). Assim, “os sujeitos passam a mirar somente a si, buscando triunfo pessoal como único proveito possível.” (SOLER, 2011, p. 441)

Temos ainda os vínculos de amor que são fragmentados pelo discurso capitalista. De acordo com Soler (2011), Lacan elabora, em 1972, a ideia de que esta modalidade discursiva implica uma “foraclusão da castração”, ou a “produção generalizada de castração”, visto que a mais-valia como a causa do desejo dificulta a possibilidade do sujeito desejar se relacionar amorosamente com um parceiro elegendo-o como objeto. O modo como esse discurso rechaça os vínculos de amor é, por exemplo, falar de amor e sexo, estabelecer essa separação em imagens e representações de grande alcance, construir modelos simbólicos e imaginários de como se constituem as relações. A autora explica que a expressão criada por Lacan demonstra que nos vínculos de amor a castração entra em jogo, pois é necessária para construir os laços. É preciso abrir mão da busca da satisfação para se relacionar, ou seja, colocar a castração a serviço do outro. Então, se o discurso capitalista desfaz os laços sociais do amor, exclui a possibilidade de castração do sujeito.

Como consequência dessa quebra dos vínculos, as pulsões se manifestam de outra maneira. Há a abertura para a ocorrência de atos de violência e atrocidades cometidas em relação ao outro, assim como observa Freud (1930) com o conceito de pulsão de morte. (SOLER, 2011, p. 442-445).

A articulação entre o discurso capitalista e os progressos da ciência tem como resultado um reordenamento dos agrupamentos sociais. Soler explica que isso ocorre devido à universalização que a ciência introduz e como o capitalismo é impulsionado por essas modificações no campo social, gerando, portanto, efeitos “fora-do-discurso”. Dentre estes efeitos, a autora destaca o triunfo do individualismo cínico, fragilidade dos apegos, aumento da solidão e precariedade dos laços. O modo de relacionar dos seres humanos atualmente ocorre de maneira muito mais complexa em comparação à época pré-científica (SOLER, 2013). A partir do discurso capitalista é que a ciência cumpre a sua finalidade de universalização, como algo que ocorre no real. Os vínculos que se fortalecem são forjados entre o sujeito e os produtos criados pelo sistema, fabricando homogeneidade, e não laço. Quando Eros é convocado é para estabelecer ligação com os produtos mais-de-gozar, reduzindo os indivíduos a desejarem seus próprios corpos. Soler finaliza com a afirmação que é na solidão que o sujeito da ciência se realiza (SOLER, 2013).

Um exemplo bem nítido, trazido por Quinet para ilustrar a articulação do discurso capitalista com o discurso da ciência, é o saber produzido pelas neurociências que cria produtos que podem virar objeto de consumo quando a psiquiatria entra no discurso capitalista. No âmbito da pesquisa científica pode-se perceber a lógica do capitalismo na pressão para realizar projetos e publicações, na competitividade entre os pesquisadores para conseguir financiamento, na agressividade imposta para defender sua área de conhecimento, ocasionando a degradação dos laços sociais. O autor lança a questão ainda utilizando como exemplo a psiquiatria e a área de neurociências, se estes saberes poderiam trabalhar para a produção de medicamentos para as doenças que existem, ou se eles operam para “produzir doenças” para que sejam tratadas pelos medicamentos fabricados por este campo do conhecimento.

Soler (1998) propõe que a prática analítica inaugurada por Freud oferece uma nova possibilidade de interpretação do psiquismo de modo que o termo “realidade psíquica” é proposto para qualificar o conjunto de significados e modos de interpretação que o sujeito inscreve para dar conta do que lhe parece no âmbito do real. Para Lacan, as realidades são plurais e não há realidade sem que haja discurso, ou seja, uma forma de operar o real e

acomodá-lo. Assim, o discurso primeiro é aquele que o sujeito se utiliza para organizar a realidade de seu mundo, e seu modo de operar é a tentativa de oferecer significantes que todos devem concordar. Esse modo de universalizar sempre promove uma exclusão do que é impossível de enquadrar, a qual Freud chamou de dessexualização. Para a política, que quer governar, a exclusão se torna insuportável uma vez que demonstra o fracasso daquele que promove o discurso. O sintoma, então, se revela como oposição à adaptação da realidade, ou seja, oposição à adaptação da demanda de um discurso. O sintoma, para a psicanálise, é uma fixação do gozo, que a linguagem falta em oferecer considerando que essa falta de gozar está presente em todo discurso. No entanto, a política se revela como a gestão do sintoma, pois estabelece regras para os modos de gozar, e sua forma de governo é oferecer semblantes a gozar que sejam acessíveis a todos. Como isso não pode ser alcançado é preciso que a política tenha serviços reparadores a seu dispor, prontos a agir a favor da adaptação, acomodação e redução do sintoma.

Neste sentido, a conexão entre o discurso capitalista e o discurso da ciência produz modificações nos laços sociais. Os novos produtos do mercado se multiplicam a oferecer parceiros prontos a gozar, que qualquer um pode ter acesso, desde que pague por isso. Soler evidencia o surgimento de uma igualdade forçada que faz todos os proletários se fixarem em seus produtos de gozo, como iguais. A diferença aparece no nível do ter:

“Quando os semblantes entram em falência, não resta senão a quantidade para inscrever a diferença, o mais e o menos, o muito e o não o bastante. Se o supereu diz: goza, poderíamos completar sua fórmula moderna: goza emulando.” (SOLER, 1998, p. 261).

Por fim, Soler aponta para uma possível saída do discurso capitalista com o auxílio do passe psicanalista para emancipação do sujeito. O sintoma para a psicanálise faz objeção à sintonia, e esta encontra condição do fato que o desejo é dialético, portanto, moldável, sugestionável, ao ponto de ser possível inscrever imagens, objetos e significantes, e assim, capturá-lo e dirigi-lo. A psicanálise traz à luz a fixação de gozo do sintoma, para então descondicionar o desejo, pois não pode ser coletivizado. Esse passe faz com que o psicanalisado tenha a possibilidade de desejar e obter satisfação pelo que não é pré-moldado pelos discursos. O psicanalista opera para que ocorra a separação entre o desejo e as injunções do discurso corrente, fazendo com que o sujeito se perceba como causa dessa cisão. É possível dizer que esta prática é capaz de fazer frente à “proletarização contemporânea dos sujeitos” (SOLER, 1998, p. 262).

Compreendemos que o desenvolvimento do discurso capitalista produz impactos perceptíveis no tecido social e na subjetividade humana. A teoria dos quatro discursos de Lacan coloca em evidência a importância do laço social na constituição das relações, ao passo que, ao apontar a existência de um quinto discurso, o autor ressalta a inexistência do laço social na relação do sujeito com o objeto. Ao que parece, o discurso capitalista se utiliza do sentimento de falta inerente ao homem, capturando o seu desejo, que é o sentido da vida comentado por Soler, e o direciona aos objetos de consumo propagados com a promessa de satisfação e felicidade. Esse movimento atua até mesmo nos relacionamentos humanos, em que o outro é visto como objeto de consumo, desencadeando um processo que pode-se chamar “objetalização do outro”. O sentimento de mal-estar proveniente da interação social se revela intimamente ligado à expectativa que os sujeitos têm sobre o comportamento e à maneira como o outro age diante das parcerias estabelecidas, ou seja, o modelo apresentado pelo discurso capitalista de desejo pelo objeto com o intuito apenas de obter satisfação pulsional com a promessa de perfeição e felicidade é, então, transposto para as relações humanas em que lidar com o outro que esteja fora do prometido e do esperado implica em sentimentos de angústia, sofrimento, exclusão social, e a suspeição de que há algum problema, com o outro, ou com o próprio sujeito. O fato de este discurso contribuir para a ruptura dos laços sociais torna os objetos de consumo alvos principais dos investimentos do sujeito.

Importante salientarmos que a relação com o outro descrita por Freud pressupõe a busca de realização das pulsões e colocam este outro na posição de objeto de satisfação, porém com os vínculos afetivos de laço social fundados na ideia de amor. Outro direcionamento pode ser observado no que o discurso capitalista oferece como forma de saída ao sofrimento proveniente das relações humanas, no qual a preferênciado desejo deve seguir a lógica do consumo de produtos para gerar continuidade na obtenção de lucro.

Freud, a partir da elaboração do princípio do prazer traduz a busca pela felicidade e satisfação em que os humanos se empenham em alcançar. A pré-disposição à agressividade representada por *Thanatos*, ou a pulsão de morte, dificulta a cooperatividade dos seres em suas trocas pulsionais, até mesmo nas relações amorosas. O autor coloca esta como uma das fontes de sofrimento da vida, junto com a impermanência do corpo e o acometimento de enfermidades. O discurso capitalista oferece uma saída a essa fonte de sofrimento pela via do consumo de produtos, visto que o sujeito passa a estabelecer relações apenas com

estes objetos, sem o laço social próprio da interação humana. A identificação do sujeito com o que é oferecido na mercadoria é essencial para o funcionamento deste sistema, e é pelo meio da propaganda que o sujeito é inserido no imperativo do consumo, que, apesar da promessa de saciedade, opera em direção a compra de outros produtos com o objetivo de alcançar a plena satisfação. Essa estratégia de fuga do sofrimento das relações através do consumo contribui para que o sujeito passe a tratar o outro como mero objeto transitório com finalidade de satisfação pulsional e possibilidade de descarte a partir do momento em que haja a saciedade ou indicativos de que este não corresponderá às suas expectativas de realização.

O processo de medicalização em seu vínculo estrito com o discurso capitalista se insere no jogo do desejo pelo produto, neste caso o medicamento, cuja promessa também se relaciona com a busca pela felicidade, ou a fuga do sofrimento. O discurso da ciência contribui para a universalização, busca pelo universal e isso promove a segregação. Comportamentos não universais passam a ser tratados como problemas, como alterações. A norma estabelecida do discurso da ciência ratifica os comportamentos e moldes a serem seguidos, com a oferta de mercadorias que podem produzir o efeito de adequação. Essa lógica discursiva é retroalimentada e tem o seu foco no que é interpretado como sintoma, no comportamento desviante, no que precisa mudar para alcançar certa “harmonia” no convívio social. A contribuição de Freud demonstra a importância de olhar para o sintoma, para o que este traz enquanto enunciação. Ainda que possa estar representando a naturalidade do comportamento humano, o mal estar inerente ao aparelho psíquico é problematizado quando interpretado com a lógica do discurso científico e capitalista. Porém, esse modo de funcionar dos discursos analisados deixa rastros que podem ser desvelados a partir da reflexão crítica dos fenômenos, e, desta maneira, contribuir para a resistência a estes discursos.

Na escola, encontramos movimento similar: no momento em que o aluno não corresponde à expectativa dos educadores, passa a ser visto como um problema, como fonte de angústia e sofrimento. Então, a saída oferecida pelo discurso capitalista aliado ao discurso da ciência é a medicalização desse sujeito, para eliminar os “sintomas”, ou seja, o comportamento que causa incômodo. O produto que é comprado com a promessa de resolução dos problemas gera lucro à indústria farmacêutica e contribui para o funcionamento do sistema. A inibição das pulsões do sujeito aprendiz pela via medicamentosa pode ser interpretada como um processo de silenciamento do sintoma e

dificulta a elaboração das suas causas. O discurso médico que circula no âmbito social fornece, a nível de linguagem e ação, os meios de interpretação e resolução do mal-estarna escola, de maneira que os primeiros questionamentos que aparecem sobre os “alunos problema” estão relacionados a indicativos de disfunções no aparelho psíquico, seja por conta de agitação ou desatenção, aos moldes do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), até agressividade e dificuldade de seguir regras, a exemplo do Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Vimos como estes discursos operam em consonância e se retroalimentam. O fenômeno da medicalização, da maneira como aparece na atualidade, reflete a lógica do consumo do discurso capitalista assim como corrobora à universalização proposta pelo discurso da ciência. O medicamento é oferecido como solução, como válvula de escape das angústias vivenciadas pelo ser humano. Para manter esse funcionamento é fundamental a supressão do sintoma, tão valioso à psicanálise por propiciar o elemento analisante. Desta maneira, escondem-se os rastros com o silenciamento do sujeito. Porém, a partir dos questionamentos de pesquisadores e autores, e de suas publicações e ativismo, torna-se possível o desvelamento do processo de medicalização, e o discurso tão corriqueiro no senso comum passa a ter sua lógica perversa à mostra, assim como também sua origem histórica e as forças motrizes que a constituem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mal-estar na escola nos dias atuais é marcado por forte influência do processo de medicalização da educação. Compreender bem o conceito de medicalização e sua utilização crítica contribui para o entendimento de como este fenômeno ocorre na atualidade e como está presente nos discursos dentro e fora da escola. A medicina expandiu sua jurisdição ao longo do século XX, e atualmente fornece respostas para as questões ligadas ao corpo, à subjetividade, saúde e doença. A aliança do discurso médico com o discurso capitalista e a lógica neoliberal teve como consequência a proliferação de diagnósticos que tratam comportamentos inerentes aos seres humanos como doenças. O *marketing* de medicamentos e a flexibilidade de agências reguladoras amplia este processo, resultando no consumo em massa dos produtos farmacêuticos, e por outro lado, a busca pela felicidade inalcançável contribui para que esse sistema se retroalimente.

No cotidiano escolar, o impacto do discurso médico e do mal-estar aparece no número de encaminhamentos de alunos a setores de saúde com queixas diversas, relacionadas ao comportamento e expectativas não cumpridas. A presença do discurso médico dentro e fora da escola contribui para a suspeita inicial de que as dificuldades apresentadas pelos alunos têm origem patológica.

Algumas transformações no tecido social que impactaram as subjetividades no decorrer do século XX possibilitam um olhar sobre as relações e os propósitos de vida. A lógica consumista passa a vigorar como imperativo no cotidiano e as relações, que antes eram pautadas em determinações culturais tradicionais, e a partir de certo ponto são influenciadas pela ideologia liberal, o que interfere na maneira como os indivíduos constituem laços sociais. O desenvolvimento da cultura do consumismo contribui para mudanças nas subjetividades e nas relações humanas, abrindo espaço para a atuação dos especialistas sobre os modos de vida dos indivíduos. Por sua vez, as transformações no âmbito familiar, com o deslocamento da autoridade parental e o processo de proletarização da paternidade fortalecem o discurso da ciência, em especial o discurso médico que passa a incidir mais diretamente na vida das pessoas.

O desenvolvimento da psiquiatria biológica em detrimento da psiquiatria psicodinâmica, com pressupostos da psicanálise, é outro aspecto de análise que demonstra sua relevância para nosso estudo. A partir da segunda metade do século XX, com a elaboração do DSM-III, baseada na perspectiva atórica e descritiva dos quadros de doenças mentais, a psiquiatria biológica traz mudanças impactantes na relação entre

médico e paciente, que passa a ser marcada pela Medicina Baseada em Evidências (MDE) e por um trabalho de padronização normativa das doenças mentais. A formulação e implementação do DSM-III nos Estados Unidos contribuiu significativamente com a ampliação do processo de medicalização em diversos países que passaram a adotar o manual como principal referência. A indústria dos medicamentos acompanhou o desenvolvimento deste modelo atóxico com a produção extensiva de medicamentos, que, aliada aos meios de divulgação midiática e flexibilização da fiscalização e controle sobre o *marketing*, também ampliou as vendas e possibilitou o crescimento do mercado de fármacos.

Discutimos também como a configuração do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade se modificou desde o início do século XX até a sua validação e consolidação nas últimas edições do DSM. Inicialmente tratado como a especulação de um neurologista que nomeou Lesão Cerebral Mínima, o transtorno recebeu ainda nomenclaturas como Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome do Impulso Hipercinético, Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) até chegar na sua nosologia atual. A partir do debate estabelecido pelos autores estudados, vimos que nenhuma destas configurações da doença tem a sua etiologia bem definida e a descrição dos quadros é realizada levando em conta fatores estatísticos e comportamentais.

Entendemos que estas transformações no campo psiquiátrico, desde a evidencição do modelo biológico, passando pela modificação de políticas ligadas ao controle de fiscalização de medicamentos, aberturas jurídicas, elaboração de modelo atóxico de intervenção baseado na redução de sintomas, até exemplos específicos sobre a constituição de transtornos descritivos como o TDAH que dispõe de medicamento específico indicado para tratamento, produziram impactos na subjetividade humana ao ponto do discurso evocado por essa mudança fazer parte, na atualidade, do senso comum, do imaginário e da linguagem dos sujeitos no tecido social.

No capítulo 3 entra em discussão o antagonismo proposto por Freud entre a pulsão de morte e Eros, o qual insere o ser humano em uma categoria de existência marcada pelo mal-estar inerente. A relação entre mal-estar, o discurso médico, o discurso da ciência e o discurso capitalista é o que trazemos como contribuição para a discussão sobre medicalização na escola.

O texto “O mal-estar na cultura” de Sigmund Freud oferece reflexões importantes para esta pesquisa. O princípio do prazer traz a ideia de que o homem busca a satisfação de

suas pulsões, ao passo que para conviver em sociedade e formar laços sociais, tem de haver a renúncia pulsional por parte dos integrantes da cultura. A insatisfação decorrente desta renúncia é o elemento que gera o mal-estar no homem, e o discurso capitalista utiliza esta lacuna para inserir a lógica do consumo como promessa de uma satisfação plena, de maneira que o ser humano deve se relacionar o máximo possível com os objetos de cobiça para evitar o sofrimento das relações mal-sucedidas entres os seus semelhantes.

Debatemos sobre como o discurso capitalista desloca a ideia de necessidade para a lógica consumista de desejar os objetos que não são essenciais para a vida, fazendo com que o ser humano acredite que a felicidade está em produtos anunciados. A publicidade desempenha o papel de encaixar a mercadoria na identidade de cada um para gerar a demanda e manter a fluidez do sistema. Por sua vez, o discurso da ciência classifica e discrimina os tipos de corpos, comportamentos, pensamentos, crenças, e quando alinhado ao capitalismo produz universalização e oferece ao sujeito o suporte dos conhecimentos ideológicos alinhados com o sistema econômico vigente. Dessa relação entre o discurso capitalista e o discurso da ciência nasce o sujeito que estabelece vínculos com os produtos ou com seu próprio corpo, contribuindo para a precarização dos laços sociais, aumento do individualismo cínico e aumento da solidão.

No âmbito da medicalização, essa articulação entre os discursos tem como consequência a oferta e propaganda de medicamentos para: aumento de desempenho físico, modificação dos comportamentos não aceitos socialmente, mudanças estéticas, controle do sofrimento etc. Essa lógica se reflete na escola no momento em que o aluno apresenta dificuldades de escolarização, seja relacionado ao conteúdo não assimilado, seja por conta de comportamentos não aceitos, ou ainda por não seguir as regras. A contribuição de Freud sobre o mal-estar nos mostra que o ser humano naturalmente apresenta conflitos no que diz respeito ao mundo interno. Porém, quando estes impasses se manifestam na escola pela criança ou adolescente são tratados como sintomas. Mesmo que isso possa ser compreendido como uma consequência da incidência do discurso médico, o sintoma poderia indicar caminhos para instrumentalizar o sujeito a lidar com seu próprio sofrimento. No entanto, o procedimento de encaminhar o sujeito para avaliação de profissionais da saúde indica o incômodo com a existência do sintoma. A avaliação e diagnóstico correspondem às expectativas do encaminhamento com o diagnóstico e prescrição de medicamentos, visando a supressão do sintoma e silenciamento do sujeito. A consequência do peso de um diagnóstico pode se estender para toda a vida de uma

criança, e ainda não é possível mensurar os possíveis danos causados pela utilização a longo prazo de medicamentos à base de metilfenidato.

Ao pesquisar sobre o tema, vimos o quanto o discurso médico é consistente em sua constituição histórica e atual. A lógica de consumo e o discurso da ciência estão em sintonia para manter esse sistema funcionando a ponto de ser naturalizado e reproduzido no social. Desta maneira, esta pesquisa provoca o sentimento de impotência em relação a alguma possibilidade de romper com essa lógica. Porém a ampliação do número de pesquisas sobre o tema nos últimos anos dá a esperança para continuarmos debatendo e contribuindo de maneira crítica ao campo de conhecimento da Psicologia Escolar.

Os autores inseridos no campo da psicanálise demonstram, a partir de suas publicações, a atualidade dos conhecimentos produzidos por Freud, tanto em relação ao texto “Mal-estar na cultura” como na influência que exerce sobre as publicações de estudos recentes que utilizam esta linha teórica como base. Não é por acaso que Ianninie Tavares (2020, p. 07) iniciam o prefácio da tradução do referido texto com a seguinte afirmação: “Não é possível compreender nosso tempo sem ler *O mal-estar na cultura*. Sem ele, os séculos XX e XXI seriam, simplesmente, ilegíveis.” Coutinho e Moreira (2018) demonstram como a abordagem clínica da psicanálise funciona na prática para auxiliar o sujeito a elaborar o próprio sofrimento e desconstruir a lógica medicalizante de encaminhamentos de crianças para setores de saúde. Alberti (2010) ressalta a importância do papel do pai para a constituição do sujeito, menciona o deslocamento da autoridade paterna, o que implica na valorização do saber especialista nos modos de cuidado e educação das crianças, no decorrer do século XX. Sarti e Tfoní (2013) abordam a questão da publicidade voltada para o consumo, que a partir de certo momento histórico passa a inscrever no simbólico o desejo por produtos supérfluos com atuação importante dos mecanismos de identificação. No Campo Lacaniano, os autores Antônio Quinet e Collete Soler abordam a teoria dos discursos de Jacques Lacan para propor a reflexão sobre a existência de um outro discurso, o capitalista, que não inscreve laços sociais e insere o sujeito na lógica consumista e deteriora as relações por conta da objetualização do outro. Os temas aprofundados à luz da psicanálise indicam, portanto, a solidez e a importância desta base epistemológica para análise do fenômeno da medicalização.

A interface entre as produções teóricas de influência psicanalítica e o campo de estudo da Medicina Social é formidável para a análise da medicalização da infância em sua constituição histórica e atual. A partir dos trabalhos de Zorzanelli *et al* (2014),

Bezerra Jr. (2010) e Lima (2005) é possível delimitar e explorar o conceito de medicalização ao ponto de desvelar suas forças motrizes, e ainda as influências das transformações socioculturais e políticas que inauguraram as novas formas de sofrimento conhecidas nos dias atuais. Aguiar (2004) contribui com a análise do desenvolvimento da psiquiatria biológica ao longo do século XX, que desencadeou o processo de universalização das terminologias médicas relacionadas aos novos transtornos elaborados a partir da ascensão da psiquiatria biológica com o marco da publicação do DSM-III. Estas referências também significaram um grande aprendizado sobre o entendimento do processo de medicalização.

A análise das variações em torno do conceito de medicalização, neste estudo, tem o seu foco em autores como Peter Conrad, Ivan Illich e Irving Zola, de maneira que tais contribuições têm o seu olhar sobre o desenvolvimento da expansão da jurisdição médica durante o século XX. Outro autor de destaque para o entendimento da medicalização é Michel Foucault, cujos trabalhos são fundamentais para analisar a conceitualização do fenômeno. Porém, como indica Zorzanelli *et al* (2014), Foucault se dedica a refletir sobre os processos de medidas de saúde implantados no contexto europeu do fim do século XVII e início do século XIX. Portanto, para este trabalho, optamos por dar ênfase aos primeiros por uma questão de aproveitamento teórico, considerando que outros autores nesta pesquisa também contribuem para a análise das transformações no decorrer do século XX. Isso nos ajudou a delimitar o estudo, porém não podemos deixar de mencionar as valiosas contribuições do autor para o campo de pesquisa da medicalização. Em outro momento, em um aprofundamento do tema, as obras de Foucault poderiam ser abordadas com um possível diálogo teórico sobre a constituição da infância no contexto europeu nesta mesma época, que também impactou a subjetividade e as formas de organização social da Modernidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A. A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, (Conexões; 23), (2004).

ALBERTI, S. O adolescente e o Outro. 3ª edição, Zahar. Rio de Janeiro, (2010).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: ARTMED, 4a. ed, (2002).

BEZERRA JR., B; A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In Freire Filho, João (org.). Ser feliz hoje: reflexes sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: FGV, p. 117-134, (2010).

CARRAHER, T.; CARRAHER, D.; SCHLIEMANN, A. Na vida dez, na escola zero: os contextos culturais da aprendizagem da matemática. Cadernos de Pesquisa, 42, São Paulo, p. 79-86, (1982)

CIRINO, O. Genealogia da psiquiatria da infância. In M. Kamers, R. M. M. Mariotto & R. Voltolini. Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência (pp. 19-40). São Paulo: Escuta. (2015).

CHIABI, S. M. M. A conversão histórica hoje. Tese (Doutorado) – Universidade Veiga de Almeida. Doutorado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, 2018.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. Série Idéias, v. 23, p. 25-31, (1994).

CONRAD P. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior. Soc Probl; 23(1):12-21, (1975).

CONRAD, P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; (2007).

CONRAD, P; SCHNEIDER, J. W. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Ed. expandida. Philadelphia: Temple University Press, (1992).

COUTINHO, L. G; MOREIRA, A. da S. Efeitos da medicalização na travessia adolescente. Revista De Psicologia, 9(1): 53-63. (2018)

DAVIS J. How medicalization lost its way. Society ; 43(6): 51-56. (2006).

DIAS, K. G. F. Tratamento da queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental do Rio de Janeiro – um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, (2017).

DIONÍSIO; YASUI; SANTOS; LUZIO; SILVA. A explosão do consumo de ritalina. Revista de Psicologia da UNESP 11(2), p. 45-46, (2012).

DUNKER, C. I. L; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro, (2011).

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Site: [medicalizacao.org.br](http://medicalizacao.org.br)

FREIRE, K. E. S; VIÉGAS, L.S. O debate sobre medicalização na psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica: aspectos históricos. Em: DANTAS, J. (organizadora) – A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida. - 1ª edição, CRV, Curitiba, (2015).

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, (1996).

- FREUD, S. (1926). A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In: Obras Completas. Buenos Aires: Amorroutu, (1996).
- FREUD, S. (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, (1996).
- FURLAN, A. C. C; SOUZA, M. P. R. Medicalization and pathologizing of education: challenges to school and educational psychology. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*, v. 24, p. 1-18, (2020).
- GUARIDO, R. L. “O que não tem remédio, remediado está”: Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. São Paulo, (2008).
- HARARI, Y. N. 21 Lições para o século XXI. Tradução Paulo Geiger. Editora: Companhia das Letras. (2018)
- HARAYAMA, R. GOMES, J. BARROS, R. GALINDO, D. SANTOS, D. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014), (2015).
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3ª edição. Editora Nova Fronteira. (1975).
- ITABORAHY, C. A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo. Rio de Janeiro; s.n; (2009).
- IANNINI, G; TAVARES, P. H. Para ler o mal-estar. In: O mal-estar na cultura e outros escritos. Freud, S. (1930). Obras incompletas de Sigmund Freud. Tradução: Maria Rita Salzano Moraes. Editora Autêntica, 1ª edição. (2020).
- JAGUARIBE, H. Globalização, Nova Ordem Mundial e civilização planetária (2001). In: Brasil, mundo e homem na atualidade: estudos diversos – Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, (2008).
- JÚNIOR, B. B; ORTEGA, F; ZORZANELLI, R, T. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950 – 2010. *Ciência & Saúde Coletiva* . p. 1859 – 1868 19(6), (2014).
- LAPLANCHE; PONTALIS. Vocabulário da Psicanálise. Sob direção de Daniel Lagashe. Tradução Pedro Tamen. Quarta edição. Editora Martins Fontes, São Paulo, (2001).
- LIMA, R. C. Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de Bioidentidades / Rossano Cabral Lima. – Rio de Janeiro, (2005).
- MACHADO, A. M. Avaliação e Fracasso: A produção da queixa escolar. In: Erro e fracasso na escola. São Paulo: Sumus, (1997)
- MAIO, M. C. A Crítica de Otto Klineberg aos testes de inteligência. O Brasil como laboratório racial. *Varia hist.*, Belo Horizonte , v. 33, n. 61, p. 135-161, Apr. (2017) . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-87752017000100135&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752017000100135&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-87752017000100007>.
- MELO, R. B de. Uma interpretação para a medicalização da infância e da adolescência. In: Criança. Objeto ou sujeito. Quinze anos da rede de pesquisa Psicanálise e Infância do FCL-SP/ Ana Paula Prates Pacheco, Beatriz Oliveira (organizadoras). – São Paul: Escuta/Fórum do Campo Lacaniano, p. 249-266, (2016).
- MINAKAWA, M. M. Bases teóricas do processo de medicalização: um olhar sobre as forças motrizes. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Dissertação. (2016)
- MOYSÉS, M. A; COLLARES, C. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (orgs.) Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, (2010).

- NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface – Comunic - Saúde, Educ.*, v7, n12, p. 185-90, (2003).
- PATTO, M. H. S. A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro. *Psicologia USP*, 107-121, (1992).
- PATTO, M. H. S. O fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características de um discurso. *Caderno de Pesquisa*. São Paulo, n. 65, p. 72-77, maio de (1988).
- QUINET, A. *Psicose e laço social. Esquizofrenia, paranoia, melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (2006).
- QUINET, A. *Édipo ao pé da letra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (2015) QUINET, A.
- A descoberta do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (2003).
- RIBEIRO, M. I. S. *A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) / Maria Izabel Souza Ribeiro. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. Salvador, (2015).*
- ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar. (1997).
- SARTI, M. M; TFOUNI, L. V. Por uma língua-objeto: o avesso do gozo na cultura de consumo. *Ágora (Rio J.)* . p.267-282, (2013).
- SIGNOR, R. 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). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201610146773>
- SOUZA, B. de P. Orientação à queixa escolar: na contramão da medicalização da Educação e da vida. Em: *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito? Lygia de Souza Viégas [et al.] Organizadoras. – Salvador: EDUFBA, (2014).*
- SOUZA, M. P. R de. *Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar*. Em: *Orientação à queixa escolar / Beatriz de Paula Souza, organizadora – São Paulo: Casa do Psicólogo, (2007).*
- SOUZA, M. P. R. de. *Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas*. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.) [online]. p.179-182, (2009).
- SOLER, C. “¿Identities precarias ?” En *Aún, Publicación de Psicoanálisis, Año 5, Nº 7. Foro Analítico del Río de la Plata, Letra viva, Buenos Aires, 2013, 33-41.* (2013)
- SOLER, C. “El discurso capitalista”. In: *A psicanálise na civilização. Tradução: Vera Avellar Ribeiro; Manoel Motta. – Rio de Janeiro. Editora Contra Capa, p. 429-448, (1998).*
- SOLER, C. “A propósito de la segregación”. En *Incidencias políticas del psicoanálisis, t. I. Barcelona: S&P, (2011).*
- ZOLA I. *Medicine as an Institution of Social Control*. *Soc Review*; 20(4):487-504, (1972)
- ZORZANELLI, R. T; ORTEGA, F; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1859-1868, Junho, (2014).